

Bezpieczeństwo pacjenta 2024

1 na 10 pacjentów doświadcza szkody

134 mln zdarzeń niepożądanych

2,6 mln zgonów

1-2 bilionów USD



STOWARZYSZENIE ABSOLWENTÓW
WYDZIAŁÓW MEDYCZNYCH UJ
oraz
POLSKIE TOWARZYSTWO BADANIA BÓLU
ZAPRASZAJĄ NA KOLEJNĄ SESJĘ
„BÓL I CIERPIENIE”



STOWARZYSZENIE ABSOLWENTÓW
WYDZIAŁÓW MEDYCZNYCH UJ
oraz
POLSKIE TOWARZYSTWO BADANIA BÓLU
ZAPRASZAJĄ NA KOLEJNĄ SESJĘ
„BÓL I CIERPIENIE”



“People are human; there are honest mistakes that will always be made. But systematic error should have been eradicated by now, given the level of data we have.”

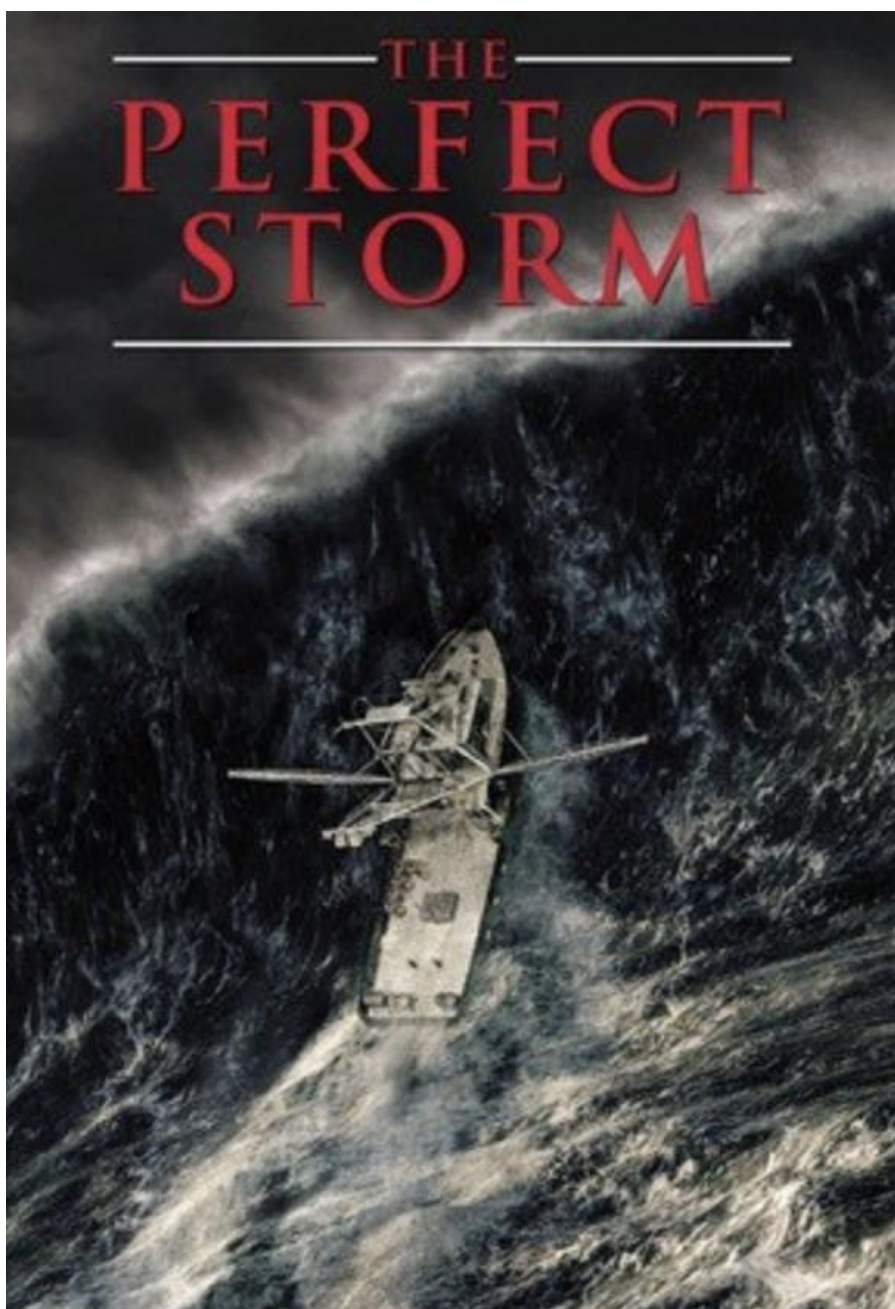
– Bill Clinton
42nd President of the United States



Kluczowe opinie 2023

“We are going to become either a victim of medical errors or a recipient of great healthcare. We must make sure it's the latter.”

– Joe Kiani, PSMF Founder

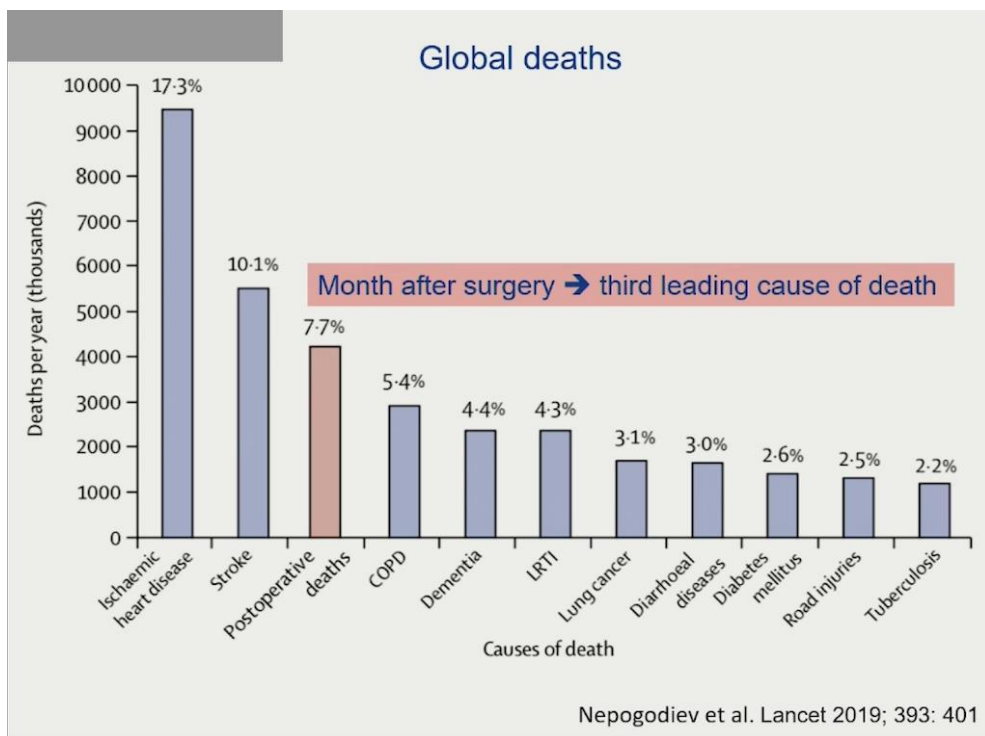


**Choroby towarzyszące,
wielochorobowość**

**Braki i przemęczenie
personelu**

**Przerwy i niedobory w
monitorowaniu i diagnozie**

Śmiertelność pooperacyjna



>46,000 patients

↓
Pearse et al, 2012;
Mortality after surgery
in Europe: a 7-day
cohort study

~4% of patients die
before discharge

>44,000 patients

↓
The International Surgical Outcomes Study
group, 2016;
Global patient outcomes after elective
surgery: prospective cohort study in 27
low-, middle- and high-income countries

~17% of patients develop
one or more postoperative complications

Surgery is safer today than ever...but



Complications after surgery are common and a significant cause of preventable death and injury in Europe

Strategia oceny ryzyka w medycynie okołooperacyjnej

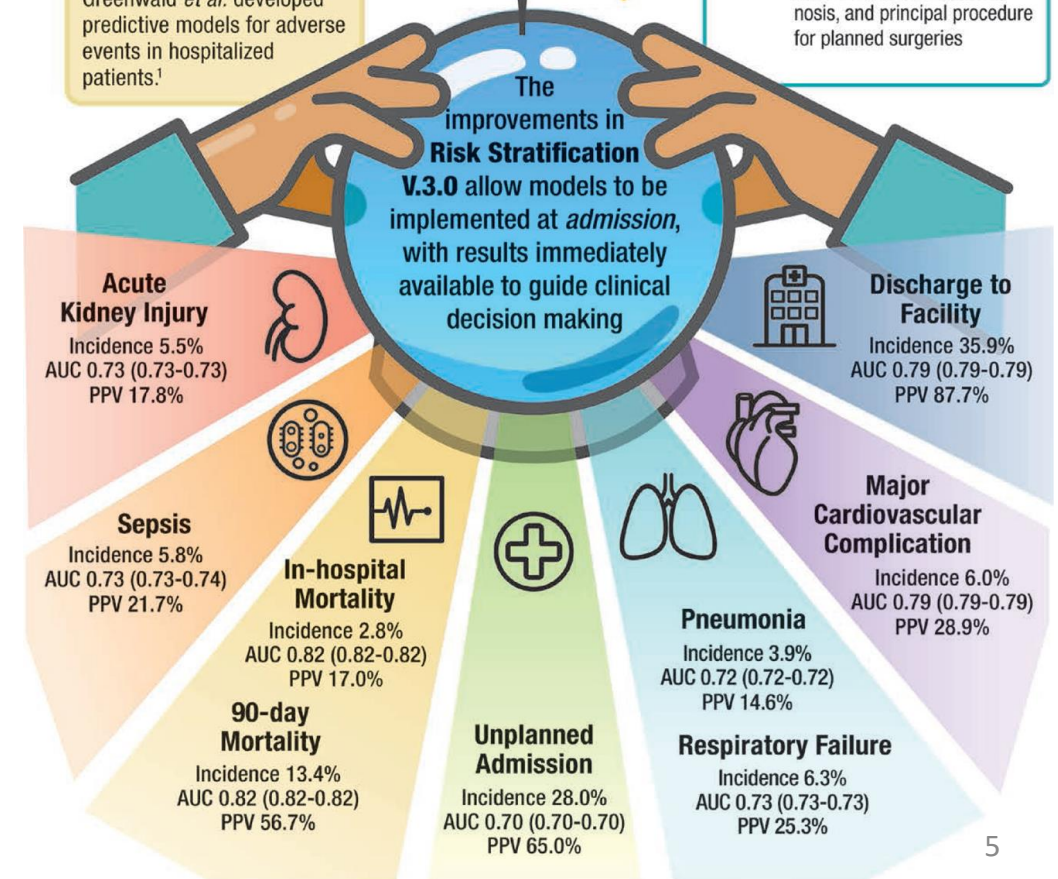
A Glimpse into the Future

Predicting Adverse Events
during & after Hospitalization

Using data from more than 18 million Medicare admissions, Greenwald *et al.* developed predictive models for adverse events in hospitalized patients.¹

Risk Stratification Index

- V 1.0 2010** Risk adjustment measure for in-hospital, 1-month, and 1-yr mortality
- V 2.0 2018** Updated to include additional present-on-admission codes
- V 3.0 2022** Adjusted to include administrative claims history in the year prior to admission, plus patient age, admitting diagnosis, and principal procedure for planned surgeries



Sepsa -przypadek

15-letnia Marta uległa niegroźnemu wypadkowi na rowerze. Zdiagnozowano ogólne „stłuczenia” narządów wewnętrznych i uszkodzenie trzustki. W czasie dłuższego pobytu w szpitali wystąpiło krwawienie z linii dożylnych i drenu z jamy brzusznej. **Kliniczne objawy sepsy zostały przeoczone** i pacjentka zmarła z powodu łatwych do wyleczenia powikłań.



Martha Mills

Merope Mills's 13-year-old daughter, Martha, had a seemingly minor bicycle accident. What doctors first believed was internal bruising turned out to be pancreatic trauma. A few weeks into her hospital stay, Martha developed a fever and started to bleed from both the line in her arm and the tube from her abdomen. Clear signs of sepsis were missed, and a vibrant child died from an easily treatable injury.

MEDICATION ERROR: A GLOBAL CASCADE OF HARM

**237 million medication
errors per year in England**



EDITORIALS

Drug administration errors in anaesthesia and beyond

Innovative systems can work, but only if they are fully adopted by clinicians

Guy Haller *consultant and senior lecturer*, François Clergue *professor and director*

Department of Anaesthesia, Pharmacology and Intensive Care, Geneva University Hospitals, University of Geneva, 1211 Geneva, Switzerland

Incidence de 0.01% à 0.75%

Incidents and errors associated with drugs

	Number of incidents, n (%)	Clinical examples
Phase of medication process	1970	
Administration	835 (42)	Unintended epidural fentanyl administration instead of intravenous.
Prescription	425 (22)	Amoxicillin regimen prescription in a penicillin allergic patient.
Preparation	258 (13)	Incorrect epinephrine concentration labelling.
Dispensation	206 (11)	Incorrect medication (atropine vs adrenaline) given from one provider to the medication administering provider.
Monitoring	80 (4)	Absence of coagulation test in a patient under oral anticoagulant treatment.
Others	166 (8)	Preoperative medication administered is not registered in the clinical documentation of the patient, only oral information is recorded.

She used a computerized medication dispensing cabinet.



RaDonda Vaught

Tennessee Board of Nursing
hearing on July 22, 2021

KHN

Omyłkowe podanie środka zwiotczającego
mięśnie zamiast uspokajającego



Strategies to ZERO

The Patient Safety Movement Foundation's vision is to bring about safer healthcare systems around the world, with ZERO preventable patient harm. Our strategy is centered on four foundation goals:

The Patient Safety Movement Foundation 2023 Annual Report



PCAST Recommendations

1

Establish and Maintain Federal Leadership for the Improvement of Patient Safety as a National Priority.

As outlined in the report, establishing such leadership entails appointing a patient safety coordinator who reports directly to the president on efforts to transform patient safety among the relevant federal departments. It also comprises the creation of a multidisciplinary National Patient Safety Team (NPST) that is inclusive and representative of all affected populations.

2

Ensure That Patients Receive Evidence-Based Practices for Preventing Harm and Addressing Risks.

The second recommendation is broad in scope, encompassing two key PSMF goals. The first is to identify the highest priority harms and promote patient safety by incentivizing the adoption of evidence-based solutions, which includes a system of accountability. The second seeks to advance data transparency among healthcare organizations in a way that assures access to the tracking of harms. An essential aspect of both these goals is improving the safety of healthcare workers along with their patients.

3

Partner with Patients and Reduce Disparities in Medical Errors and Adverse Outcomes.

This recommendation addresses long-standing gaps in racial, ethnic, and socioeconomic disparities in healthcare whereby marginalized groups tend to experience preventable medical harms at disproportionate rates. It proposes the implementation of a "Whole of Society Approach" to engage all patients in the effort to improve patient safety and to reduce these disparities by improving data transparency.

4

Accelerate Research and Deployment of Practices, Technologies, and Exemplar Systems of Safe Care.

The last recommendation focuses on important hows, including the development of a national patient safety research agenda, a call to harness revolutionary advances in information technologies, and building out the capacity of federal healthcare delivery systems in a way that they can serve as models for patient safety improvement.



REPORT TO THE PRESIDENT A Transformational Effort on Patient Safety

Executive Office of the President
President's Council of Advisors on
Science and Technology

September 2023

Przedawkowanie leku i brak monitorowania - przypadek

Kelly miała szczęście, że jej brat bliźniak Anders mógł oddać jej nerkę, gdy zachorowała na niewydolność nerek. Przeszczep przebiegł pomyślnie, ale w pierwszych 24 godzinach po operacji Anders doznał NZK z powodu **błędu w kalkulacji dawki opioidów** w urządzeniu PCA – zmarł w 7 dobie po NZK.



Anders Pederson

Kelly Pederson was fortunate to have a close sibling, Anders, immediately volunteer one of his kidneys when she experienced kidney failure. At 28, he was healthy and a match. The transplant went perfectly well. Less than 24 hours later, Anders went into cardiac arrest, was revived, but was pulled off life support nine days later, brain dead. Anders died of an opioid overdose because a nurse practitioner gravely miscalculated the dose of opioids Anders received from a patient-controlled dispensing device. If Anders was being monitored with a pulse oximeter, an alarm would've sounded once his blood oxygen had fallen too dangerously low.

There are more than 75,000 deaths due to opioids in the US every year.

The fatality rate among inpatients who suffer opioid-induced respiratory depression is 40%.

Key Opioid Statistics

0.5% of all inpatients treated with opioids for acute postoperative pain develop opioid-induced respiratory depression.

These deaths are 100% preventable.

Źle przeprowadzona procedura - przypadek

26 - letnia Sha-Asia była znieczulana zewnątrzoponowo do porodu – anestezjolog wykonał b. głębokie nakłucie i bez dawki testowej podał całą dawkę środka znieczulającego powodując **bezdech, NZK i zgon rodzącej**. Dziecko przeżyło, ale nigdy nie pozna matki.



Sha-Asia Semple

When 26-year-old Sha-Asia Semple went into labor, a catheter to deliver the anesthesia should have gone about four inches into her lower back, but the anesthesiologist kept inserting the line, threading it in and up more than 13 inches. He then administered a full dose of anesthesia without waiting to see how she responded to the small test. Her breathing grew labored and then stopped. Her baby, Khloe, survived and Sha-Asia did not. Khloe will never know her mom, and Sha-Asia's mother, Rayshema, lost her best friend.





**Zapewnienie właściwej
opieki każdemu pacjentowi
w każdej chwili
i w każdym miejscu**



Sygnatariusze Interdyscyplinarnej Deklaracji Bezpieczeństwa Pacjenta Kraków 2022

Kongres **Polskiego Towarzystwa
Anestezjologii i Intensywnej Terapii**
**Interdyscyplinarne Forum
Bezpieczeństwa Pacjenta**

Kraków, 15-17 września 2022 roku

Hotel Metropolo by Golden Tulip
ul. Orzechowa 11



Interdyscyplinarna Deklaracja Bezpieczeństwa Pacjenta



www.bezpiecznypacjent.pl

GLOBALNY PLAN DZIAŁAŃ NA RZECZ
POPRAWY BEZPIECZEŃSTWA PACJENTÓW
NA LATA 2021-2030

Droga do wyeliminowania możliwych do uniknięcia szkód w ochronie zdrowia



www.bezpiecznypacjent.pl

Wizja, misja i cel



Świat, w którym nikt nie doznaje szkody w systemie ochrony zdrowia, a każdy pacjent zawsze i wszędzie otrzymuje bezpieczną i pełną szacunku opiekę



Ukierunkowanie polityk, strategii i działań opartych na nauce, doświadczeniu pacjentów, projektowanie systemów i partnerstwa, eliminacja wszystkich źródeł możliwego do uniknięcia ryzyka i szkód dla pacjentów i pracowników ochrony zdrowia



Osiągnięcie maksymalnie możliwego zmniejszenia możliwych do uniknięcia szkód związanych z brakiem bezpieczeństwa w ochronie zdrowia



www.bezpiecznypacjent.pl



Systemy raportowania i analizy zdarzeń niepożądanych w celu poprawy bezpieczeństwa pacjenta

Raport techniczny i wytyczne

Navigation bar: Fundacja Bezpieczny Pacjent | Deklaracje | II Forum | Ankieta

List nr 8 Prezesa PTAiIT

Tydzień temu Sejm RP przyjął zmienioną Ustawę o Jakości i Bezpieczeństwie Pacjenta, istotnie zmniejszając dystans do powszechnego i niezbędnego konsensusu.

Systemy raportowania i analizy zdarzeń niepożądanych w celu poprawy bezpieczeństwa pacjenta. Raport techniczny i wytyczne.

List otwarty do Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego

Wobec medialnych doniesień o możliwych zmianach w odrzuconej przez Sejm RP Ustawie o Jakości i Bezpieczeństwie Pacjenta i ponownym poddaniu Ustawy pod głosowanie, zwracam się do Pana Ministra z apelem o uwzględnienie w procesie tej modyfikacji dokumentu Światowej Organizacji Zdrowia „Globalny Plan Działań na lata 2021–2030”

List nr 7 Prezesa PTAiIT

Aby Bezpieczeństwo Pacjenta, podobnie jak podstawowa zasada przysięgi Hippokratesa „przede wszystkim nie szkodzić” mogły być skutecznie realizowane w rzeczywistości, wymagają powszechnego konsensusu i z pewnością nie mogą mieć barw politycznych.

List nr 6 Prezesa PTAiIT

List nr 5 Prezesa PTAiIT

Strona korzysta z plików cookies w celu realizacji usług i zgodnie z polityką prywatności

Ramy koncepcyjne Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta

Treść dokumentu dostępna jest [tutaj](#)

Bezpieczeństwo Pacjenta - Podręcznik Światowej Organizacji Zdrowia

Treść dokumentu dostępna jest [tutaj](#)

Otwarcie i Sesja Inauguracyjna II Interdyscyplinarnego Forum Bezpieczeństwa Pacjenta

Prowadzący:
Jacek Siewiera (Warszawa), Janusz Andres (Kraków)



II Interdyscyplinarne Forum
Bezpieczeństwa Pacjenta
13-17 września 2023 r. Kraków
Jacek Siewiera

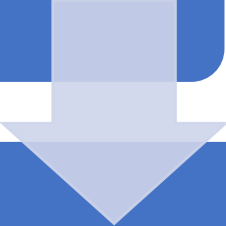
www.bezpiecznypacjent.pl




Bezpieczny
Pacjent



Medycyna: zapewnienie bezpieczeństwa, aspekty prawne, medycyna w czasach kryzysu i konfliktów zbrojnych



Zarządzanie: Symposium bezpieczeństwo i jakość w ochronie zdrowia



Społeczeństwo: 17 września Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta – społeczna kampania edukacyjna

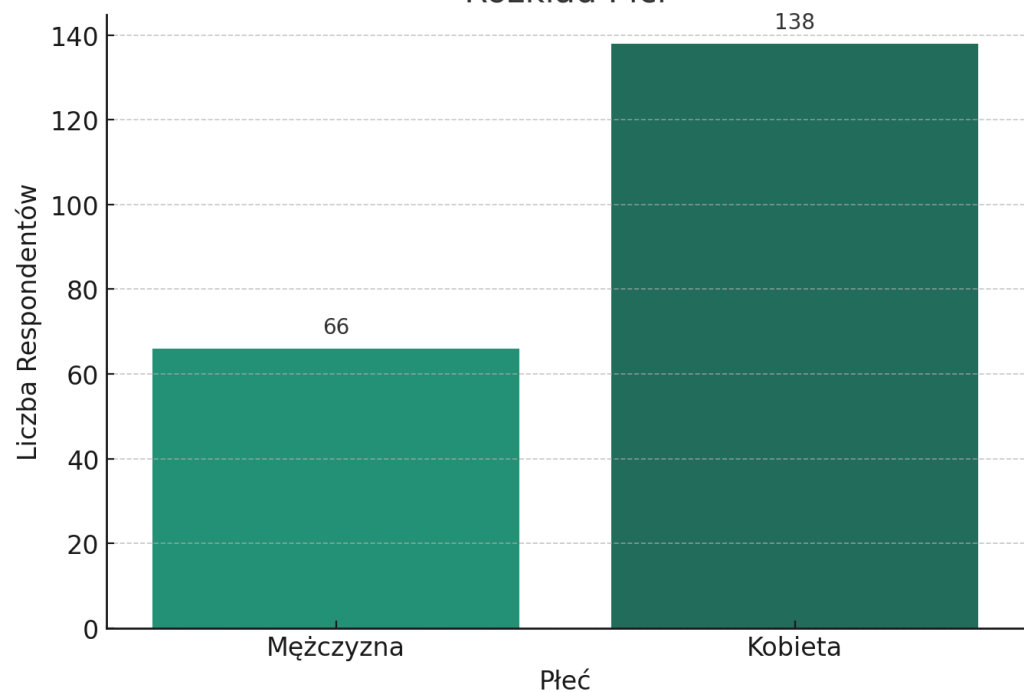


Pacjentów
GŁOS najważniejszy
dla bezpieczeństwa pacjenta

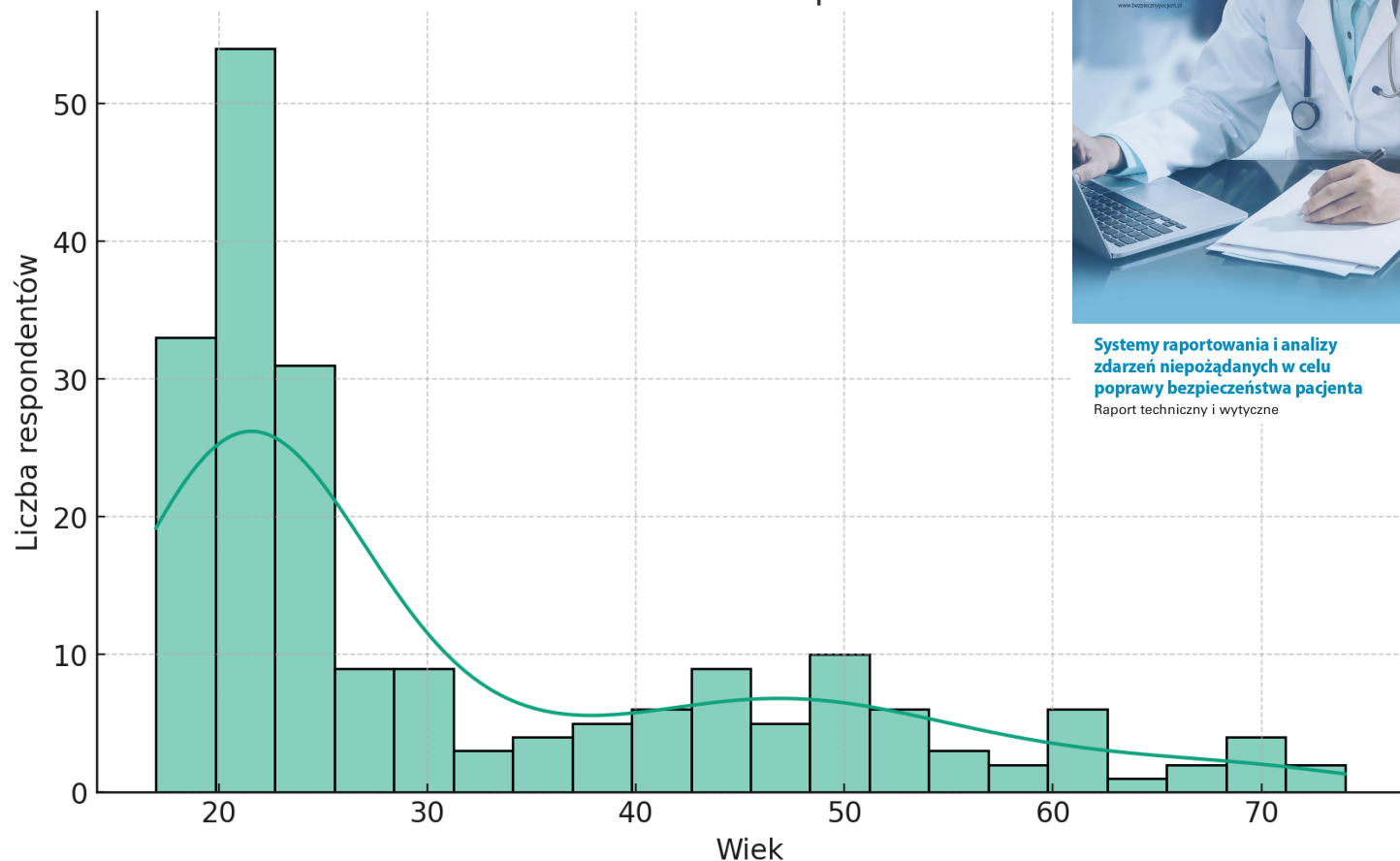


Liczba respondentów: 204
Średni wiek: około 31 lat
Odchylenie standardowe: około 14,8 roku
Minimalny wiek: 17 lat
Maksymalny wiek: 74 lata
Mediana (50% percentyl): 23 lata
25% percentyl: 20 lat
75% percentyl: 42 lata

Rozkład Płci



Rozkład wieku respondentów



Rozkład wieku na wykresie histogramu pokazuje, że większość respondentów znajduje się w młodszej grupie wiekowej, z największą koncentracją wokół 20-23 lat, a następnie mniejszą grupą w wieku około 40-50 lat.



Systemy raportowania i analizy zdarzeń niepożądanych w celu poprawy bezpieczeństwa pacjenta
Raport techniczny i wytyczne

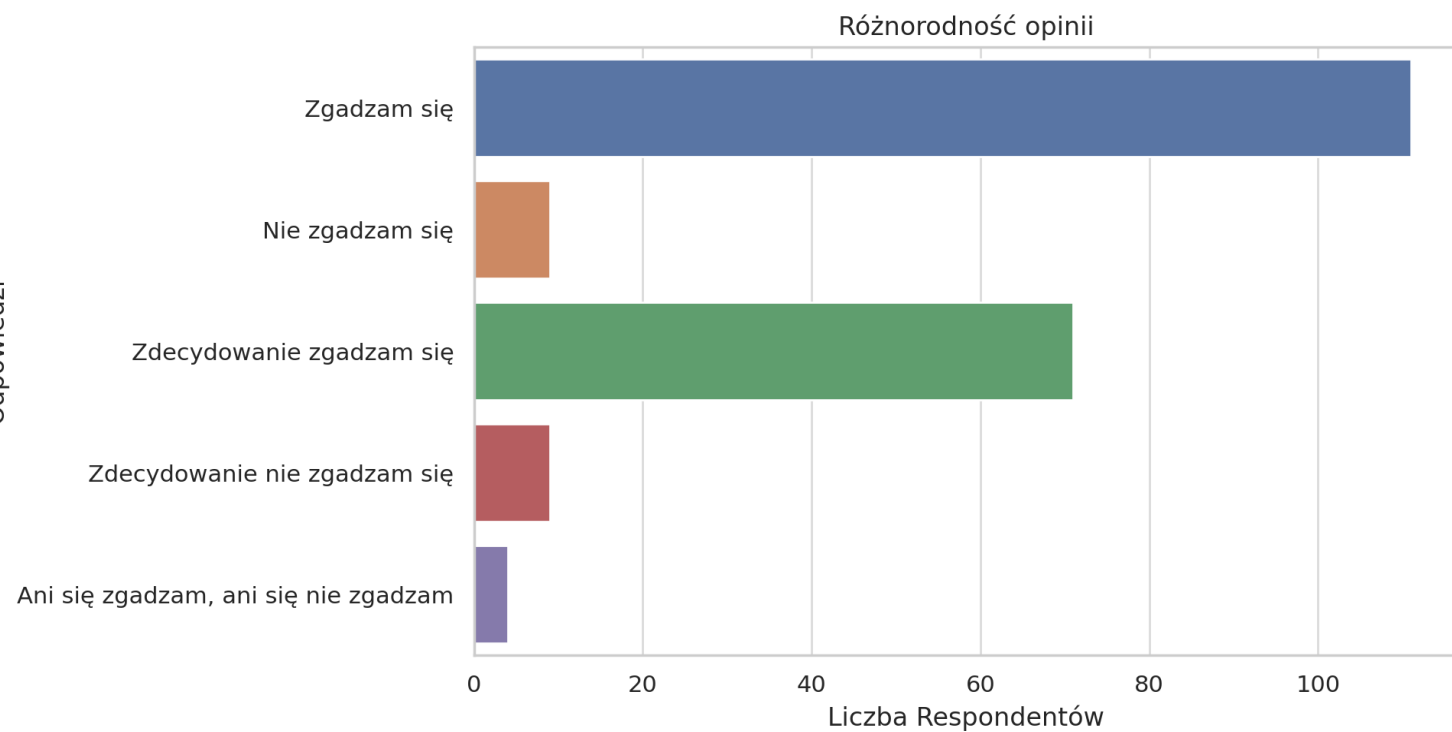
Różnorodność opinii jako odzwierciedlenie

kompleksowości problemu, które wskazuje, że bezpieczeństwo pacjenta jest wielowymiarowym zagadnieniem, które wymaga współpracy między różnymi dziedzinami i specjalnościami medycznymi, może wskazywać na potrzebę integracji różnych perspektyw i podejść w celu zapewnienia kompleksowej opieki

na podstawie pytania ankiety:

Zdarzenia niepożądane powinny być zawsze ujawniane osobom odnoszącym szkodę i ich rodzinom

Odpowiedzi



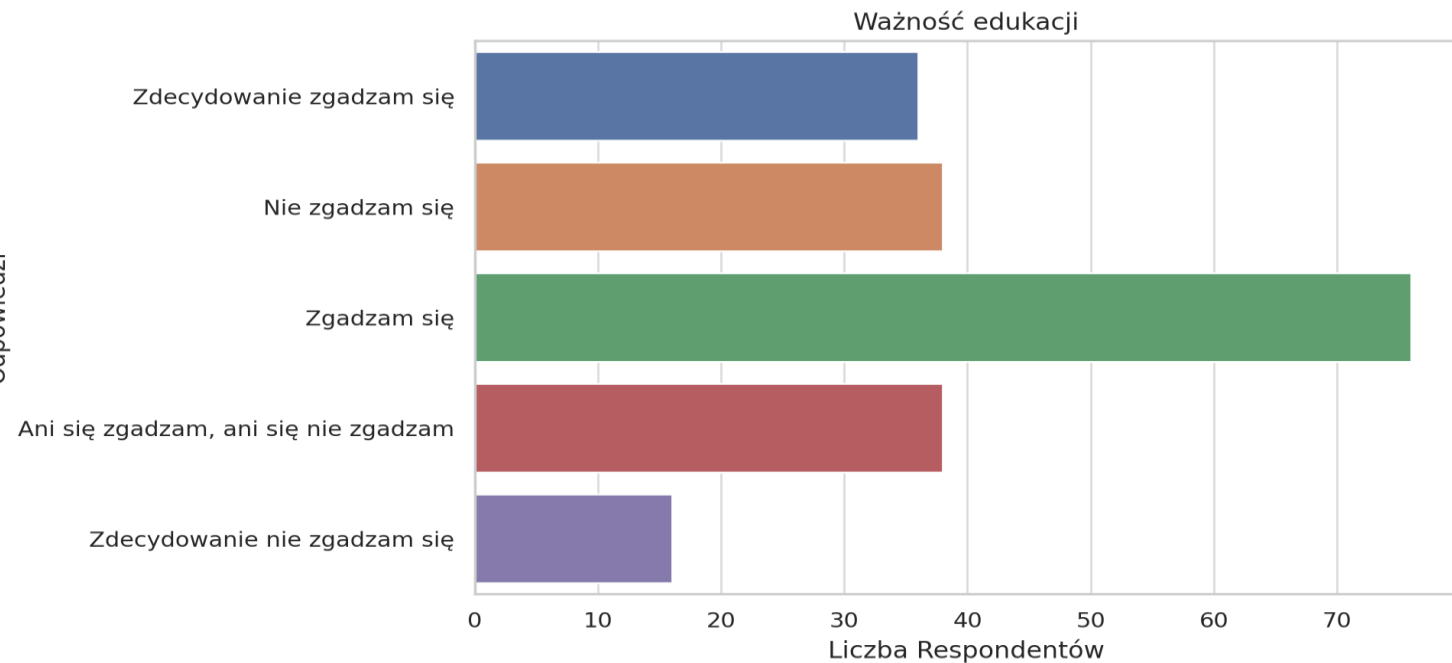
Ważność edukacji i świadomości na temat

bezpieczeństwa pacjenta podkreśla znaczenie programów szkoleniowych, konferencji i kampanii edukacyjnych skierowanych do różnych grup zawodowych i społecznych

na podstawie pytania ankiety:

Pacjenci i rodziny, które doznały szkody powinni odgrywać ważną rolę w kształceniu i szkoleniu studentów i personel u medycznego

Odpowiedzi



Samoocena i ciągła poprawa w ochronie zdrowia w świetle nowej Ustawy o Jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta <https://lexlege.pl/ustawa-z-dnia-16-czerwca-2023-r-o-jakosci-w-opiece-zdrowotnej-i-bezpieczenstwie-pacjenta/> i rosnącego nacisku na bezpieczeństwo pacjenta, samoocena staje się kluczowym narzędziem. Wnioski z analizy mogą być wykorzystane do identyfikowania obszarów wymagających dalszej uwagi i rozwoju w celu minimalizowania ryzyka zdarzeń niepożądanych.

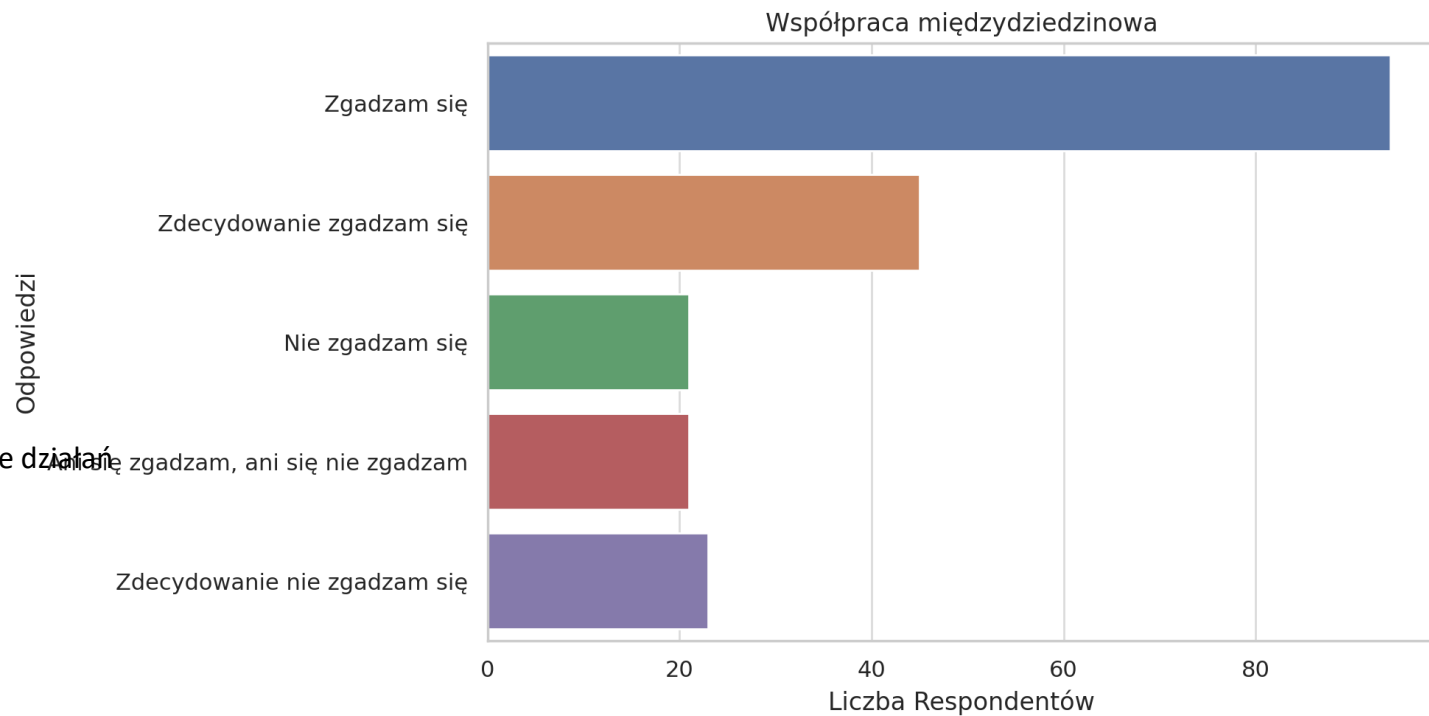
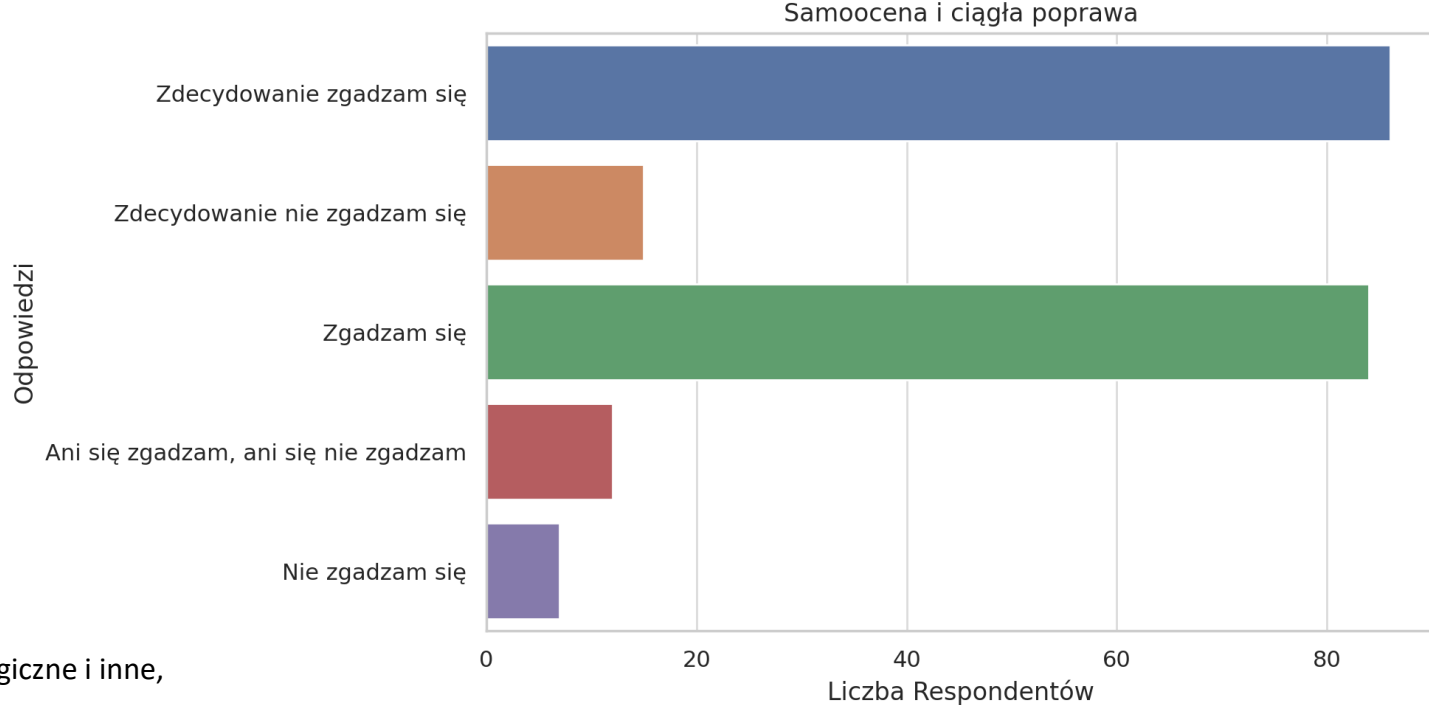
na podstawie pytania ankiety:

Pacjenci i rodziny, które doznały szkody, powinni otrzymać stałe wsparcie psychologiczne i inne, bezpłatne, jeśli sobie tego życzą

Współpraca międzydziedzinowa będąca kluczem do poprawy bezpieczeństwa pacjenta wskazuje na potrzebę integracji i współpracy między różnymi specjalnościami medycznymi oraz między sektorami zarządzania i prawa w ochronie zdrowia.

na podstawie pytania ankiety:

Pacjenci i rodziny, które doznały szkody powinni być zaangażowani w projektowanie działań zmniejszających prawdopodobieństwo wystąpienia szkody (jeśli sobie tego życzą)



Podstawy koncepcyjne zwiększenia udziału pacjentów w organizacji ochrony zdrowia

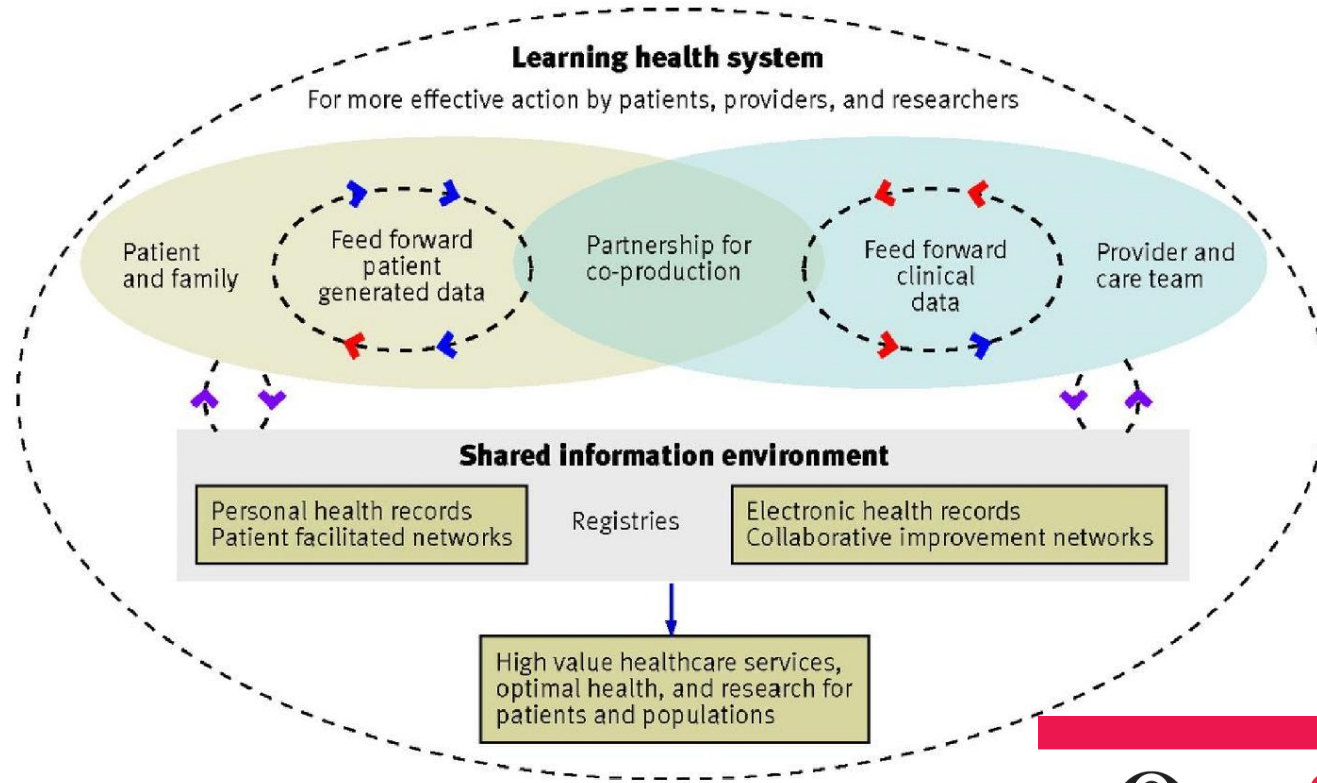


Figure 2 Learning health system (adapted from Nelson *et al*¹⁵).



Coproduction: when users define quality

VIEWPOINT

Podsumowanie

Anestezjolodzy byli, są i będą w awangardzie ekspertów w dziedzinie bezpieczeństwa pacjenta w okresie okołoperacyjnym i nie tylko

Bezpieczeństwo pacjenta zależy od wydolności, interdyscyplinarych możliwości adaptacyjnych, funkcjonowania i elastyczności całego systemu ochrony zdrowia oraz aktywności pacjentów

Poznanie i analiza zalet funkcjonowania systemu na równi z analizą powikłań może być drogą do stałej poprawy bezpieczeństwa