

Bezpieczeństwo w szpitalach pozostawia wiele do życzenia

9 lutego 2024

W Polsce nie ma pełnych danych dotyczących liczby błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych w szpitalach i placówkach ochrony zdrowia. Wynika to m.in. z faktu, że ponad 70 proc. z nich nie prowadzi elektronicznego rejestru takich zdarzeń. W wielu placówkach brakuje także bezpiecznego sprzętu i procedur dotyczących np. przygotowywania leków cytotoksycznych przez personel medyczny. Dlatego Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali podkreśla konieczność wdrożenia kryteriów niezbędnych dla poprawy bezpieczeństwa w placówkach medycznych, które powinny zostać uwzględnione we wskaźnikach jakości w opiece zdrowotnej.

„Nie mamy w Polsce jednorodnej statystyki ani pełnych danych dotyczących częstotliwości występowania zdarzeń niepożądanych i błędów medycznych, bo i pacjenci nie zawsze je zgłaszają. Ze swojego ponad 12-letniego doświadczenia jako biegły sądowy widzę, że jest coraz więcej takich spraw. O ile kiedyś one zdarzały się sporadycznie, o tyle teraz sądy występują o możliwość wydania opinii średnio po kilka razy w miesiącu. Badania Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali też pokazują, że pacjenci i kadra medyczna nie do końca są bezpieczni w szpitalach, bo m.in. jakość używanego sprzętu i liczba personelu, który sprawuje opiekę nad pacjentami, jest cały czas niewystarczająca” – mówi agencji Newseria dr n. med. i n. o zdr. Paweł Witt, przewodniczący Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali.

Jak podaje Naczelna Izba Lekarska, w 2018 roku – kiedy w szpitalach ogólnych hospitalizowano łącznie 7,68 mln pacjentów – do sądów cywilnych wpłynęło 857 pozwów w sprawach o naprawienie szkody wyrządzonej przez ochronę zdrowia, a prokuratura wszczęła w tym czasie 2217 spraw o błędy medyczne.

Statystyki pokazują, że ta liczba sukcesywnie spada i w latach 2019–2021 wynosiła kolejno: 2161, 1797 i 1751 spraw, przy czym tylko znikomy ich odsetek trafił na wokandę. Rzeczywista skala problemu błędów medycznych i działań niepożądanych w polskich szpitalach jest jednak bardzo trudna do oszacowania. Chociażby ze względu na to, że – jak wynika z opublikowanego pod koniec ub.r. raportu Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali – 73 proc. placówek nie raportuje ani nie prowadzi elektronicznego rejestru takich zdarzeń.

„Zdarzenia niepożądane w szpitalach można podzielić na takie, które dotyczą farmakoterapii, jak np. omyłkowe podanie leku, i tutaj niestety w całej Europie dane są dość zatrważające, ponieważ one w 50 proc. są możliwe do uniknięcia dzięki wprowadzeniu odpowiednich procedur, oznakowaniu strzykawk, zapewnieniu dostępu do charakterystyki produktu leczniczego. Natomiast druga rzecz to zdarzenia niepożądane, które dotyczą sprzętu. Widzimy takie sytuacje, że jeżeli personel medyczny się zrani bądź zakłuże, to prowadzi do kilkumiesięcznej absencji, a to z kolei przekłada się na mniejszą dostępność świadczeń dla pacjentów” – mówi dr n. med. Paweł Witt.

Według WHO w Polsce średnio u 15 na 100 pacjentów dochodzi do zakażenia w wyniku pobytu w szpitalu, ale narażony jest na nie również personel medyczny. Z danych Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali wynika, że w Polsce wśród tej grupy co roku dochodzi do ok. 37 tys. zakłuć lub zranień podczas wykonywania codziennych zadań, a 37 proc. zakażeń WZW typu B, 39 proc. WZW typu C oraz 4,4 proc. HIV jest rozpoznawanych po zranieniu się sprzętem używanym w placówkach ochrony zdrowia. Tymczasem w polskich szpitalach sprzęt bezpieczny stanowi mniej niż 50 proc. całego posiadanego sprzętu medycznego, a w przypadku 1/3 placówek nawet mniej niż 15 proc.

„Ponad połowa szpitali – i to tych dobrych, które decydują się przystąpić do różnego rodzaju certyfikacji – nie posiada sprzętu bezpiecznego. To są m.in. kaniule dożyln, igły do wykonywania iniekcji, niekiedy otwarte systemy do pobierania

krwi, których już być nie powinno. Nie ma też opracowanych procedur dotyczących bezpieczeństwa podawania leków, szczególnie leków cytotoksycznych, które mogą działać mutagennie, rakotwórczo, zarówno na personel, jak i na pacjentów. Jeżeli do tego dołożymy jeszcze minimalne normy zatrudnienia, które stały się w Polsce pewnym standardem, to ryzyko pomyłki, błędu, zdarzenia niepożądanego zdecydowanie wzrasta” – podkreśla przewodniczący Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali.

Według ostatniego raportu OECD „Health at a Glance 2023” w Polsce na każdy 1 tys. mieszkańców przypada 3,4 praktykującego lekarza (przy średniej dla krajów OECD wynoszącej 3,7) oraz 5,7 praktykujących pielęgniarek (przy średniej dla krajów OECD wynoszącej 9,2).

„Aby zajmować się pacjentem, potrzebujemy minimalnie dwóch osób z personelu pielęgniarskiego na danym oddziale. Jednak to jest ustalone minimum. Dobrze by było, gdyby były trzy lub cztery, bo mamy kategoryzację pacjentów, którzy są w różnym stanie i różne jest ich zapotrzebowanie na opiekę. Jeżeli ktoś weźmie urlop na żądanie, potknie się, nie przyjdzie z jakiegokolwiek powodu, to nie ma kim uzupełnić tej luki. Jeżeli wypada nam ktoś z minimum, to znaczy, że właściwie nie spełniamy już żadnych norm. Natomiast gdybyśmy mieli pewną nadwyżkę, średnie normy zatrudnienia, to wtedy podstawowe bezpieczeństwo wciąż byłoby zachowane” – mówi dr n. med. Paweł Witt.

Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali podkreśla, że – aby poziom bezpieczeństwa w szpitalach był odpowiedni, zarówno dla pacjentów, jak i personelu medycznego – niezbędne jest wdrażanie odpowiednich procedur pobierania krwi i przeciwdziałania zakażeniom, stosowanie bezpiecznego sprzętu, wprowadzenie procedur bezpiecznej podaży leków i szkolenia personelu ograniczające ekspozycję zawodową na ryzyko, a z drugiej strony również raportowanie wszelkich zdarzeń niepożądanych poprzez elektroniczne rejestry, które pozwolą je

monitorować i odpowiednio na nie reagować.

„W Polsce ponad 70 proc. szpitali nie ma elektronicznego rejestru zdarzeń niepożądanych i jeżeli dojdzie do zranienia bądź zakłucia, to personel musi to zgłosić papierowo. Biorąc pod uwagę, że personelu jest za mało, a obciążenie pracą jest duże, często dochodzi on do wniosku, że zranienie czy zakłucie jest wliczone w jego pracę, co oczywiście jest pewną patologią. To powinno być zgłoszone, ponieważ to może spowodować u niego ciężką, a nawet śmiertelną chorobę, to może go pozbawić możliwości otrzymania odszkodowania i wiele takich sytuacji już się zdarzyło. A jeżeli nie ma systemu elektronicznego, to zgłaszalność takich incydentów jest mała. Podobnie jak z błędami medycznymi, na dobrą sprawę nie jesteśmy w stanie ocenić, ile ich jest” – mówi ekspert.

Do tej pory w polskim systemie ochrony zdrowia brakowało kompleksowego rozwiązania, które byłoby odpowiedzią na problemy związane z bezpieczeństwem w placówkach medycznych. Dlatego Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali 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”. W ubiegłym roku odbyła się jego druga edycja, w której 112 placówek medycznych z całej Polski wzięło udział w projekcie weryfikacji kryteriów certyfikacyjnych, a 108 z nich zostało zweryfikowanych pozytywnie i otrzymało taki certyfikat bezpieczeństwa. Dziś łącznie posiada go 160 polskich szpitali.

„COVID-19 najlepiej pokazał, że pacjent bezpieczny w szpitalu jest wtedy, kiedy i personel jest bezpieczny. A jeżeli personel medyczny nie jest bezpieczny, to nie ma możliwości, żeby pacjent miał udzielone świadczenia na odpowiednim poziomie. Możemy to zmienić, ale to też wiąże się ze zwiększonym finansowaniem” – zaznacza dr n. med. Paweł Witt.

Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali opracowała

Zintegrowany Model Bezpieczeństwa Szpitali, który jest niezbędny dla poprawy bezpieczeństwa w placówkach medycznych. Eksperci uwzględniają w nim sześć kluczowych dla tego procesu kryteriów: bezpieczne procedury i sprzęt, leki cytotoksyczne, bezpieczne podawanie leków, szkolenia pracowników, monitorowanie i zgłaszanie działań niepożądanych (elektroniczny rejestr) oraz bezpieczeństwo pracowników medycznych (zdrowie psychiczne i stres). Te czynniki powinny być uwzględniane we wskaźnikach jakości w opiece zdrowotnej, których mierzenie zakłada przyjęta w ubiegłym roku ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

„Ta ustawa, mimo że jeszcze nie mamy żadnych aktów wykonawczych i te rozporządzenia będą najbardziej istotne, pokazuje parę punktów takich jak autoryzacja, akredytacja, wewnętrzny system zarządzania jakością, które w przyszłości wymuszą, żeby poziom bezpieczeństwa był dużo większy niż teraz. Bardzo długo czekaliśmy na tę ustawę, ona nie jest może bardzo dobra, ma dużo mankamentów, ale jeżeli te części wykonawcze rozporządzenia będą odpowiednio zrobione, to mamy szansę globalnie poprawić poziom bezpieczeństwa w polskich szpitalach” – ocenia ekspert. „To, co może bardzo pomóc, to wprowadzenie centralnego rejestru zdarzeń niepożądanych. Szpitale będą miały jedną stronę internetową, jedną aplikację, gdzie będą raportowały. Wtedy będziemy mieli w Polsce dane obiektywne, z którymi będziemy mogli pracować. Kiedy rozmawiamy z jednostkami, one są bardzo chętne do tego, żeby ktoś to stworzył, bo to musi powstać centralnie”.

Źródło: Newseria.pl