



**Koalicja na rzecz  
Bezpieczeństwa  
Szpitali**



# **BEZPIECZNY SZPITAL TO BEZPIECZNY PACJENT**

**PODSUMOWANIE II EDYCJI PROGRAMU CERTYFIKACYJNEGO  
KOALICJI NA RZECZ BEZPIECZEŃSTWA SZPITALI**

Warszawa 2023



# Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali

Program działa pod patronatem:



# SPIS TREŚCI

<b>1.</b>	<b>Przedmowa Przewodniczącego Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali</b>	<b>02</b>
<b>2.</b>	<b>O Radzie Ekspertów</b>	<b>04</b>
<b>3.</b>	<b>Prace Grup Roboczych</b>	<b>06</b>
	Grupa Robocza ds. Bezpiecznego Dostępu Naczyniowego	06
	Grupa Robocza ds. Zarządzania Przepływem Produktów Medycznych w Szpitalach	07
<b>4.</b>	<b>Wnioski dotyczące bezpieczeństwa w polskich szpitalach opracowane na podstawie programu certyfikacyjnego</b>	<b>08</b>
	Elementy bezpieczeństwa z punktu widzenia Rady Ekspertów	08
	Porównanie wniosków I i II edycji certyfikacji szpitali	10
	Lista placówek medycznych certyfikowanych w wyniku II edycji programu	11
<b>5.</b>	<b>Zintegrowany model bezpieczeństwa szpitali</b>	<b>13</b>
<b>6.</b>	<b>Analiza danych dotycząca certyfikowanych szpitali</b>	<b>16</b>
	Procedury szpitalne dotyczące bezpieczeństwa pracowników medycznych	16
	Wykorzystanie sprzętu bezpiecznego w szpitalach	17
	Procedura przygotowania leków cytotoksycznych	20
	Szkolenia dla pracowników medycznych	21
<b>7.</b>	<b>Podsumowanie II edycji certyfikacji</b>	<b>24</b>
<b>8.</b>	<b>Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali</b>	<b>26</b>
	Deklaracja „Bezpieczny szpital to bezpieczny Pacjent”	26
	Założenia deklaracji „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent”	27
	Program certyfikacyjny „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent”	28

# Przedmowa Przewodniczącego Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali

*Szanowni Państwo,*

Pracownicy ochrony zdrowia są grupą szczególnie narażoną na ekspozycję na materiał biologiczny, zakłucia i zranienia ostrymi narzędziami, zakażenia, kontakt z toksycznymi lekami oraz przewlekły stres wynikający z trudnych warunków pracy. Ponad 12,7 mln pracowników medycznych w Europie, w tym blisko 7,5 tys. w Polsce, jest narażonych na działanie rakotwórczych i mutagennych leków. Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że niebezpieczne praktyki i szkody związane z lekami stanowią blisko 50% wszystkich możliwych do uniknięcia szkód w opiece medycznej na całym świecie, a koszty związane z błędami w stosowaniu leków na świecie szacuje się na 41,4 mld euro rocznie, nie licząc utraconych zarobków i produktywności personelu medycznego. Co roku, dochodzi aż do 37 000 zakłuć wśród personelu medycznego podczas wykonywania codziennych zadań. Według danych WHO 37% zakażeń WZW typu B, 39% WZW typu C oraz 4,4% HIV – rozpoznawanych jest po zranieniu się sprzętem używanym w placówkach ochrony zdrowia. Poprzednia edycja certyfikacji wykazała, że w przypadku 1/3 placówek medycznych sprzęt bezpieczny stanowił mniej niż 15% całego sprzętu medycznego stosowanego w tych placówkach. Jednocześnie należy podkreślić, że uszczelnienie procedur związanych z bezpieczeństwem personelu medycznego czeka wszystkie szpitale i placówki medyczne w Unii Europejskiej.

W celu poprawy poziomu bezpieczeństwa w polskich szpitalach niezbędne jest stosowanie bezpiecznego sprzętu, wdrażanie odpowiednich procedur pobierania krwi oraz przeciwdziałania zakażeniom, jak również wprowadzenie procedur bezpiecznej podaży leków, odpowiednie raportowanie oraz eliminacja zdarzeń niepożądanych. Jednym z kluczowych działań Koalicji jest upowszechnianie wiedzy oraz opracowywanie procedur w zakresie jakości i bezpieczeństwa oraz promocja placówek medycznych, które spełniają najwyższe standardy w tym zakresie. Rada Ekspertów Koalicji opracowała dokument deklaracji „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent”, pod którym podpisało się już ponad 230 szpitali z całej Polski, a także program certyfikacyjny „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent”, którego druga edycja właśnie dobiegła końca. W tym roku 112 placówek medycznych z całej Polski wzięło udział w projekcie weryfikacji kryteriów certyfikacyjnych. Przyznanie certyfikatów 108 instytucjom jest ważnym krokiem w budowaniu standardów bezpieczeństwa i jakości w polskich szpitalach. Łącznie do dziś 160 szpitali otrzymało certyfikaty „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent”.

Bezpieczeństwo w szpitalach jest kwestią, która wciąż wymaga pracy całego środowiska medycznego. Rada Ekspertów wraz z Grupami Roboczymi Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali obecnie pracuje nad Modelem Bezpieczeństwa Szpitali, który poświęcony jest tematyce bezpieczeństwa i jakości, a podstawą bezpieczeństwa pacjenta jest zadbanie o bezpieczeństwo i dobrostan pracowników personelu medycznego oraz pracowników niemedycznych szpitali. Podstawową rolę w modelu odgrywa eliminacja ryzyk w tym ekspozycji na leki cytostatyczne, zakłucia i zranienia, brak zamkniętego systemu do pobierania krwi oraz zagrożeń dla zdrowia psychicznego personelu medycznego. Bardzo ważne jest też wdrożenie bezpiecznych procedur podaży leków. W modelu będą znajdować się wszystkie zagadnienia, które od samego początku wspierane są przez Koalicję na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali wraz z procedurami monitorowania w e-systemie zdrowia.



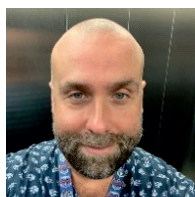
W przyszłym roku Koalicja zamierza ogłosić III edycję programu certyfikacyjnego: „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent”. Naszym celem jest wdrożenie standardu bezpieczeństwa personelu i pacjentów we wszystkich placówkach medycznych w Polsce. W tym roku liczba certyfikowanych placówek medycznych wzrosła dwukrotnie i mamy nadzieję, że będzie ona stale rosła, a takie rozwiązania jak: elektroniczne systemy rejestracji zdarzeń niepożądanych, sprawne procedury monitorowania i eliminowania zranień i zakłuć, powszechne stosowanie bezpiecznego sprzętu w szpitalach staną się codziennością w polskim systemie ochrony zdrowia.

W imieniu Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali



**Dr n. o zdr. Paweł Witt,**  
Przewodniczący Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali

## O RADZIE EKSPERTÓW



**Dr n. med. i n. o zdr. Paweł Witt**

Przewodniczący Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali, Wieloletni Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki



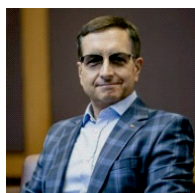
**Prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski**

Krajowy Konsultant w dziedzinie Chirurgii Onkologicznej, specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej, kierownik Katedry Chirurgii Onkologicznej w Bydgoskim Centrum Onkologii



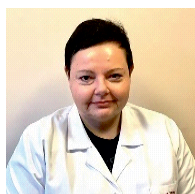
**Prof. dr hab. n. med. Tomasz Banasiewicz**

Kierownik Oddziału Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego w Poznaniu



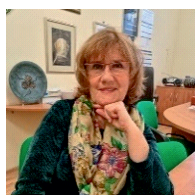
**Prof. nadzw. Jarosław J. Fedorowski**

Prezes Polskiej Federacji Szpitali, Gubernator (PL) i członek Prezydium Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, Wiceprzewodniczący Korporacji "Zdrowe Zdrowie" Pracodawców RP



**Dr n. med. Anna Szczypa**

Krajowa Konsultant w dz. Pielęgniarstwa Epidemiologicznego



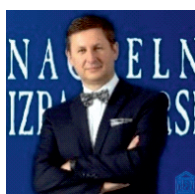
**Dr n. farm. Krystyna Chmal-Jagiello**

Krajowa Konsultant ds. Farmacji Szpitalnej



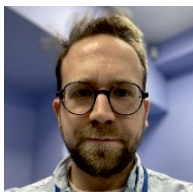
**Mgr Mariola Łodzińska**

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych



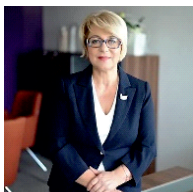
**Dr n. med. Klaudiusz Komor**

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej



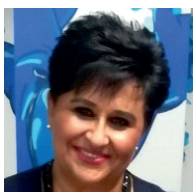
**Mgr Maciej Latos**

Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Infuzyjnego



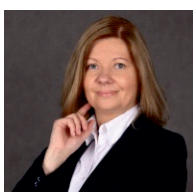
**Mgr Zofia Małas**

Członek Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych



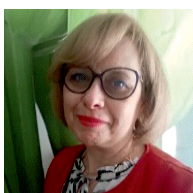
**Dr n. med. Mirosława Malara**

Prezes Europejskiego Stowarzyszenia „Czyste Leczenie”



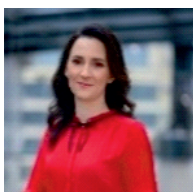
**Mgr Marzena Janowska**

Naczelną Pielęgniarką Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego w Poznaniu



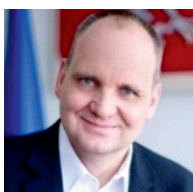
**Dr n. o zdr. Maria Kołatek**

Członek Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych



**Dr n. ekon. Anna Gawrońska**

Doktor nauk ekonomicznych, specjalność logistyka, lider obszaru ds. standardów GS1 w ochronie zdrowia w Łukasiewicz – Poznański Instytut Technologiczny



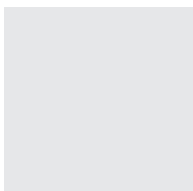
**Mgr Jerzy Ostrouch**

Prezes Wielospecjalistycznego Szpitala w Gorzowie Wielkopolskim



**Mgr farm. Marcin Bochniarz**

Prezes Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej oraz Zastępca Dyrektora ds. Świadczeń Medycznych Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego



**Mgr Marcin Bicz**

Zastępca Kierownika Apteki Szpitalnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku

# PRACE GRUP ROBOCZYCH

W ramach działań Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali utworzyły się dwie grupy robocze. Grupa Robocza ds. Bezpiecznego Dostępu Naczyniowego oraz Grupa Robocza ds. Zarządzania Przepływem Produktów Medycznych w Szpitalach.

## Grupa Robocza ds. Bezpiecznego Dostępu Naczyniowego

Dostęp naczyniowy to szybkie i bezpośrednie wprowadzanie oraz usuwanie kaniul i cewników do naczyń żylnych i tętniczych pacjenta w celu realizowania różnorodnych form terapii, takich jak: podawanie leków i płynów, monitorowanie, pobieranie krwi, hemodializa. Uzyskiwanie dostępu naczyniowego to jedna z procedur o największym ryzyku wystąpienia ekspozycji zawodowej. Jak pokazują statystyki, w polskich szpitalach blisko 70% personelu medycznego zraniło się nawet do 5 razy podczas swojego stażu pracy, z czego 40% nie zgłosiło takiego zdarzenia przełożonym. Co więcej, wprowadzanie i obsługa kaniul różnego typu nie jest pozbawione powikłań, dlatego bardzo ważne dla pacjenta i personelu jest ich odpowiednie wykorzystywanie przez wymagany czas. Aby przeciwdziałać temu zjawisku zainicjowana została Grupa Robocza ds. Bezpiecznego Dostępu Naczyniowego, której celem jest opracowanie rekomendacji w zakresie:

- Strategii wyboru odpowiedniego dostępu naczyniowego;
- Promowania prowadzenia bezpiecznej infuzji w szpitalach;
- Budowania świadomości wokół procedur kaniulacji i infuzji;
- Tworzenia zespołów infuzyjnych w polskich warunkach.

W pracach grupy roboczej uczestniczą:

**Mgr Maciej Latos** – Przewodniczący grupy ds. Bezpiecznego Dostępu Naczyniowego, Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Infuzyjnego

**Mgr Mariola Łodzińska** – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

**Dr n. med. Anna Szczypa** – Krajowa Konsultant w dz. Pielęgniarstwa Epidemiologicznego

**Dr n. o zdr. Maria Kołatek** – Członek Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

**Mgr Marzena Janowska** – Naczelna Pielęgniarka Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego w Poznaniu

**Dr n. o zdr. Małgorzata Pytel** – specjalista Pielęgniarstwa Epidemiologicznego Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu

**Mgr Małgorzata Jadczak** – specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii, Uczelnia Łazarskiego Wydział Medyczny, założyciel i wieloletni koordynator Grupy Roboczej ds. praktyki PTPAiO

**Mgr Anna Woda** – pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, Członkini Zarządu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Infuzyjnego

**Mgr Marceli Solecki** – specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii, ratownik medyczny

**Lek. Łukasz Wróblewski** – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, II Klinika Anestezjologii



i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

**Lek. Bartosz Sadownik** – lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

## Grupa Robocza ds. Zarządzania Przepływem Produktów Medycznych w Szpitalach

Odpowiednie zarządzanie przepływem produktów medycznych jest kluczowe zarówno dla bezpieczeństwa personelu medycznego, pracowników placówek medycznych jak i pacjentów.

Niebezpieczne praktyki i szkody związane z lekami stanowią 50% wszystkich możliwych do uniknięcia szkód w opiece medycznej na całym świecie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oszacowała koszty związane z błędami w stosowaniu leków na świecie na 41,4 mld euro rocznie, nie licząc utraconych zarobków i produktywności personelu medycznego.

Leki mogą powodować poważne szkody, jeżeli są niewłaściwie przechowywane, przepisywane, wydawane, podawane lub jeśli są niewystarczająco monitorowane.

Aby przeciwdziałać temu zjawisku zainicjowana została Grupa Robocza ds. Zarządzania Przepływem Produktów Medycznych w Szpitalach, której celem jest:

- Opracowanie rekomendacji w zakresie stosowania dobrych praktyk wypracowanych przez Radę ds. Interoperacyjności
- Promowanie dobrych praktyk w zakresie zarządzania przepływem produktów medycznych w szpitalach
- Popularyzację wdrażania standardów interoperacyjności w placówkach medycznych na rzecz redukcji liczby błędów w podawaniu leków w placówkach medycznych oraz raportowania

W pracach grupy roboczej uczestniczą:

**Dr n. ekon. Anna Gawrońska** – Przewodnicząca grupy roboczej ds. zarządzania przepływem produktów medycznych w szpitalach

**Dr n. farm. Piotr Merks** – Przewodniczący Związku Zawodowego Pracowników Farmacji

**Dr n. farm. Krystyna Chmal-Jagiełło** – Konsultant Krajowy ds. Farmacji Szpitalnej

**Mgr Zofia Małas** - Członek Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

**Mgr farm. Marcin Bochniarz** – Prezes Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej oraz Zastępca Dyrektora ds. Świadczeń Medycznych Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego

**Mgr Marzena Janowska** – Naczelną Pielęgniarką Szpitala Klinicznego im. H. Świącickiego w Poznaniu

**Mgr Magdalena Ryznar-Zaręba** – Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego i chirurgicznego, Pielęgniarka Oddziałowa w Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii

# WNIOSKI DOTYCZĄCE BEZPIECZEŃSTWA W POLSKICH SZPITALACH

- **Niemal wszystkie zgłoszone placówki medyczne, aż 96%, pomyślnie przeszły proces certyfikacji.** Ten wynik świadczy o tym, że dyrektorzy szpitali, którzy zgłosili się do oceny, dbają o bezpieczeństwo zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów, spełniając wyznaczone standardy opracowane przez Radę Ekspertów.
- Żaden ze zgłoszonych szpitali nie uzyskał maksymalnej ilości punktów. Średni wynik placówek wyniósł 87 na 121 możliwych punktów.
- **Ponad 73% zgłoszonych placówek medycznych nie posiada elektronicznego systemu rejestracji** zranień pracowników ostrymi narzędziami, czy też ekspozycji na materiał biologiczny.
- **Aż 85% szpitali posiada procedury określające zasady właściwego używania ostrych narzędzi** w celu zwiększenia ochrony pracowników przed ekspozycją na materiał biologiczny.
- Niemal połowa szpitali wskazała, że **sprzęt bezpieczny stanowi mniej niż 50% całego posiadanego sprzętu.**
- **70% szpitali deklaruje, że stosuje każdorazowo zamknięte systemy do pobierania krwi pacjenta** jako element najbardziej skutecznego postępowania wg. definicji bezpiecznego sprzętu do pobierania określonej w rekomendacjach PSPE.
- **Kaniule bezpieczne minimalizujące ryzyko zakłucia stosuje mniej niż połowa (44%) jednostek szpitalnych.**
- **Niemal 30% szpitali** nie posiada katalogu sprzętu bezpiecznego.
- **Aż 70% placówek medycznych nie stosuje tępych igieł** do przygotowywania leków.
- Ponad połowa szpitali prowadzi ocenę ryzyka narażenia na kontakt z lekiem cytotoksycznym, **jednak niemal 40% szpitali wciąż tego nie robi.**
- **Niemal 50% szpitali** nie organizuje szkoleń w zakresie ekspozycji na leki cytotoksyczne obejmujących procedury zapobiegania im oraz postępowania w sytuacjach awaryjnych.
- **42% szpitali wciąż nie ma** opracowanych, wdrożonych i egzekwowanych **procedur postępowania awaryjnego po skażeniu lekiem cytotoksycznym.**
- Szpitale w Polsce dbają o regularność prowadzenia szkoleń ogólnych dot. bezpieczeństwa i higieny pracy – **ponad 90% placówek organizuje je nie rzadziej niż raz w roku.**

## Elementy bezpieczeństwa z punktu widzenia Rady Ekspertów

- **Bezpieczeństwo personelu medycznego** – priorytetem we wdrażaniu norm jakościowych i ocenie szpitali powinno być zarówno bezpieczeństwo pacjenta, jak i personelu medycznego. Obecnie, według proponowanych zapisów, rejestr zdarzeń niepożądanych w projektach zmian

ustawowych nie obejmuje zdarzeń dot. pracowników medycznych, a jedynie pacjentów. Zgodnie jednak z praktyką obowiązującą i obecnie wdrażaną w wielu krajach UE **zdarzenia niepożądane powinny być najpierw eliminowane wśród personelu medycznego**. Jest to m.in. jeden z priorytetów UE zawarty w **strategicznych ramach dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2021–2027** opracowanych przez Komisję Europejską. Warto zwrócić uwagę, że pracownik personelu medycznego po ekspozycji na zdarzenie niepożądane, które nie zostało zareportowane i wobec którego nie zostały podjęte środki zaradcze, może stanowić zagrożenie dla pacjenta.

- **Elektroniczne rejestry zdarzeń niepożądanych** – ważne, aby raportować konieczność tworzenia elektronicznych rejestrów zdarzeń niepożądanych, obejmujące zarówno zdarzenia z udziałem pacjentów, jak i personelu medycznego. Program certyfikacyjny wykazał problem w tym zakresie – aż 73% szpitali nie posiada takiego rejestru w formie elektronicznej.
- **Ważne jest, aby doprowadzić do raportowania wszystkich zdarzeń niepożądanych**, na każdym szczeblu funkcjonowania placówek medycznych. Przykładowo, nie powinno dochodzić do sytuacji, w której zgłaszane są jedynie obowiązkowe zakażenia odcewnikowe dot. cewników centralnych, a pomijane są obwodowe, co do których obecnie placówki medycznie nie mają obowiązku raportowania.
- **Zdefiniowanie pojęcia jakości w systemie opieki zdrowotnej** – Rada Ekspertów zdecydowanie popiera ten kierunek zmian, stanowiący punkt wyjścia do rozmowy o budowie systemu w oparciu o jakość i bezpieczeństwo. Do jakości z punktu widzenia doświadczenia pacjenta warto dodać również doświadczenie personelu medycznego. Badania pokazują, że w Polsce co roku dochodzi do aż 37 000 zakłóc wśród personelu medycznego podczas wykonywania codziennych zadań. Oprócz tego jest wiele innych procedur, które w przypadku użycia gorszego pod kątem jakości sprzętu, stanowią ryzyko dla zdrowia pacjentów i personelu, jak na przykład kaniulacja lub infuzja leków niebezpiecznych.
- **Kryteria jakości** – Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali opracowała formularz dla placówek medycznych, zawierający wskaźniki oceny jakości szpitali, które mogą być wykorzystane w obszarze zapewnienia bezpieczeństwa w ramach ogólnopolskiej akredytacji szpitali. W zapisach zawarto ponad 24 kryteria, które oceniają m.in.: monitorowanie bezpieczeństwa personelu medycznego, rejestrowanie działań niepożądanych również dotyczących personelu medycznego, procedury związane z zapobieganiem skażeniom lekiem cytotoksycznym, szkolenia w zakresie podnoszenia bezpieczeństwa i jakości oraz wykorzystanie sprzętu bezpiecznego.
- **Analiza finansowa związana z zagadnieniem jakości** – w ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta jest bardzo istotny element analizy klinicznej kwestii jakościowych. Zapis ten pozwoli na stałe reagowanie i sprawniejszą poprawę jakości, dostosowaną do danych pochodzących ze szpitali z całej Polski. Z perspektywy Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali istotną kwestią jest wykonywanie analiz finansowych dot. zagadnień jakościowych, czyli jakie koszty ponoszą za sobą występujące zdarzenia niepożądane. Przykładowo zakłucie i zranienie personelu skutkuje absencją pracownika oraz koniecznością wykonania panelu badań diagnostycznych poekspozycyjnych i podjęcia leczenia dla osób narażonych itp., a odcewnikowe zakażenie skutkuje absencją personelu, wymianą cewnika – kosztem dodatkowego sprzętu, dłuższym pobytem pacjenta

w szpitalu. Widzimy tutaj nierozzerwalne połączenie pomiędzy personelem medycznym a pacjentem, ponownie więc – rejestr powinien dotyczyć obu stron. Dzięki wdrożeniu systemu wspieranego analizą kosztów byłibyśmy w stanie ocenić skutki finansowe wynikające z zarejestrowanych zdarzeń niepożądanych, a tym samym otrzymalibyśmy ogrom danych, przydatnych w dążeniu do stałego poprawiania jakości w szpitalach.

- **Szkolenia** – edukacja personelu medycznego powinna być jednym z priorytetów w kontekście wdrożenia nowych zasad dot. bezpieczeństwa i jakości. Proponujemy natomiast, uszczegółowienie tego punktu – z jakiego zakresu szkolenia powinny być prowadzone, a także jak często. Z perspektywy Ekspertów – praktyków branży medycznej, takie szkolenia powinny być organizowane co najmniej raz na kwartał. Zakres szkoleń powinien dotyczyć m.in. ryzyka ekspozycji na materiał biologiczny, ekspozycji na leki cytotoksyczne, prawidłowych praktyk rejestracji zdarzeń niepożądanych dot. pracowników i pacjentów.
- **Korzystanie ze sprzętu bezpiecznego** – bezpieczny szpital powinien korzystać z bezpiecznego sprzętu. Rada Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali zaleca weryfikację w tym zakresie – **nie powinien bowiem być akredytowany szpital, który takiego sprzętu zapewnia mniej niż połowę całego sprzętu pracującego w placówce**. Według wytycznych UE, co dokładnie ukazuje opublikowany przez Komisję Europejską terminarz: Medical Devices and in vitro Diagnostic Medical Devices, docelowo do 2028 roku cały sprzęt powinien być zastąpiony sprzętem bezpiecznym i tylko takie będą dostępne w obrocie. Jest to więc konieczność, do której szpitale powinny jak najszybciej rozpocząć proces dostosowania się do wymogów UE. Niestety jak pokazuje program certyfikacji szpitali niemal połowa wskazała, że sprzęt bezpieczny stanowi mniej niż 50% całego posiadanego sprzętu.
- **Grupy Robocze** – W ramach działań Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali, utworzone zostały grupy robocze: Grupa Robocza ds. Leków Cytotoksycznych pod przewodnictwem Marcina Bicza - Zastępcy Kierownika Apteki Szpitalnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku oraz Grupa Robocza ds. Bezpiecznego Dostępu Naczyniowego pod przewodnictwem Macieja Latosa –Prezesa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Infuzyjnego. Obie grupy mają opracowywać odpowiednie rekomendacje, procedury oraz zwiększać świadomość dotyczącą bezpieczeństwa w placówkach medycznych.

## Porównanie I i II edycji certyfikacji szpitali

### Procedury szpitalne dotyczące bezpieczeństwa pracowników medycznych

- Wprowadzenie elektronicznego rejestru zranień jest niezbędne w polskich szpitalach, dane zebrane zarówno w I jak i II edycji certyfikacji pokazały, że **taki rejestr prowadzi mniej niż 30% placówek**.
- W obu edycjach certyfikacji dane wykazały, że **szpitale posiadają procedury określające zasady właściwego używania ostrych narzędzi** w celu zwiększenia ochrony pracowników przed ekspozycją na materiał biologiczny. Pracownicy zajmujący się utylizacją ostrego sprzętu medycznego i posiadają odpowiednie procedury określające ryzyko zagrożenia oraz jego minimalizacji.



## Wykorzystanie sprzętu bezpiecznego w szpitalach

- Zarówno w tym jak i ubiegłym roku dane wykazały, że **sprzęt bezpieczny w szpitalach stanowi mniej niż 50% całego posiadanego sprzętu, a ponad połowa szpitali nie korzysta, z kaniul bezpiecznych.**
- Stosowanie systemów zamkniętych do pobierania krwi pacjenta, wybór ampułek plastikowych przy lekach przeznaczonych do iniekcji oraz stosowanie wyłącznie tępych igieł do przygotowywania leków, jest na podobnym poziomie w przypadku obu edycji certyfikacji i **nadal wymaga poprawy.**
- Wciąż występują placówki, które **nie prowadzą katalogu bezpiecznego sprzętu i nie wykorzystują go do przygotowywania leków.**

## Procedury przygotowywania leków cytotoksycznych

- Ocena ryzyka narażenia na skażenie lekiem cytotoksycznym oraz wdrożenia i egzekwowania procedur postępowania awaryjnego po skażeniu lekiem cytotoksycznym **wciąż wymaga poprawy.**
- Przy przygotowywaniu leków cytotoksycznych **niemal 30% szpitali nie stosuje systemów zamkniętych.** Na przestrzeni roku w tym aspekcie zmieniło się bardzo niewiele.

## Szkolenia dla pracowników

- **Szkolenia dla pracowników są najmocniejszym punktem polskich szpitali w obu edycjach certyfikacji.** W niemal wszystkich szpitalach funkcjonuje imienny rejestr osób przeszkolonych, a szkolenia są prowadzone w sposób systematyczny. **Poprawie powinien ulec obszar dotyczący przekazywania materiałów szkoleniowych oraz weryfikacji wiedzy pracowników po odbytych szkoleniu.**
- **W ramach szkoleń najsłabiej wypadły te, które dotyczą, ekspozycji na leki cytotoksyczne,** m.in. procedury zapobiegania ekspozycji oraz postępowania w sytuacjach awaryjnych, gdzie niemal 50% szpitali ich nie prowadzi.

## Lista placówek medycznych certyfikowanych w wyniku II edycji programu:

- |   |   |
|---|---|
| 1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie | 13. Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich   |
| 2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. Mariana Zyndrama-Kościńskiego w Białymstoku     | 14. Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach             |
| 3. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu                                  | 15. Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. w Gliwicach   |
| 4. Kliniki Neuroradiologii Sp. z o.o.   | 16. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach |
| 5. Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej  | 17. Szpital Powiatowy im. Miłosierdzia Bożegow Limanowej  |
| 6. Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie  | 18. Centrum Zdrowia w Mikołowie   |
| 7. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi                                       | 19. Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy   |
| 8. Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy  | 20. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu   |
| 9. Warmińsko-Mazurskie Centrum Chorób Płuc w Olsztynie  | 21. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu  |
| 10. Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o.   | 22. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu                                 |
| 11. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim                                      | 23. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży   |
| 12. Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy  | 24. Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica w Pile  |

25. Szpital Powiatowy w Radomsku
26. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kazimierzy Wielkiej
27. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA im. św. Jana Pawła II w Głuchołazach
28. Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach
29. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu
30. Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem
31. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nowe Miasto
32. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie
33. Salus Sp. z o.o.
34. Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku
35. Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.
36. Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
37. Szpital Powiatowy im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem
38. Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego
39. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szamotułach
40. Centrum Medyczne Karpacz S.A.
41. Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce
42. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach
43. Specjalistyczny Szpital Onkologiczny NU-MED sp. z o.o. w Tomaszowie Mazowieckim
44. Szpital Czerniakowski Sp. z o.o.
45. Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.
46. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
47. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach
48. Mergez Sp. z o.o. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
49. Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie
50. Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy
51. Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach
52. Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy
53. Zdrowie Sp. z o.o. w Kwidzynie
54. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Szczecinie
55. Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu
56. 107 Szpital Wojskowy SPZOZ w Walczu
57. Szpital Medikor w Nowym Sączu
58. Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
59. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA
60. Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o. w restrukturyzacji
61. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Górno-śląskie Centrum Rehabilitacji „REPTY” im. Gen. J. Ziętka
62. Szpital Wolski im. dr. Anny Gostyńskiej Sp. z o.o.
63. Centrum Medyczne im. Bitwy Warszawskiej 1920 r. w Radzyminie – Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
64. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Działdowie
65. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach
66. Kociewskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
67. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęcznej
68. Nu-Med Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Zamość Sp. z o.o.
69. Szpital Powiatowy w Nowej Dębie
70. Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich
71. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim
72. Głogowski Szpital Powiatowy Sp. z o.o.
73. Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.
74. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
75. Szpital Joannitas w Pszczynie
76. Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”
77. Powiatowy Zespół Szpitali
78. Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie
79. Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu
80. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu
81. Regionalny Szpital w Kołobrzegu
82. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarńkowie
83. NU-MED Grupa S.A.
84. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Lublinie
85. Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy
86. Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie
87. Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
88. Szpital na Klinach
89. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kole
90. Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torako-chirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów w Poznaniu
91. Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu
92. Powiatowy Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
93. Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu
94. Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu
95. SP ZOZ MSWiA w Krakowie
96. SP ZOZ SZPITAL NR 2 im. dr. Tadeusza Boczonias w Mysłowicach
97. Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie
98. Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii w Kamiennej Górze
99. NZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego Sp. z o.o. w Krakowie
100. Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie
101. Giżycka Ochrona Zdrowia Sp. z o.o.
102. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku
103. Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu
104. Szpital Miejski w Zabrzu Sp. z o.o.
105. Szpital Specjalistyczny Centrum Medycznego MAVIT w Warszawie
106. Szpital Specjalistyczny Centrum Medycznego MAVIT w Katowicach
107. Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religi Medinet Sp. z o.o. we Wrocławiu
108. Nu-Med Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Katowice Sp. z o.o.

# ZINTEGROWANY MODEL BEZPIECZEŃSTWA SZPITALI

W Unii Europejskiej, która liczy 447 milionów mieszkańców, błędy w stosowaniu leków odpowiadają za 163 tys. zgonów rocznie. To właśnie w tym kontekście kwestia bezpieczeństwa leków została wybrana jako temat przewodni Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta w 2022 roku, z hasłem „Leki bez szkody”. WHO wzywa zainteresowane strony do nadania priorytetu i podjęcia wczesnych działań w kluczowych obszarach związanych ze znacznymi szkodami dla pacjentów, które wynikają z niebezpiecznych praktyk lekowych.

Badanie IPSOS<sup>1</sup>, którym objęto 300 tys. pracowników ochrony zdrowia w całej Europie, wykazało znaczny wzrost o 276 000 (23%) liczby zranień ostrymi narzędziami wśród pracowników ochrony zdrowia w związku z pandemiczną sytuacją. Grupą zawodową, której najbardziej dotyczy problem okazały się pielęgniarki (82%) i lekarze (54%). Aż 75% pracowników medycznych z Polski jako powód zranień wskazało brak urządzeń zabezpieczających. Niebezpieczne warunki pracy skutkujące chorobami zawodowymi, urazami i nieobecnością w pracy stanowią znaczny koszt dla sektora opieki zdrowotnej (szacowany nawet na 2% wydatków na zdrowie).

W 2023 roku Rada Ekspertów oraz Grupy Robocze Koalicji na Rzecz Bezpieczeństwa Szpitali opracowały **Zintegrowany Model Bezpieczeństwa Szpitali**, który pozwoli podnieść poziom bezpieczeństwa oraz zwrócić uwagę na najważniejsze kwestie związane z jakością w placówkach medycznych. Ważne, aby model był wdrażany na każdym poziomie funkcjonowania szpitali, od rozwiązań systemowych na poziomie centralnym systemowym i regulacyjnym aż po zespoły i personel medyczny pracujący w szpitalach. Podstawą bezpieczeństwa pacjenta jest zadbanie o bezpieczeństwo i dobrostan pracowników personelu medycznego oraz pracowników niemedycznych szpitali. Biorąc pod uwagę europejskie systemy zarządzania jakością w szpitalach opracowano kryteria, które uwzględniają:

- bezpieczne procedury i sprzęt,
- bezpieczne podawanie leków,
- leki cytotoksyczne,
- bezpieczeństwo pracowników (zdrowie psychiczne i stres),
- monitorowanie i zgłaszanie zdarzeń niepożądanych (elektroniczny rejestr zdarzeń niepożądanych),
- szkolenia pracowników.

## Dlaczego opracowano taki model?

**Zdaniem Prof. dr hab. n. med. Tomasza Banasiewicza** „Szpital powinien być i ma być miejscem bezpiecznym. Dla wszystkich, oczywiście kluczową rolą jest bezpieczeństwo pacjenta, jednakże musimy pamiętać o bezpieczeństwie personelu. Te dwie kwestie są ściśle ze sobą powiązane, bezpieczny personel to większe bezpieczeństwo pacjenta, zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta to

<sup>1</sup> Badanie przeprowadzone przez firmę Ipsos MORI na przełomie marca i kwietnia 2021 r. w 80 największych szpitalach krajowych we Francji, Niemczech, Włoszech, Hiszpanii i Polsce.

lepszą pracę personelu, możliwość skupienia się na niesieniu pacjentowi pomocy, wspierania go w chorobie. To bezpieczeństwo oczywiście zależy w dużej mierze od nas, od całego personelu medycznego, ale również bardzo od rozwiązań systemowych, od ustalenia standardów, zapewnienia ich wdrożenia:

- od stworzenia wizji rozwoju nie wybranych procedur czy wycinków, ale rozwoju całego systemu,
- od profilaktyki przez diagnozę, przygotowanie do leczenia, leczenie, wspieranie w powrocie do zdrowia i optymalizację stanu zdrowia.

Na każdym z tych etapów, zwłaszcza szpitalnym, tym gdzie ryzyko powstania sytuacji niebezpiecznych dla personelu jest duże. Mówmy głośno, by zarządzający tym systemem i tworzący go zrozumieli, że to od ich decyzji zależą losy i pacjentów i personelu. Mówmy o konieczności rozwiązań systemowych, o błędach administracyjnych, organizacyjnych, o grzechu zaniechania zmian systemowych – by ludzie wiedzieli, że każda pielęgniarka chciałaby mieć bezpieczną igłę a każdy chirurg dobre narzędzia do koagulacji, ale sam sobie ich nie kupi i nie kupi mu też większość szpitali, jeśli nie będzie to rozwiązane globalnie. Pokazujemy co i jak należy zmienić, my to wiemy, to nasz chleb codzienny. Starajmy się jednak wszyscy, by zarządzający tym systemem, zarówno w Ministerstwie Zdrowia jak i decydującym często o realiach leczenia NFZ, zdali sobie sprawę, że bezpieczny szpital to nie slogan. To wspólny cel i obowiązek. Istotne jest aby model był wdrażany na każdym etapie funkcjonowania szpitali. Wdrażanie zmian legislacyjnych oraz zmian w procedurach szpitalnych jest kluczowe dla poprawy jakości opieki zdrowotnej oraz ochrony personelu medycznego.





## Główne założenia Modelu

Bezpieczeństwo pacjenta zaczyna się od bezpiecznego szpitala i bezpiecznego personelu medycznego. Nie ma bezpieczeństwa bez standardów oraz nowoczesnego i bezpiecznego sprzętu medycznego jak również bezpiecznej infrastruktury.

Należy zbudować całościowy model bezpieczeństwa nakierowany na eliminację ryzyk w tym ekspozycji na leki cytostatyczne, zakażenia i zranienia oraz zagrożeń dla zdrowia psychicznego personelu medycznego. Konieczne jest wdrożenie niezawodnych i skutecznych procedur podaży leków.

W modelu należy uwzględnić wszystkie kluczowe obszary wspierane przez Koalicję na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali wraz z procedurami monitorowania w e-systemie zdrowia.



The main consequence for nurses involved in one adverse event is chronic workplace stress which leads to 31% of them taking time off work for an average length of 2-3 months.

Model powinien obejmować wszystkie poziomy systemu szpitalnictwa

## ODDZIAŁYWANIE MODELU

Istotne jest aby model był wdrażany na każdym poziomie funkcjonowania szpitali, od rozwiązań systemowych na poziomie centralnym systemowym i regulacyjnym aż po zespoły i personel medyczny pracujący w szpitalach.



POZIOM  
CENTRALNY



POZIOM  
PLACÓWKI  
MEDYCZNEJ/  
SZPITALA



POZIOM  
ZESPOŁÓW

## Najważniejsze zadania na poszczególnych poziomach



POZIOM  
CENTRALNY

- Zdefiniowanie pojęcia jakości w systemie opieki zdrowotnej i opracowanie kryteriów jakości
- Utworzenie centralnego elektronicznego rejestru zdarzeń niepożądanych
- Wprowadzenie mechanizmu finansowego polegającego na promowaniu rozwiązań bezpiecznych, Analiza finansowa związana z zagadnieniem jakości



POZIOM  
PLACÓWKI  
MEDYCZNEJ/  
SZPITALA

- Ocena i premiowanie najlepszych placówek w obszarze bezpieczeństwa
- Premiowanie na etapie zakupów sprzętu bezpiecznego
- Raportowanie wszystkich zdarzeń niepożądanych, na każdym szczeblu funkcjonowania placówek medycznych
- Szkolenia personelu medycznego każdego szczebla



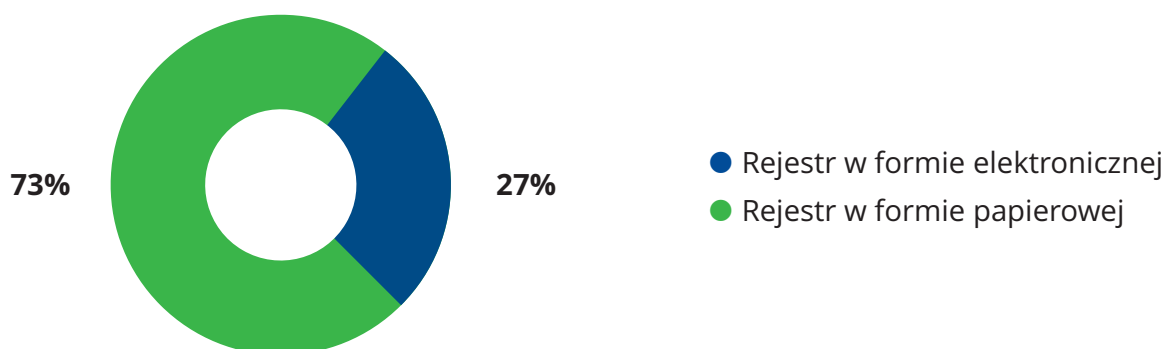
POZIOM  
ZESPOŁÓW

- Budowanie świadomości
- Dbłość o bezpieczeństwo personelu medycznego
- Korzystanie ze sprzętu bezpiecznego

# ANALIZA DANYCH DOTYCZĄCA CERTYFIKOWANYCH SZPITALI

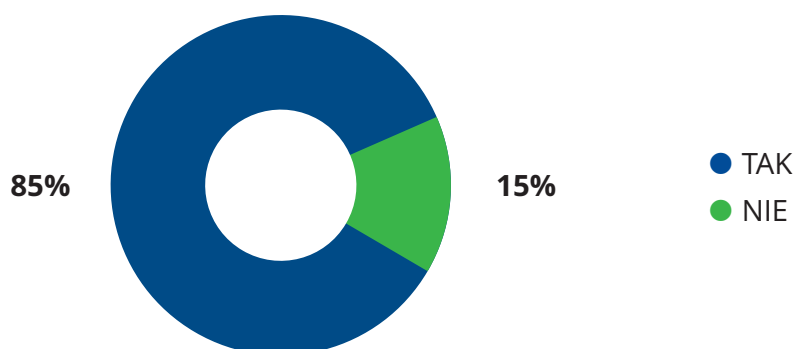
## PROCEDURY SZPITALNE DOTYCZĄCE BEZPIECZEŃSTWA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH

Wykresy 1-3 dotyczą procedur szpitalnych odnoszących się do kwestii bezpieczeństwa personelu.



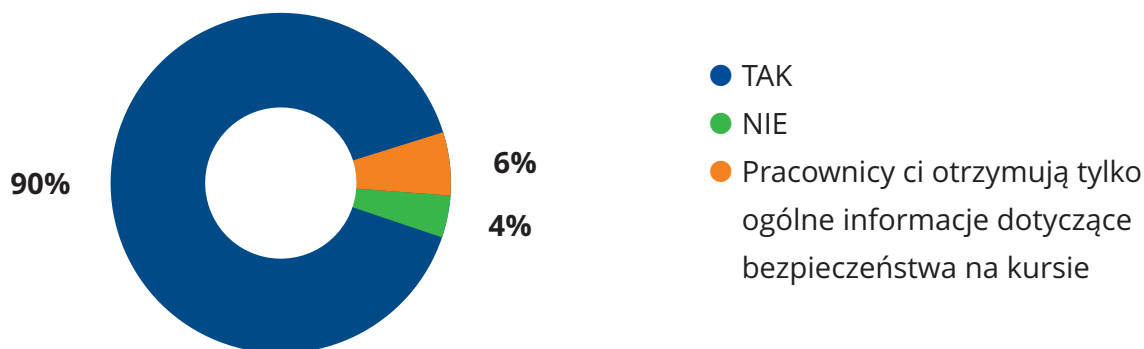
Wykres 1. Czy w ramach monitorowania bezpieczeństwa personelu placówki medycznej, prowadzony jest rejestr zranień pracowników ostrymi narzędziami/ekspozycji na materiał biologiczny?

Wszystkie zgłoszone szpitale prowadzą rejestry zranień w szpitalach/ekspozycji na materiał biologiczny, natomiast tylko 27% z nich korzysta z formy elektronicznej.



Wykres 2. Czy w przypadkach, w których nie ma możliwości użycia bezpiecznego sprzętu i konieczne jest zastosowanie ostrych narzędzi, placówka medyczna posiada procedury określające zasady właściwego używania tych narzędzi w celu zwiększenia ochrony pracowników przed ekspozycją na materiał biologiczny?

Znaczna większość placówek medycznych (85%) posiada procedury określające zasady właściwego używania ostrych narzędzi w celu zwiększenia ochrony pracowników przed ekspozycją na materiał biologiczny.

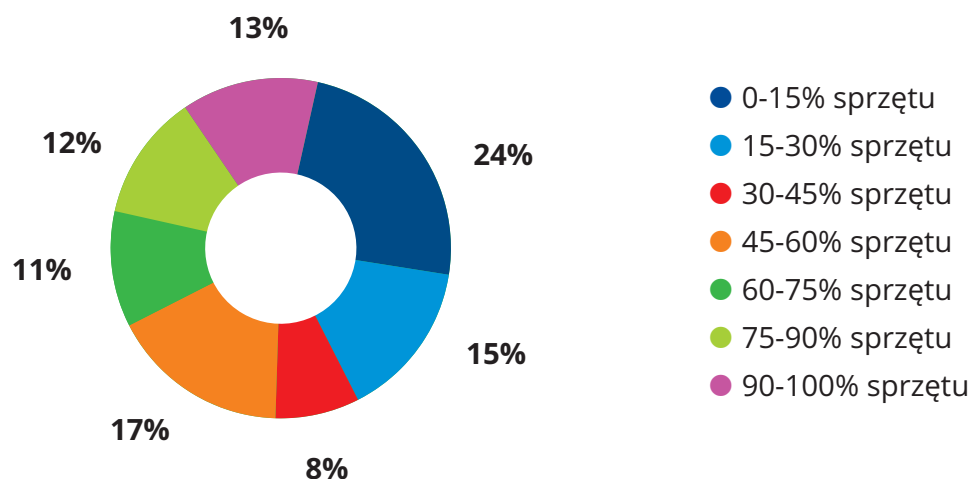


Wykres 3. Czy pracownicy zajmujący się utylizacją ostrego sprzętu medycznego oraz pracami porządkowymi posiadają procedury postępowania obejmujące określenie ryzyka zagrożenia oraz jego minimalizacji?

Pracownicy zajmujący się utylizacją ostrego sprzętu medycznego oraz pracami porządkowymi posiadają odpowiednie procedury określające ryzyko zagrożenia oraz jego minimalizacji, tylko 4 % placówek medycznych nie ma w ogóle takich procedur.

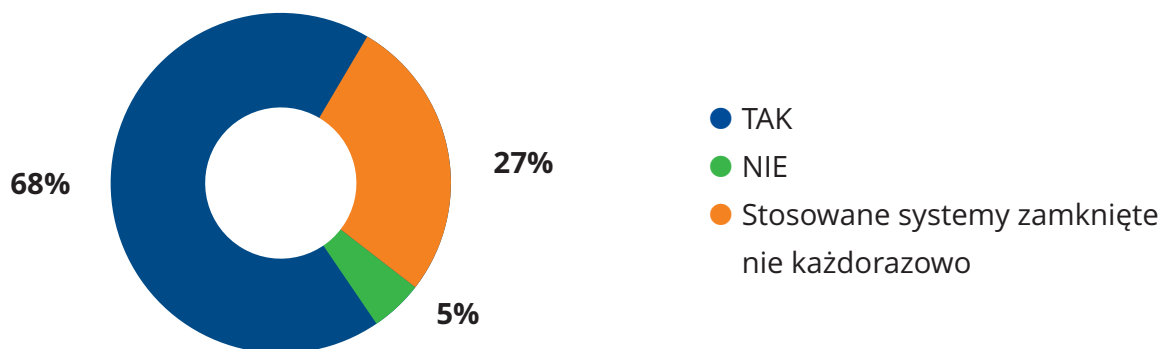
## WYKORZYSTANIE SPRZĘTU BEZPIECZNEGO W SZPITALACH

Poniższe wykresy 4-9 zawierają dane dotyczące korzystania przez placówki z bezpiecznego sprzętu medycznego.



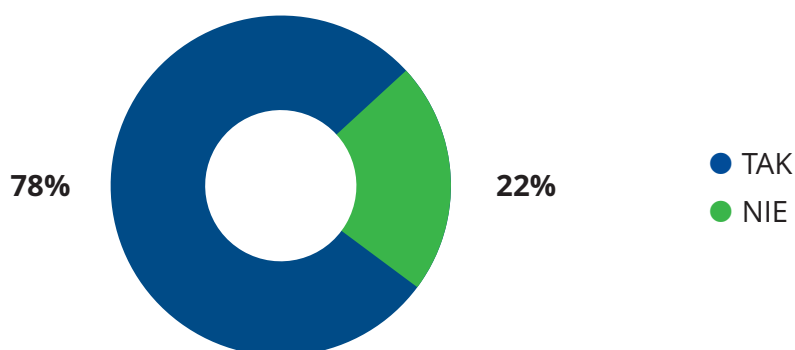
Wykres 4. Jaki udział procentowy spośród całego stosowanego przez placówkę medyczną sprzętu medycznego stanowi sprzęt bezpieczny?

Niemal połowa szpitali wskazała, że sprzęt bezpieczny stanowi mniej niż 50% całego posiadanego sprzętu. Na podstawie wytycznych UE, które dokładnie ukazuje opublikowany przez Komisję Europejską terminarz: Medical Devices and *in vitro* Diagnostic Medical Devices. Postuluje się, że do 2028 roku sprzęt bezpieczny ma stanowić 100%. W Polsce konieczne są zmiany, a szpitale powinny jak najszybciej dostosować się do tych wytycznych, obecnie tylko 13% szpitali posiada powyżej 90% sprzętu bezpiecznego.



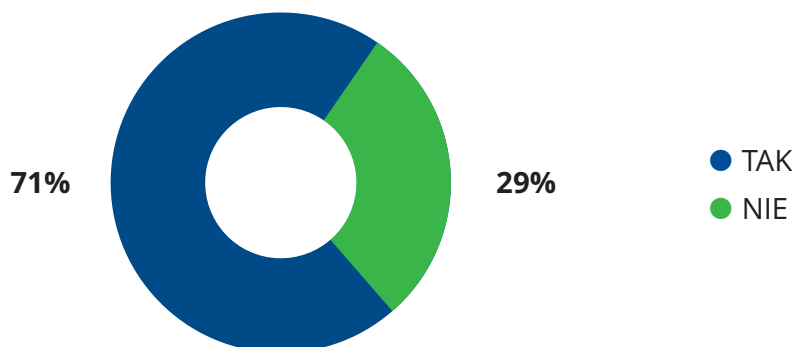
Wykres 5. Czy placówka medyczna stosuje do pobierania krwi pacjenta wyłącznie zamknięte systemy jako element najbardziej skutecznego postępowania z uzyskaniem materiału biologicznego do badań?

Zamknięte systemy są powszechnie stosowane w polskich szpitalach, niemal 70% szpitali stosuje je każdorazowo, jednak ponad 30% placówek medycznych nie stosuje ich lub korzysta z nich nieregularnie.



Wykres 6. Czy w przypadku leków przeznaczonych do iniekcji, które produkowane są zarówno w ampułkach szklanych, jak i plastikowych, placówka medyczna decyduje się na wybór ampułek plastikowych, które minimalizują ryzyko zranień?

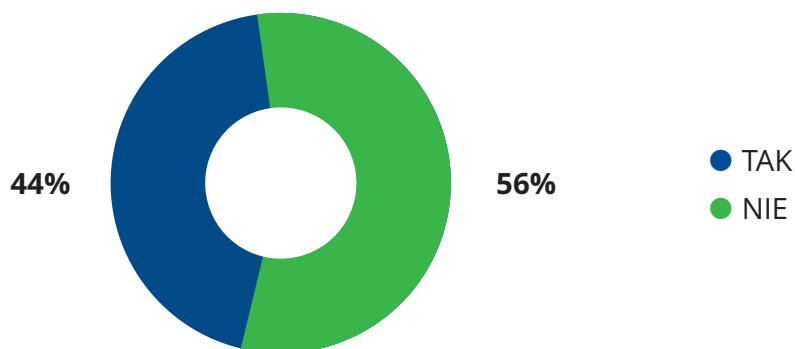
Prawie 22% szpitali nie decyduje się na wybór ampułek plastikowych, które minimalizują ryzyko zranień.



Wykres 7. Czy w placówce prowadzony jest katalog bezpiecznego sprzętu?

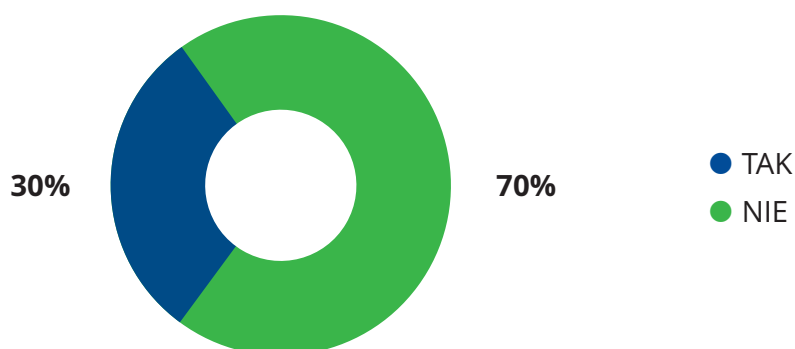
Aż 29% placówek nie prowadzi katalogu sprzętu bezpiecznego.





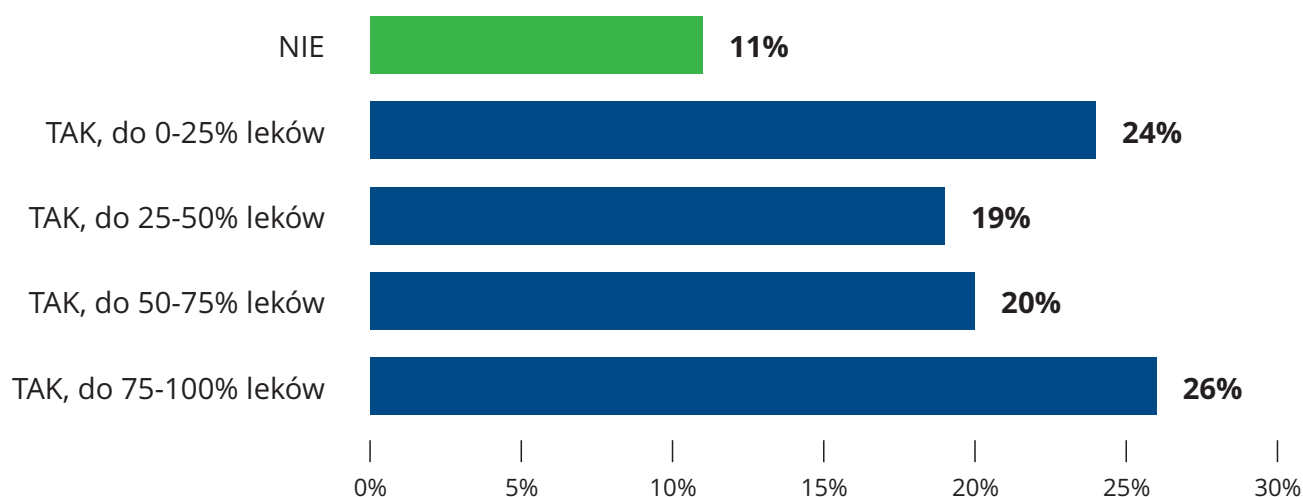
Wykres 8. Czy placówka medyczna stosuje wyłącznie kaniule bezpieczne?

Niestety ponad połowa szpitali nie korzysta z kaniul bezpiecznych, które nie tylko zapewniają bezpieczeństwo personelowi, ale są również bezpieczniejsze dla pacjenta – ułatwiają podawanie leków dożylnie, bez konieczności nowego wkłucia.



Wykres 9. Czy placówka medyczna stosuje wyłącznie igły tępe do przygotowywania leków?

Tylko 30% szpitali stosuje wyłącznie igły tępe do przygotowywania leków.

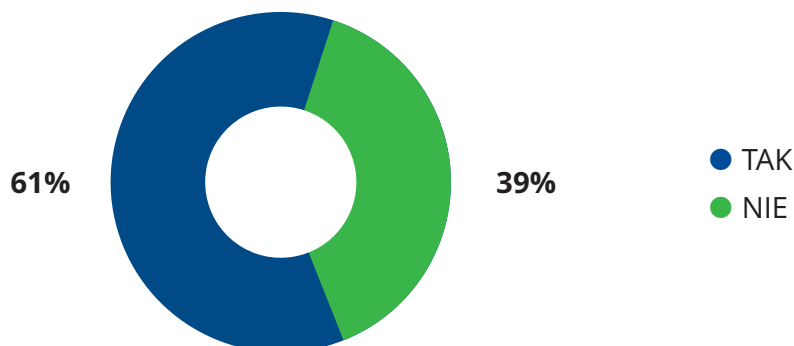


Wykres 10. Czy placówka medyczna stosuje do przygotowywania leków sprzęt bezpieczny?

Niestety prawie połowa szpitali korzysta ze sprzętu bezpiecznego tylko w przygotowywaniu maksymalnie 50% leków, przy czym 11% szpitali w ogóle nie używa sprzętu bezpiecznego przy procedurze przygotowywania leków.

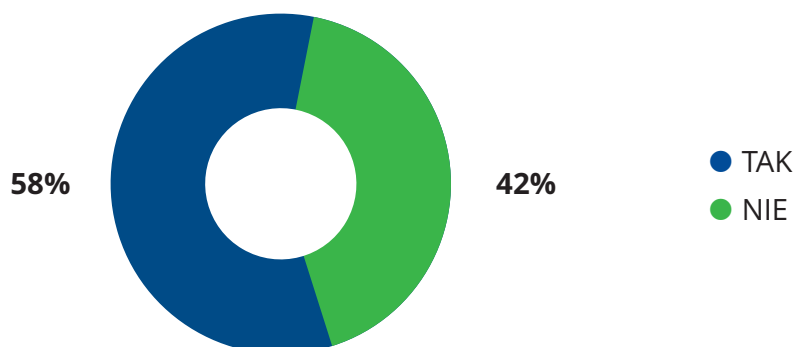
## PROCEDURA PRZYGOTOWANIA LEKÓW CYTOTOKSYCZNYCH

Poniższe wykresy dotyczą szpitali, w których stosowane są leki cytotoksyczne – szczególnie szkodliwe dla personelu medycznego.



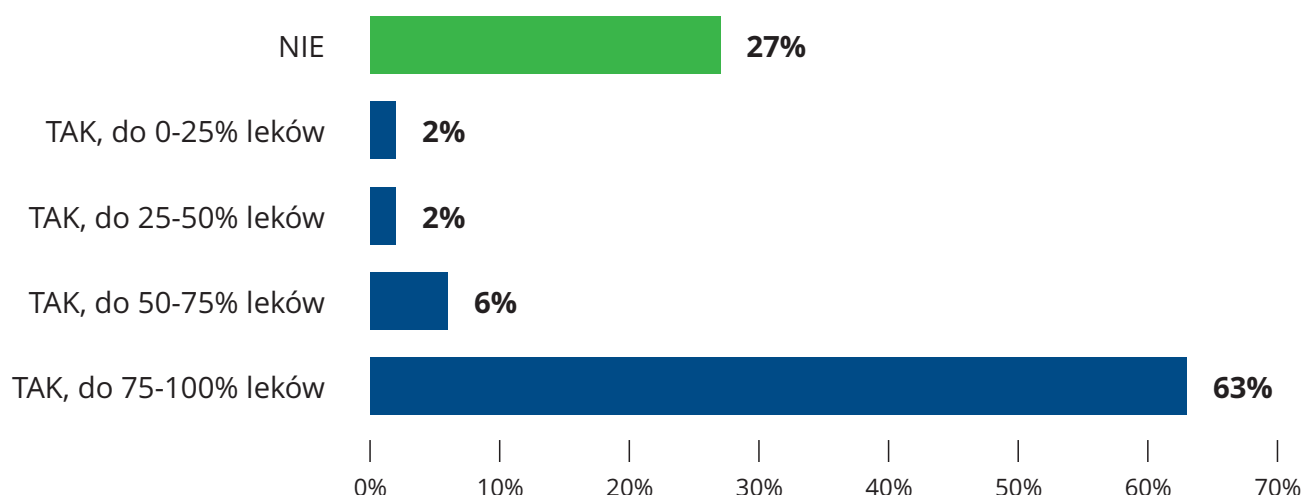
Wykres 11. **Czy w ramach monitorowania bezpieczeństwa personelu placówki medycznej, prowadzona jest ocena ryzyka narażenia na skażenia lekiem cytotoksycznym?**

**Ponad połowa szpitali prowadzi ocenę ryzyka narażenia na skażenia lekiem cytotoksycznym, jednak niemal 40% szpitali wciąż tego nie robi.**



Wykres 12. **Czy placówka medyczna ma opracowane, wdrożone i egzekwowane procedury postępowania awaryjnego po skażeniu lekiem cytotoksycznym?**

**Ponad połowa szpitali ma opracowane, wdrożone i egzekwowane procedury postępowania awaryjnego po skażeniu lekiem cytotoksycznym, niestety 42% szpitali wciąż nie ma takich procedur.**

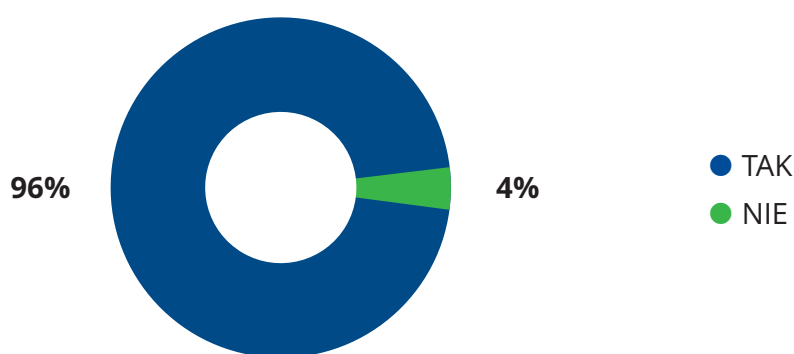


Wykres 13. **Czy placówka medyczna stosuje do przygotowywania leków cytotoksycznych systemy zamknięte?**

**Ponad połowa szpitali korzysta z zamkniętych systemów do podawania leków cytotoksycznych w praktycznie każdym przypadku. Natomiast prawie 30% szpitali w ogóle nie korzysta z zamkniętych systemów w zakresie leków cytotoksycznych.**

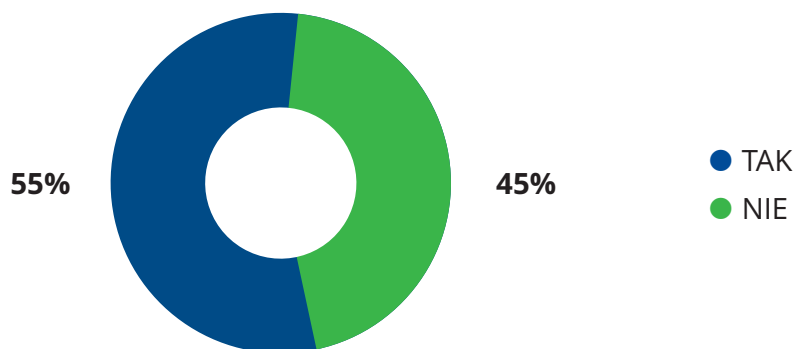
## SZKOLENIA DLA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH

Wykresy 14-19 skupiają się na edukacji personelu medycznego, która jest kluczowa w stosowaniu prawidłowych praktyk bezpieczeństwa.



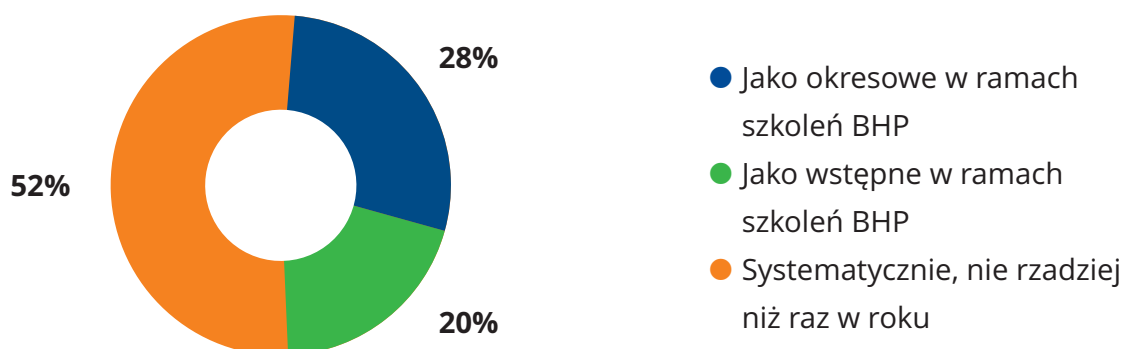
Wykres 14. **Czy w podmiocie leczniczym odbywają się systematyczne szkolenia w zakresie ryzyka ekspozycji na materiał biologiczny podczas przeprowadzania procedur medycznych, zapobiegania im oraz postępowania poekspozycyjnego?**

**Ponad 96% szpitali prowadzi systematyczne szkolenia w zakresie ryzyka ekspozycji na materiał biologiczny podczas przeprowadzania procedur medycznych, zapobiegania im oraz postępowania poekspozycyjnego, tylko 4% placówek nie prowadzi ich.**



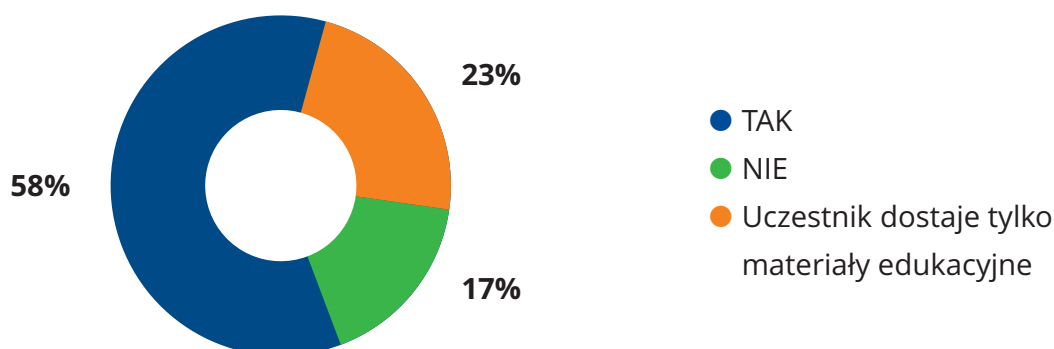
Wykres 15. Czy w szpitalu odbywają się szkolenia w zakresie ekspozycji na leki cytotoksyczne obejmujące procedury zapobiegania im oraz postępowania w sytuacjach awaryjnych?

Niemal 50% szpitali nie organizuje szkolenia w zakresie ekspozycji na leki cytotoksyczne obejmujące procedury zapobiegania im oraz postępowania w sytuacjach awaryjnych.



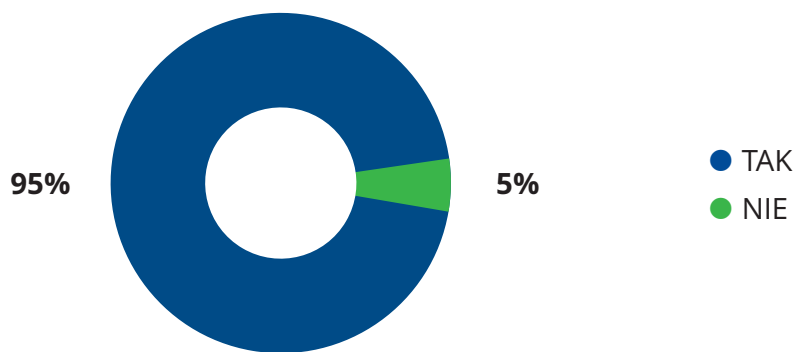
Wykres 16. Czy szkolenia są prowadzone jako wstępne w ramach szkoleń BHP, jako okresowe w ramach szkoleń BHP czy systematycznie, nie rzadziej niż raz w roku?

Szpitala w Polsce dbają o prowadzenie szkoleń – jednak w niemal połowie placówek (48%) powinny one odbywać się częściej.



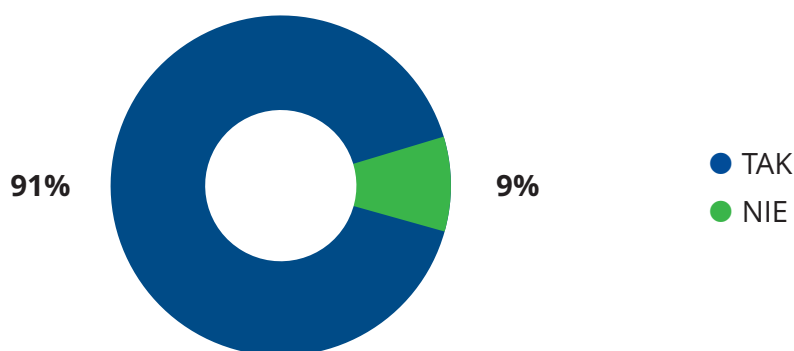
Wykres 17. Czy na zakończenie szkolenia uczestnik dostaje materiały edukacyjne oraz kończy się ono weryfikacją jego wiedzy?

Ponad połowa szpitali (60%) po szkoleniu przekazuje materiały edukacyjne dla pracowników w celu dokończenia w materii bezpieczeństwa, a także weryfikuje nabytą przez nich wiedzę. Jednak 40% placówek, wciąż nie przekazuje takich materiałów lub nie weryfikuje wiedzy zdobytej przez pracowników.



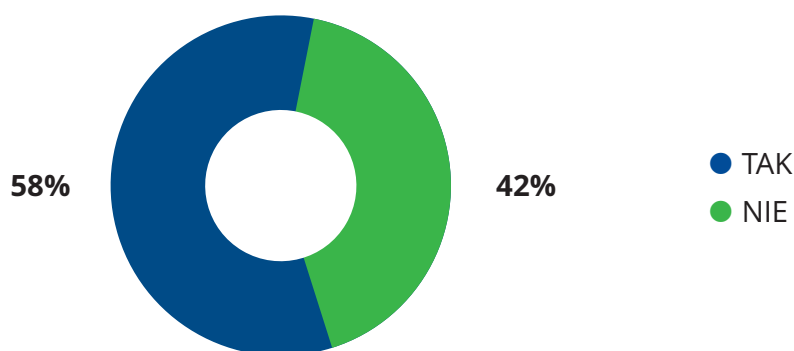
Wykres 18. Czy w placówce funkcjonuje imienny rejestr osób przeszkolonych?

**W niemal wszystkich szpitalach (95%) funkcjonuje imienny rejestr osób przeszkolonych, tylko 5% placówek nie prowadzi takiego rejestru.**



Wykres 19. Czy w placówce odbywają się systematyczne szkolenia personelu medycznego odnośnie zwiększenia świadomości obowiązkowej rejestracji zranień ostrym sprzętem?

**Systematyczne szkolenia personelu medycznego odnośnie zwiększenia świadomości obowiązkowej rejestracji zranień ostrym sprzętem odbywają się w ponad 90% placówek, tylko 9% szpitali nie prowadzi takich szkoleń.**



Wykres 20. Czy pracownicy placówki medycznej mają możliwość korzystania z certyfikowanych, bezpłatnych szkoleń w języku polskim na platformach e-learningowych, dostępnych nieprzerwanie przez całą dobę?

**Ponad połowa szpitali umożliwia pracownikom korzystania z certyfikowanych, bezpłatnych szkoleń, w języku polskim na platformach e-learningowych, dostępnych całą dobę, niestety ponad 40% placówek wciąż nie daje takich możliwości.**



# PODSUMOWANIE II EDYCJI CERTYFIKACJI

## Kryteria, za które szpitale otrzymały największą ilość punktów

**Systematyczne szkolenia w zakresie ryzyka ekspozycji na materiał biologiczny podczas przeprowadzania procedur medycznych, zapobiegania im oraz postępowania poekspozycyjnego**

- **Aż 96% szpitali** prowadzi systematyczne szkolenia w tym zakresie

**Systematyczne szkolenia personelu medycznego odnośnie zwiększenia świadomości obowiązkowej rejestracji zranień ostrym sprzętem**

- **Ponad 90% szpitali** prowadzi takie szkolenia

**Utylizacja sprzętu**

- **90% szpitali** posiada procedury dla pracowników, zajmujących się utylizacją ostrego sprzętu medycznego

**W przypadkach, w których konieczne jest zastosowanie ostrych narzędzi, placówka medyczna posiada procedury określające zasady właściwego używania tych narzędzi**

- **85% placówek medycznych** posiada takie procedury

## Kryteria, za które szpitale otrzymały najmniejszą ilość punktów

**Stosowanie bezpiecznych igieł iniekcyjnych**

- **Jedynie 12% szpitali** stosuje wyłącznie bezpieczne igły iniekcyjne

**Stosowanie tępych igieł do przygotowywania leków**

- **Tylko 30% placówek** medycznych stosuje wyłącznie tępe igły do przygotowywania leków

**Stosowanie sprzętu bezpiecznego**

- **Niemal połowa szpitali** wskazała, że sprzęt bezpieczny stanowi mniej niż 50%

**Stosowanie kaniuli bezpiecznych**

- **44% jednostek szpitalnych** stosuje wyłącznie kaniule bezpieczne

# O KOALICJI NA RZECZ BEZPIECZEŃSTWA SZPITALI

Koalicja działa od 2021 roku. Jej celem jest zwiększanie bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia w miejscu pracy, m.in. poprzez promowanie i zachęcanie szpitali do korzystania z bezpiecznego sprzętu medycznego, a także wdrażania odpowiednich procedur w tym zakresie.

Projekt został objęty patronatem przez czołowe instytucje/organizacje z branży medycznej: Narodowy Fundusz Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Polską Federację Szpitali, Naczelną Izbę Lekarską, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polski Klub Dostępu Naczyniowego, Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Naczelną Izbę Aptekarską, Europejskie Stowarzyszenie Czyste Leczenie, Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych, Polskie Towarzystwo Mikrobiologów, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Infuzyjnego.

Jednym z działań Koalicji jest deklaracja „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent”, do której przyłączają się polskie placówki medyczne, przestrzegające zaleceń zawartych w dokumencie. W poprzednim roku do Koalicji dołączyły ponad 52 instytucje (szpitale, powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, centra zdrowia, ośrodki rehabilitacyjne), w tym roku ich liczba wynosi ponad 100.

Koalicja podejmuje działania na rzecz promocji dobrych praktyk i w tym celu prowadzi program certyfikacyjny wspierający szpitale we wdrażaniu najwyższych standardów w zakresie bezpieczeństwa personelu medycznego. W bieżącym roku odbyła się druga edycja programu, do której zgłosiło się 112 placówek medycznych z całej Polski, z czego 108 jednostek zostało wyróżnionych certyfikatem.

W trakcie działania Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali zostały wypracowane następujące dokumenty: „Wytyczne techniczne dotyczące zranień i zakłuć”, „Implementacja dyrektywy Rady 2010/32/UE w polskich szpitalach”, „Zmniejszanie ilości błędów w podawaniu leków”, „EU strategic framework on health and safety at work 2021-2027”.

Program postulował m.in. o wprowadzenie mechanizmu finansowego polegającego na promowaniu rozwiązań bezpiecznych, utworzenie centralnego rejestru zdarzeń niepożądanych, opracowanie definicji jakości, a także wskazanie kryteriów jej oceny.

## DEKLARACJA „BEZPIECZNY SZPITAL TO BEZPIECZNY PACJENT”

Deklaracja została przygotowana w oparciu o **Dyrektywę Rady Unii Europejskiej** dotyczącą zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej oraz **wytyczne przygotowane przez ministerialny Zespół ds. Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych** wydane na łamach zeszytów Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych.

Jest ona zgodna z dokumentem Komisji Europejskiej pod nazwą „Strategiczne ramy UE dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2021–2027 Bezpieczeństwo i higiena pracy w zmieniającym się świecie pracy”, według którego Komisja Europejska promuje podejście oparte na „Wizji zero” w zakresie zgonów związanych z pracą. Jej priorytetem jest zapewnienie bezpieczeństwa pracownikom z sektora ochrony zdrowia poprzez zapewnienie sprzętu bezpiecznego, odpowiednich procedur oraz zmniejszenia narażenia na ryzyko kontaktu z substancjami cytotoksycznymi. W oparciu o nie, w UE ujednolicone zostaną przepisy dotyczące produkcji i zakupu sprzętu medycznego zmierzające do wprowadzania nowoczesnych i bezpiecznych sprzętów dla pracowników sektora ochrony zdrowia.

**W ramach programu ponad 230 szpitali z całej Polski stało się sygnatariuszami deklaracji na rzecz bezpieczeństwa.**

Podpisanie deklaracji zobowiązuje sygnatariuszy do:



## **ZAŁOŻENIA DEKLARACJI „BEZPIECZNY SZPITAL TO BEZPIECZNY PACJENT”:**

- 1.** Szpital stosuje definicję sprzętu bezpiecznego zgodnie z rekomendacjami PSPE.
- 2.** Szpital zobowiązany jest do oceny ryzyka wystąpienia ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny w opisie stanowiska pracy oraz określenia, czy na danym stanowisku konieczne/rekomendowane jest używanie sprzętu bezpiecznego, takiego jak np. igły iniekcyjne, cewniki naczyniowe, systemy zamknięte do pobierania krwi, systemy zamknięte do przygotowywania i podaży leków niebezpiecznych.
- 3.** Szpital obliguje się do zapewnienia środków eliminujących lub ograniczających stopień narażenia na ekspozycję na materiał zakaźny przez personel medyczny dla wszystkich stanowisk, które tego wymagają.

4. Szpital ma opracowane i wdrożone procedury postępowania poekspozycyjnego dla pracowników odnośnie sposobu postępowania, kiedy dojdzie do ekspozycji na materiał biologiczny.
5. Szpital prowadzi cykliczną edukację (szkolenia wstępne i przypominające) w zakresie zapobiegania ekspozycji na materiał biologiczny, infuzji leków, obsługi systemów zamkniętych.
6. Szpital wdraża rozwiązania organizacyjne mające na celu ograniczenie ryzyka wystąpienia ekspozycji zawodowej na materiał biologiczny.
7. Szpital zapewnia przeprowadzenie prawidłowej utylizacji zużytego sprzętu medycznego, zgodnie z podpisaną umową z odbiorcą odpadów medycznych.
8. W podmiocie medycznym prowadzony jest rejestr wszystkich zranień i zakłuć, w tym związanych z kontaktem potencjalnie zakaźnym.
9. Szpital monitoruje poziom zakupów oraz faktyczne wykorzystanie sprzętu bezpiecznego na terenie jednostki.
10. Szpital monitoruje powikłania występujące u pacjentów, np. odcewnikowe zakażenie krwi.
11. Szpital zgłasza swoją gotowość do przystąpienia w przyszłości do Ogólnopolskiego Elektronicznego Systemu Ewidencji Zakłuć i Zranień Wśród Personelu Medycznego.

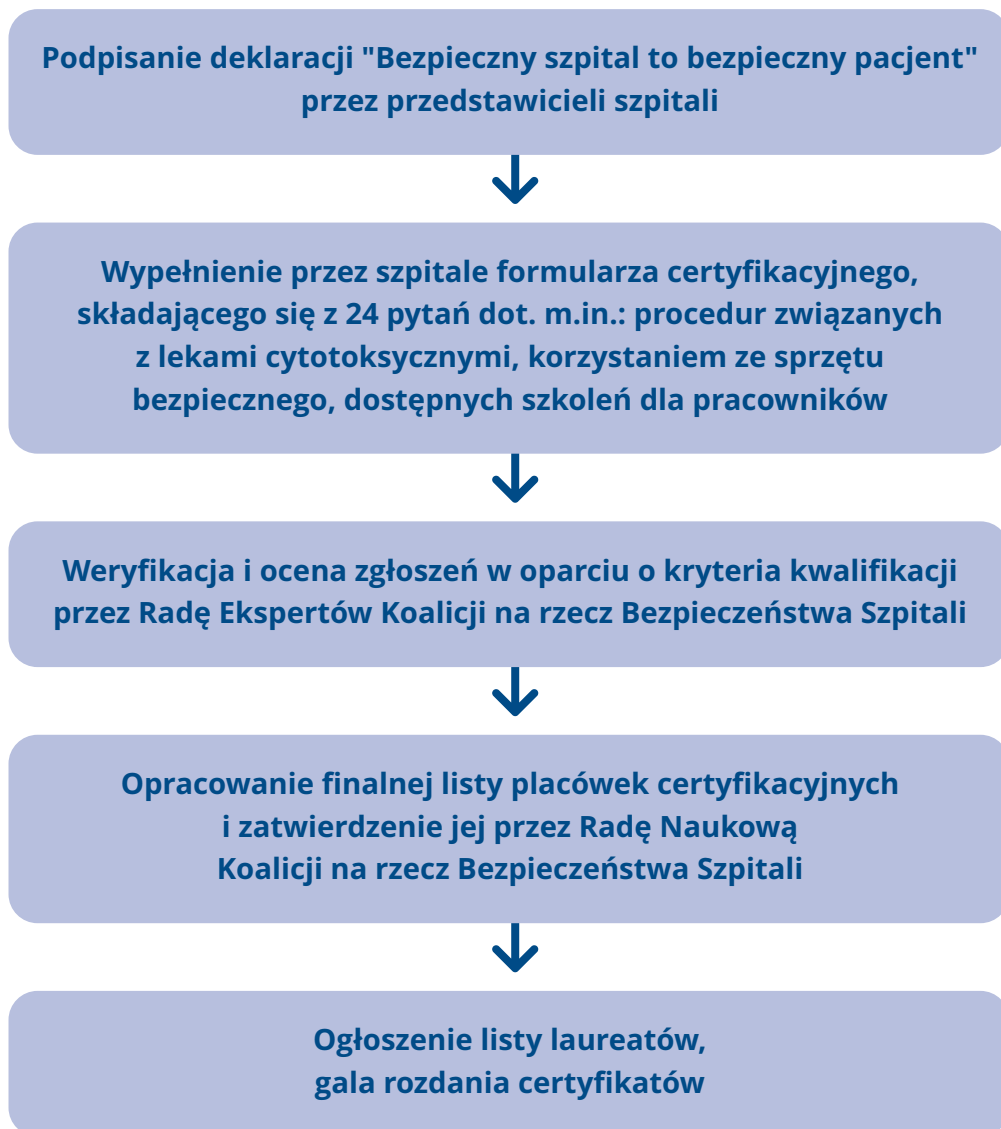
## PROGRAM CERTYFIKACYJNY „BEZPIECZNY SZPITAL TO BEZPIECZNY PACJENT”

Jest to pierwsza w Polsce certyfikacja bezpieczeństwa i jakości szpitali opracowana przez ekspertów z Rady Naukowej Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali uwzględniająca zarówno wytyczne dot. bezpieczeństwa opracowane przez ministerialny Zespół ds. Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych wydanych na łamach zeszytów Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych, dyrektywy UE, w połączeniu z praktyką kliniczną. Certyfikaty są świadectwem przestrzegania wysokich standardów bezpieczeństwa w placówkach oraz potwierdzeniem podjęcia działań na rzecz popularyzacji praktyk zapewniających możliwie najbezpieczniejsze środowisko pracy dla personelu medycznego.

### Korzyści dla szpitali w wyniku udziału w certyfikacji

- Zapewnienie jak najbezpieczniejszego środowiska pracy zarówno dla personelu medycznego jak i dla pacjenta oraz podniesienie jakości leczenia w Polsce
- Zwiększone szanse na spełnienie wymogów norm ISO i kryteriów akredytacyjnych
- Promowanie standardów bezpieczeństwa w szpitalach
- Większa rozpoznawalność szpitala jako placówki dbającej o bezpieczeństwo swoich pracowników i pacjentów
- Zwiększenie efektywności działania szpitali oraz placówek ochrony zdrowia

## Proces certyfikacji









**Koalicja na rzecz  
Bezpieczeństwa  
Szpitali**

**Biuro prasowe Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali**

**[biuro@deklaracja-bezpiecznyszpital.pl](mailto:biuro@deklaracja-bezpiecznyszpital.pl)**

**[www.deklaracja-bezpiecznyszpital.pl](http://www.deklaracja-bezpiecznyszpital.pl)**