

Więcej niż słowa

Ramy koncepcyjne Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta

Wersja 1.1

Końcowy raport techniczny
styczeń 2009



Spis treści

Streszczenie.....	3
Rozdział 1 – Wprowadzenie.....	5
Rozdział 2 – Ramy koncepcyjne Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta	7
Rozdział 3 – Kluczowe pojęcia i preferowane terminy Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta.....	14
Rozdział 4 – Zastosowania praktyczne	27
Podziękowania	28
Załącznik techniczny 1 – Koncepcja Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta z podziałem na klasy.....	33
Indeks skrótów	153
Piśmiennictwo.....	154

Streszczenie

Niniejszy Końcowy Raport Techniczny zawiera szczegółowy przegląd ram koncepcyjnych Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta (*International Classification for Patient Safety, ICPS*), wraz z omówieniem każdej klasy, kluczowych pojęć z preferowanymi terminami i zastosowaniami praktycznymi.

Światowy Sojusz na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów (*World Alliance for Patient Safety*) powołał Grupę redakcyjną w celu zainicjowania i kontynuowania prac. Grupa redakcyjna postanowiła zdefiniować, ujednoczyć i pogrupować koncepcje dotyczące bezpieczeństwa pacjentów w jedną klasyfikację uzgodnioną na szczeblu międzynarodowym w sposób sprzyjający uczeniu się i poprawie bezpieczeństwa pacjenta w różnych systemach.

Celem Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta jest umożliwienie kategoryzacji informacji dotyczących bezpieczeństwa pacjenta przy użyciu standardowych zbiorów pojęć z ustalonymi definicjami, preferowanymi terminami i relacjami między nimi, opartymi na jednoznacznej ontologii dziedzinowej (tzn. bezpieczeństwo pacjenta). ICPS ma na celu zapewnienie rzeczywistej zbieżności międzynarodowego postrzegania głównych kwestii związanych z bezpieczeństwem pacjentów oraz ułatwienie opisu, porównania, pomiaru, monitorowania, analizy i interpretacji informacji w celu poprawy opieki nad pacjentem¹.

Należy podkreślić, że ICPS nie jest jeszcze pełną klasyfikacją. Stanowi ona ramy koncepcyjne dla klasyfikacji międzynarodowej, mającej na celu umożliwienie pełnego zrozumienia świata bezpieczeństwa pacjentów i koncepcji pacjentów, do których mogą odnosić się istniejące klasyfikacje regionalne i krajowe.

Grupa redakcyjna opracowała ramy koncepcyjne dla ICPS obejmujące 10 klas ogólnego poziomu:

1. Rodzaj zdarzenia.
2. Wpływ na pacjenta.
3. Charakterystyka pacjenta.
4. Charakterystyka zdarzenia.
5. Czynniki sprzyjające/zagrożenia.
6. Wpływ na organizację.
7. Wykrywanie.
8. Czynniki łagodzące.
9. Działania łagodzące.
10. Działania podjęte w celu zmniejszenia ryzyka.

Koncepcje ICPS według klas są zawarte w załączniku technicznym.

Zdefiniowano 48 kluczowych pojęć i przypisano im preferowane terminy, aby ułatwić zrozumienie i przekazywanie informacji istotnych dla bezpieczeństwa pacjenta. Rozpoczyna to proces ciągłego i stopniowego ulepszania wspólnego międzynarodowego rozumienia terminów i koncepcji istotnych dla bezpieczeństwa pacjentów.

Ramy koncepcyjne ICPS zaprojektowano w celu dostarczenia potrzebnej metody organizowania danych i informacji dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, tak aby można je było agregować i analizować w celu:

- porównywania danych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów w różnych dyscyplinach, między organizacjami oraz w różnych okresach i krajach;
- oceny roli czynników systemowych i ludzkich w bezpieczeństwie pacjenta;
- identyfikacji potencjalnych problemów związanych z bezpieczeństwem pacjenta oraz
- opracowania priorytetów i rozwiązań w zakresie bezpieczeństwa.

Niniejszy dokument zawiera podstawowe informacje na temat Grupy redakcyjnej i rozwoju ram koncepcyjnych ICPS (rozdział 1), szczegółowy przegląd ram koncepcyjnych Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta, w tym omówienie każdej klasy (rozdział 2), kluczowe pojęcia z preferowanymi terminami (rozdział 3) oraz praktyczne zastosowania ram koncepcyjnych ICPS (rozdział 4). Podziękowania znajdują się w rozdziale 5. Koncepcje ICPS według klas przedstawiono w Załączniku technicznym 1, a słownik koncepcji i odnośników dotyczących bezpieczeństwa pacjenta znajduje się w Załączniku technicznym 2.

Rozdział 1

Wprowadzenie

W maju 2002 roku 55. Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję *World Health Assembly* (WHA55.18), w której wezwano państwa członkowskie do „zwrócenia możliwie największej uwagi na problem bezpieczeństwa pacjentów oraz do ustanowienia i wzmocnienia systemów opartych na dowodach naukowych, niezbędnych do poprawy bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki”². Zgromadzenie wezwało Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) do opracowania globalnych norm i standardów oraz do wspierania wysiłków Państw Członkowskich na rzecz opracowania polityk i praktyk w zakresie bezpieczeństwa pacjentów. W październiku 2004 roku WHO powołała Światowy Sojusz na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów. Projekt mający na celu opracowanie międzynarodowej klasyfikacji bezpieczeństwa pacjentów został uznany za jedną z kluczowych inicjatyw Sojuszu w ramach programu Forward 2005 (Taksonomia bezpieczeństwa pacjentów).

Co to jest klasyfikacja?

Klasyfikacja obejmuje zbiór pojęć połączonych relacjami semantycznymi. Zapewnia strukturę organizowania informacji, które można wykorzystać do różnych innych celów, w tym do statystyk krajowych, badań opisowych i badań ewaluacyjnych. Ważne jest, aby odróżnić klasyfikację od systemu raportowania, który zapewnia interfejs umożliwiający użytkownikom gromadzenie, przechowywanie i odzyskiwanie danych w rzetelny i zorganizowany sposób.

Międzynarodowa Klasyfikacja Bezpieczeństwa Pacjenta nie jest jeszcze pełną klasyfikacją. Stanowi ramy koncepcyjne dla klasyfikacji międzynarodowej, której celem jest umożliwienie pełnego zrozumienia świata bezpieczeństwa pacjentów i koncepcji pacjentów, do których mogą się odnosić istniejące klasyfikacje regionalne i krajowe.

Grupa redakcyjna

W skład Grupy redakcyjnej weszli eksperci z dziedzin bezpieczeństwa pacjentów, teorii klasyfikacji, informatyki zdrowotnej, rzecznictwa na rzecz konsumentów/pacjentów, prawa i medycyny. Od początku Grupa Redakcyjna zdawała sobie sprawę, że „problemy nie kryją się w słowach, których używamy, ale raczej w leżących u ich podstaw pojęciach”³. Oznacza to, że ważne są nie tylko definicje pojęciowe, ale także terminy i etykiety przypisane do koncepcji. Bez powszechnie przyjętych definicji pojęciowych zrozumienie będzie w dalszym ciągu utrudnione.

Jako wytyczne tej pracy, Grupa redakcyjna przyjęła następujące zasady:

- cel, potencjalni użytkownicy i zastosowania klasyfikacji muszą być jasno wyartykułowane;
- klasyfikacja opiera się na pojęciach, a nie na terminach i etykietach;
- język używany do definicji pojęć jest odpowiedni pod względami kulturowym i lingwistycznym;

- pojęcia należy pogrupować w istotne i przydatne kategorie;
- kategorie mają zastosowanie do pełnego spektrum placówek opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się, będących w okresie przejściowym i rozwiniętych;
- klasyfikacja powinna być uzupełnieniem rodziny klasyfikacji międzynarodowych WHO^{4,5,6};
- należy wykorzystać istniejące klasyfikacje bezpieczeństwa pacjenta jako podstawę do opracowania ram koncepcyjnych międzynarodowej klasyfikacji^{7,8,9,10} oraz
- ramy koncepcyjne powinny stanowić rzeczywistą zbieżność międzynarodowego postrzegania głównych kwestii związanych z bezpieczeństwem pacjentów.

W jaki sposób opracowano ramy koncepcyjne oraz zidentyfikowano i zdefiniowano kluczowe pojęcia?

Grupa redakcyjna opracowała ramy koncepcyjne ICPS w ciągu trzech lat¹¹.

Dołożono wszelkich starań, aby ramy koncepcyjne ICPS odzwierciedlały rzeczywistą zbieżność międzynarodowego postrzegania głównych kwestii związanych z bezpieczeństwem pacjentów. Znaczenie ram koncepcyjnych ICPS oceniono za pomocą dwuetapowej zmodyfikowanej ankiety internetowej Delphi¹² przeprowadzonej w Internecie oraz dogłębnej analizy przeprowadzonej przez ekspertów technicznych reprezentujących dziedziny bezpieczeństwa, inżynierii systemów, polityki zdrowotnej, medycyny i prawa¹³.

Ramy koncepcyjne ICPS oraz 48 kluczowych pojęć i preferowanych terminów oceniono również pod kątem stosowności kulturowej i lingwistycznej przez lokalnych ekspertów technicznych mówiących po francusku, hiszpańsku, japońsku i koreańsku^{14,15,16}. Eksperti techniczni, którzy uczestniczyli w testowaniu ważności oraz ocenie kulturowej/lingwistycznej, wykazali, że ramy koncepcyjne ICPS są adekwatne do założonego celu oraz istotne, użyteczne i odpowiednie do klasyfikacji danych i informacji dotyczących bezpieczeństwa pacjentów.

Rozdział 2

Ramy koncepcyjne Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta

Wprowadzenie

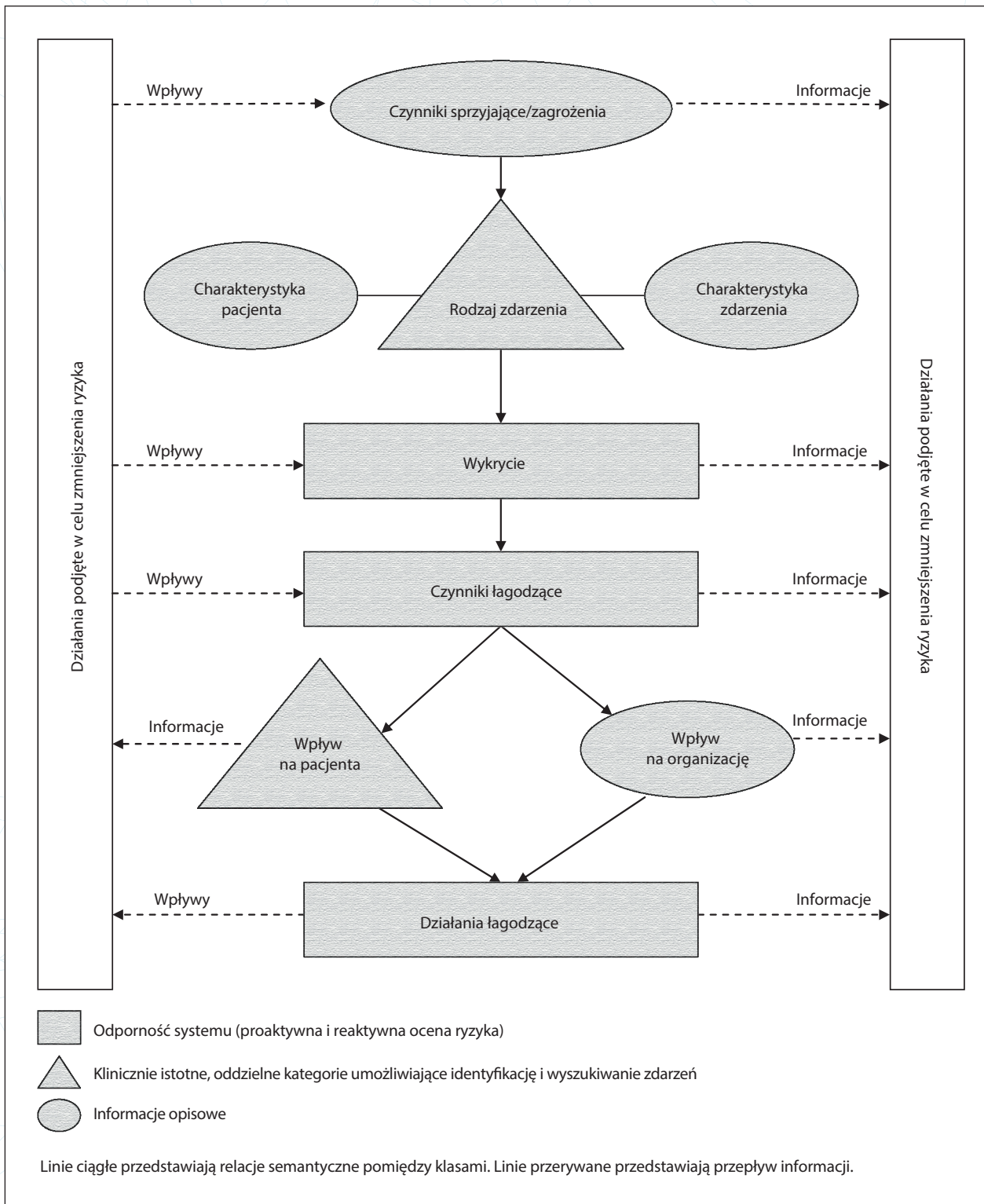
W tym rozdziale opisano 10 klas ogólnego poziomu, które stanowią ramy koncepcyjne Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta. Ramy koncepcyjne mają na celu zapewnienie wszechstronnego zrozumienia obszaru bezpieczeństwa pacjenta oraz umożliwienie ciągłego cyklu uczenia się i doskonalenia, kładącego nacisk na identyfikację, zapobieganie, wykrywanie, ograniczanie ryzyka, postępowanie po zdarzeniu i odporność systemu; z których wszystkie występują w całym i dowolnym punkcie ram pojęciowych.

Dziesięć klas ogólnego poziomu:

1. Rodzaj zdarzenia.
2. Wpływ na pacjenta.
3. Charakterystyka pacjenta.
4. Charakterystyka zdarzenie.
5. Czynniki sprzyjające/zagrożenia.
6. Wpływ na organizację.
7. Wykrywanie.
8. Czynniki łagodzące.
9. Działania łagodzące.
10. Działania podjęte w celu zmniejszenia ryzyka.

Każda klasa ma hierarchicznie ułożone podziały szczegółowe (patrz Załącznik Techniczny 1). Koncepcje te mogą być reprezentowane przez wiele terminów, które uwzględniają regionalne dialekty, różne języki, odmienne dyscypliny kliniczne i/lub preferencje świadczeniodawcy lub pacjenta.

Ramy koncepcyjne Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta

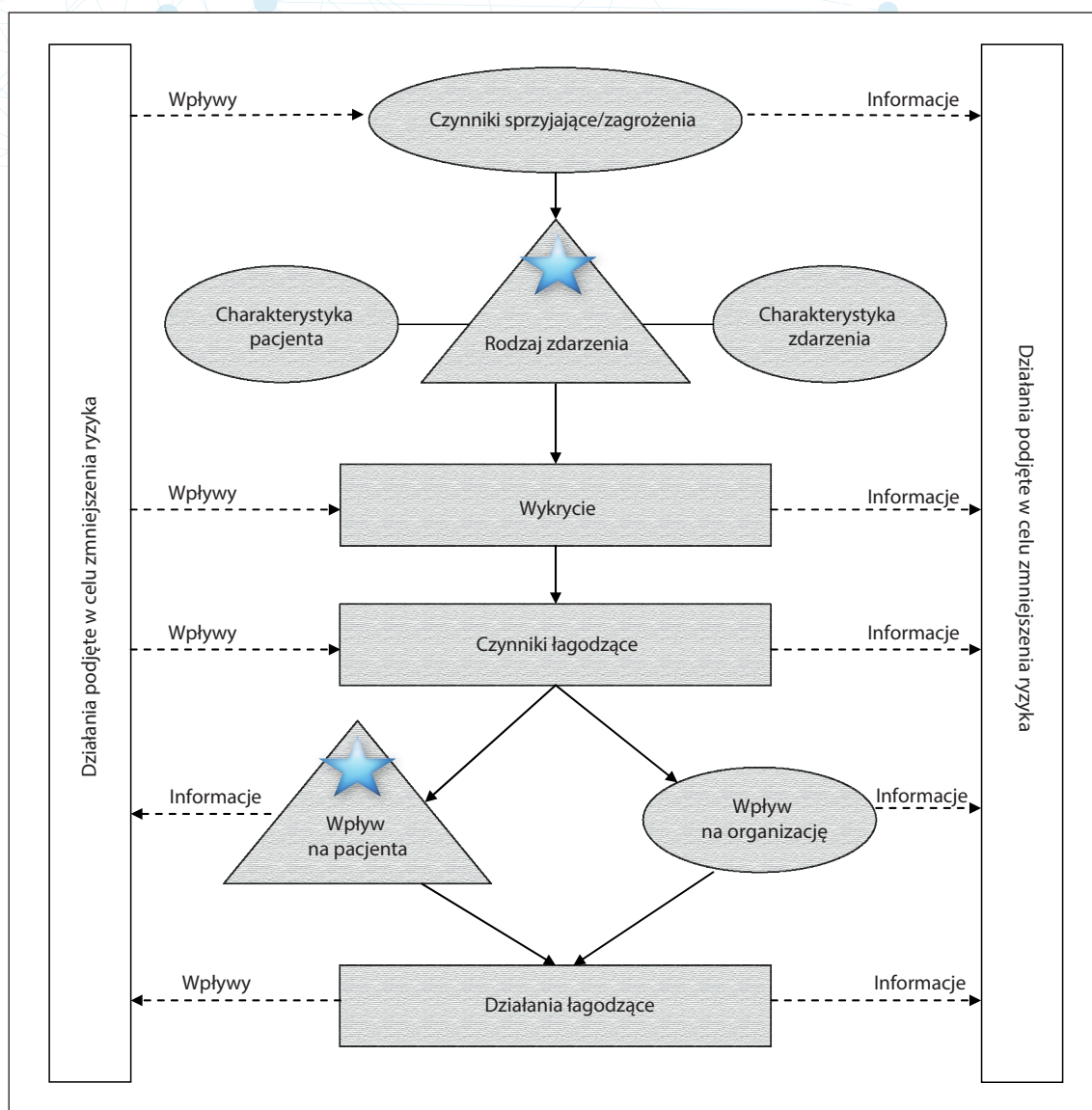


Rodzaj zdarzenia i wpływ na pacjenta

Klasa *rodzaj zdarzenia* jest terminem opisowym dla kategorii składającej się ze zdarzeń o wspólnym charakterze, pogrupowanych ze względu na wspólne, uzgodnione cechy, takie jak „proces/procedura kliniczna” lub zdarzenie „leki/płyn dożylny”. Koncepcja każdego rodzaju zdarzenia jest odrębna, jednak zdarzenie związane z bezpieczeństwem pacjenta można sklasyfikować jako więcej niż jeden typ zdarzenia.

Klasa *wpływ na pacjenta* obejmuje koncepcje odnoszące się do wpływu zdarzenia na pacjenta, który można w całości lub częściowo przypisać. Wpływ na pacjenta można klasyfikować według rodzaju szkody, stopnia szkody oraz wszystkich skutków społecznych i/lub ekonomicznych.

Łącznie klasy typu *rodzaj zdarzenia* i *wpływ na pacjenta* mają na celu pogrupowanie zdarzeń związanych z bezpieczeństwem pacjentów w kategorii mające znaczenie kliniczne.

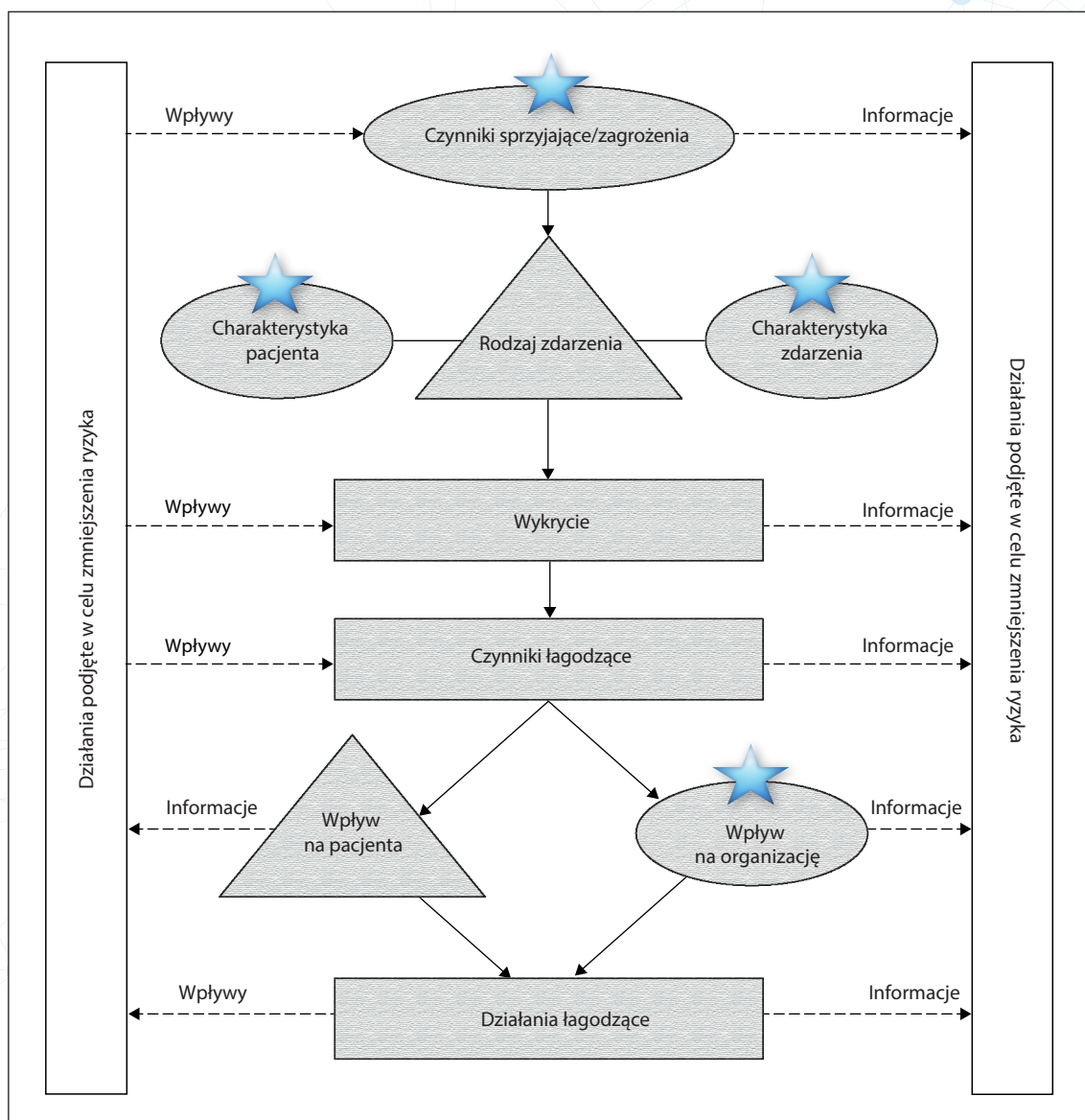


Charakterystyka pacjenta, charakterystyka zdarzenia, czynniki sprzyjające/zagrożenia przyczyniające się do wystąpienia zdarzenia i wpływ na organizację

Odpowiednie informacje opisowe, które określają kontekst zdarzenia, są ujęte w czterech klasach: charakterystyka pacjenta, charakterystyka zdarzenia, czynniki sprzyjające/zagrożenia przyczyniające się do zdarzenia oraz wpływ na organizację.

Charakterystyka pacjenta kategoryzuje dane demograficzne, pierwotny powód poszukiwania opieki i rozpoznanie pierwotne.

Charakterystyka zdarzenia klasyfikuje informacje o okolicznościach towarzyszących zdarzeniu, np. gdzie i kiedy podczas przechodzenia pacjenta przez system opieki zdrowotnej doszło do zdarzenia, kto był zaangażowany i kto go zgłosił.



Czynniki sprzyjające/zagrożenia przyczyniające się do wystąpienia zdarzenia to okoliczności, działania lub wpływy, które, jak się uważa, odegrały rolę w powstaniu lub rozwoju zdarzenia lub zwiększyły jego ryzyko. Przykładami są czynniki ludzkie, takie jak zachowanie, wydajność lub komunikacja; czynniki systemowe, takie jak środowisko pracy; oraz czynniki zewnętrzne pozostające poza kontrolą organizacji, takie jak środowisko naturalne czy polityka legislacyjna. Z pojedynczym zdarzeniem związanym z bezpieczeństwem pacjenta zazwyczaj wiąże się więcej niż jeden czynnik i/lub zagrożenie przyczyniające się do zdarzenia.

Wpływ na organizację odnosi się do tego, który można w całości lub częściowo przypisać zdarzeniu. Wpływ na organizację wskazuje bezpośrednie konsekwencje dla organizacji, takie jak zwiększone wykorzystanie zasobów do opieki nad pacjentem, zainteresowanie mediów lub konsekwencje prawne, w przeciwieństwie do konsekwencji klinicznych lub terapeutycznych, które uważa się za wpływ na pacjenta.

Istnieje złożony związek pomiędzy rodzajem zdarzenia a czynnikami sprawczymi. To samo wydarzenie lub okoliczność mogą być postrzegane jako zdarzenie lub czynnik przyczyniający się do zdarzenia, w zależności od kontekstu, okoliczności lub efektu.

Na zdarzenie zawsze wpływa kilka czynników. Może ono być czynnikiem przyczyniającym się do powstania lub rozwoju innego zdarzenia, jednak niektóre czynniki nie mogą same w sobie być zdarzeniami. Zdarzenie można zatem określić jako główne w zależności od kontekstu określonych zasad biznesowych (np. zdarzenie najbliższe zidentyfikowanego efektu dla pacjenta), rodzaju systemu informacyjnego lub rodzaju analizy danych.

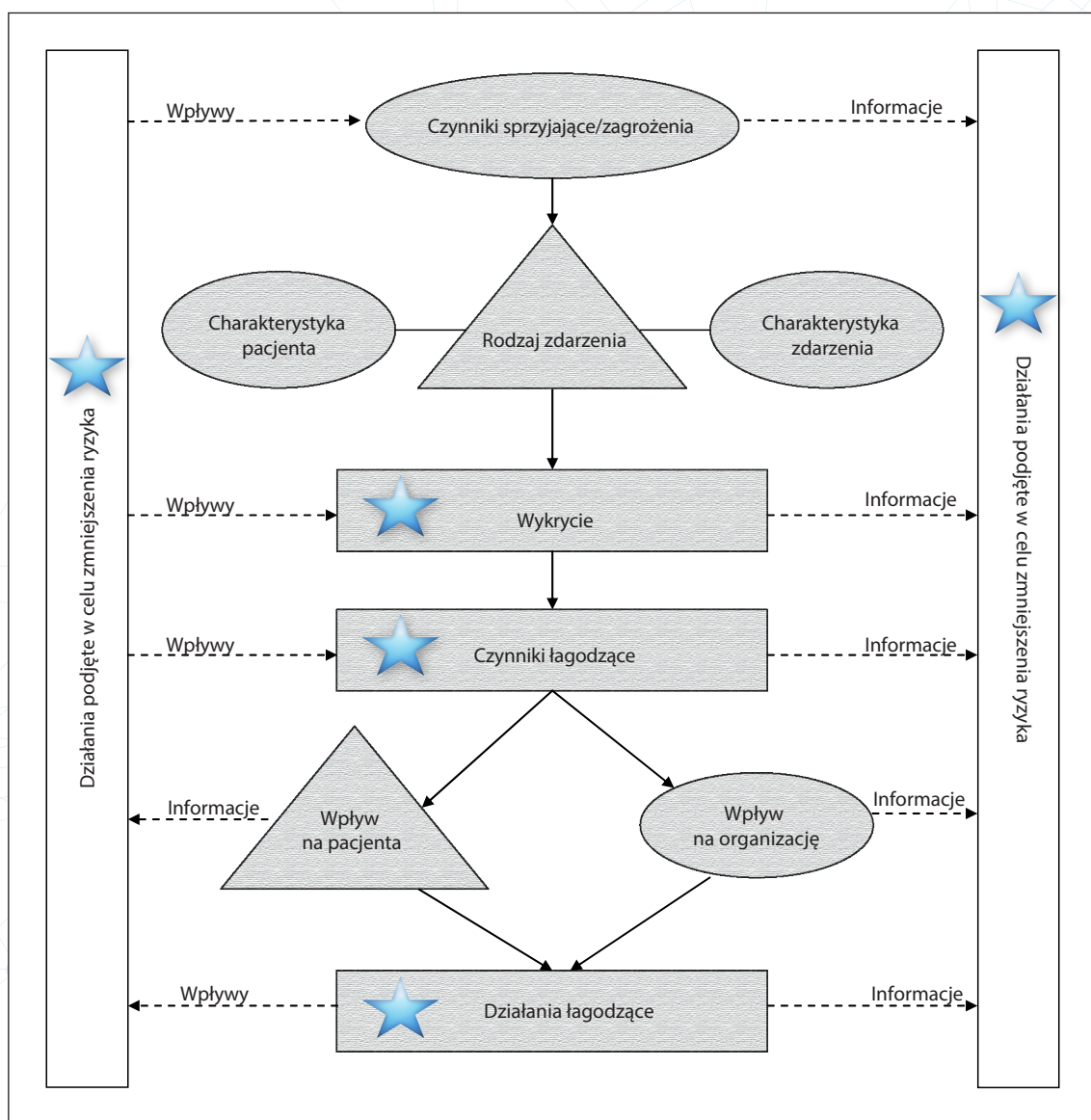
Na przykład jeśli pacjent z migotaniem przedsionków przyjmujący warfarynę wstał w nocy, aby udać się do łazienki, poślizgnął się i upadł, nie doznając zauważalnej szkody, zdarzenie związane z bezpieczeństwem pacjenta zostanie uznane za zdarzenie, które nie powoduje szkody, a typ zdarzenia zostanie sklasyfikowany jako „wypadek pacjenta – upadek”. Jeżeli następnego ranka znaleziono by pacjenta nieprzytomnego, prawdopodobne jest, że zdarzenie związane z bezpieczeństwem pacjenta zostałoby uznane za zdarzenie szkodliwe (zdarzenie niepożądane), a typ zdarzenia zostałby uznany za „postępowanie kliniczne”. Upadek można uznać za czynnik obejmujący „czynniki ze strony personelu”, „czynniki dotyczące środowiska pracy” i „czynniki związane z organizacją/serwisem”.

Wykrywanie, czynniki łagodzące, działania łagodzące oraz działania podejmowane w celu zmniejszenia ryzyka

Klasy: wykrywanie, czynniki łagodzące, działania łagodzące i działania podejmowane w celu zmniejszenia ryzyka obejmują informacje istotne dla zapobiegania, stanu po ustąpieniu zdarzenia i odporności systemu.

Czynniki dotyczące wykrywania i łagodzenia odpowiadają łącznie usuwaniu skutków zdarzeń (tj. prewencji wtórnej). Działania łagodzące to działania stosowane w fazie ratunkowej usuwania skutków zdarzenia (tj. prewencja trzeciorzędowa).

Działania podejmowane w celu zmniejszania ryzyka odpowiadają zbiorowemu uczeniu się na podstawie informacji sklasyfikowanych we wszystkich 10 klasach, niezbędnych do poprawy systemu, zmniejszenia ryzyka i poprawy opieki nad pacjentem.



Koncepcja usuwania skutków zdarzeń¹⁷ wywodząca się z nauk przemysłowych i teorii błędów jest szczególnie ważna, jeśli efektem ma być wyciągnięcie wniosków ze zdarzeń związanych z bezpieczeństwem pacjenta^{18,19}. To proces, dzięki któremu identyfikuje się, rozumie i eliminuje czynnik i/lub zagrożenie przyczyniające się do zdarzenia, zapobiegając w ten sposób przekształceniu się czynnika sprawczego lub zagrożenia w zdarzenie związane z bezpieczeństwem pacjenta. Sposób ustąpienia zdarzenia i *odporność* (w kontekście ICPS *odporność* to „stopień, w jakim system w sposób ciągły zapobiega zagrożeniom lub zdarzeniom, wykrywa je, łagodzi lub ogranicza”, tak aby organizacja mogła „powrócić” do swojej pierwotnej zdolności do zapewniania podstawowych funkcji) określają kontekst do dyskusji na temat wykrywania, łagodzenia, ograniczania i zmniejszania ryzyka.

Wykrywanie definiuje się jako działanie lub okoliczność, które skutkują wykryciem zdarzenia. Na przykład zdarzenie można wykryć na podstawie zmiany stanu pacjenta lub za pomocą monitora, alarmu, audytu, przeglądu lub oceny ryzyka. Mechanizmy wykrywania mogą być elementami składowymi systemu jako bariery urzędowe lub opracowane nieformalnie.

Czynniki łagodzące to działania lub okoliczności, które zapobiegają bądź łagodzą postęp zdarzenia w kierunku wyrządzenia szkody pacjentowi. Czynniki łagodzące mają na celu zminimalizowanie szkody dla pacjenta po wystąpieniu błędu i uruchomieniu mechanizmów kontroli szkód. Łącznie wykrywanie i łagodzenie skutków zdarzenia może zahamować rozwój zdarzenia, począwszy od dotarcia do pacjenta i/lub wyrządzenia mu szkody. Jeżeli incydent faktycznie spowodował szkodę, można wprowadzić działania łagodzące.

Działania łagodzące to działania podjęte lub okoliczności zmienione w celu poprawy lub zrekompensowania szkody powstałej po zdarzeniu. Działania łagodzące dotyczą pacjenta (leczenie kliniczne urazu, przeprosiny) i organizacji (odprawa personelu, zmiana kultury, zarządzanie roszczeniami).

Działania podejmowane w celu zmniejszania *ryzyka* koncentrują się na tych zapobiegających ponownemu wystąpieniu tego samego lub podobnego zdarzenia związanego z bezpieczeństwem pacjenta oraz na poprawie odporności systemu. Działania mające na celu redukcję ryzyka podejmuje się w celu zmniejszenia, zarządzania lub kontrolowania szkody bądź prawdopodobieństwa wystąpienia szkody związanej ze zdarzeniem. Działania te mogą być ukierunkowane na pacjenta (zapewnienie odpowiedniej opieki, wsparcie w podejmowaniu decyzji), personel (szkolenia, dostępność polityk/protokołów), organizację (lepsze przywództwo/wytyczne, proaktywna ocena ryzyka) oraz środki i sprzęt terapeutyczny (regularne audyty, funkcje wymuszające). Wykrywanie, czynniki łagodzące i działania ograniczające wpływają i określają działania podejmowane w celu zmniejszenia ryzyka.

Rozdział 3

Międzynarodowa klasyfikacja kluczowych pojęć i preferowanych terminów związanych z bezpieczeństwem pacjenta

Wprowadzenie

W tym rozdziale przedstawiono identyfikację i rozwój kluczowych koncepcji ICPS. Koncepcje te stanowią początek ciągłego procesu stopniowego ulepszania wspólnego międzynarodowego rozumienia terminów i koncepcji istotnych w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów. Jest to warunek wstępny dla niektórych obszarów działań określonych w WHA55.18:

- określenie światowych norm, standardów i wytycznych dotyczących definicji, pomiaru i raportowania zdarzeń niepożądanych i zdarzeń potencjalnie wypadkowych w ochronie zdrowia;
- promowanie i kształtowanie polityk opartych na dowodach oraz
- międzynarodowy system referencyjny (*benchmarking*).

Spójne stosowanie kluczowych pojęć z uzgodnionymi definicjami i preferowanymi terminami w połączeniu z kompleksowymi, ale dającymi się dostosować ramami pojęciowymi, utoruje badaczom drogę do wzajemnego zrozumienia pracy i ułatwi systematyczne gromadzenie, agregowanie i analizę istotnych informacji. Umożliwi to porównanie udogodnień i jurysdykcji oraz śledzenie tendencji w czasie.

Grupa redakcyjna zgodziła się, że:

- koncepcje i terminy powinny mieć zastosowanie w całym spektrum opieki zdrowotnej, od opieki podstawowej do wysokospecjalistycznej, i powinny być spójne z istniejącymi procesami i systemami;
- pojęcia powinny, jeśli to możliwe, być spójne z pojęciami z innych terminologii i klasyfikacji w Rodzinie Klasyfikacji Międzynarodowych WHO;
- definicje pojęć i preferowanych terminów powinny odzwierciedlać zastosowania potoczne;
- definicje pojęć powinny przekazywać odpowiednie znaczenia w odniesieniu do bezpieczeństwa pacjenta;
- definicje powinny być krótkie i jasne, bez zbędnych kwalifikatorów, zaczynając od definicji podstawowych, a następnie „budując” na nich przy każdej kolejnej definicji oraz
- kluczowe pojęcia i preferowane terminy powinny „odpowiadać celowi” ram koncepcyjnych ICPS.

Zidentyfikowano 48 koncepcji oraz uzgodniono definicje i preferowane terminy. Zdefiniowane i wybrane koncepcje stanowią zbiór podstawowych elementów ułatwiających badania nad bezpieczeństwem pacjentów oraz zrozumienie i przekazywanie informacji.

Istnieją inne zestawy definicji i terminów mających znaczenie dla bezpieczeństwa pacjenta. Podstawową kwestią przy identyfikacji kluczowych pojęć oraz definiowaniu i przypisywaniu im preferowanych terminów było zapewnienie, że definicje będą „odpowiadać celowi” w konkretnym kontekście ram koncepcyjnych ICPS.

Biorąc pod uwagę mnogość terminów, koncepcji i definicji, nieuniknione jest, że niektóre będą się różnić od innych. Grupa redakcyjna korzystała z dużej liczby źródeł (słowników, literatury, Internetu) w celu opracowania definicji kluczowych pojęć. Źródła nie zostały wyraźnie powiązane z konkretnymi definicjami, ponieważ pierwotne główne źródła informacji i pierwsze użycie pojęć lub terminów w kontekście bezpieczeństwa pacjentów są często niejasne. Grupa redakcyjna dokonała wielu udoskonalień definicji koncepcyjnych na podstawie opinii ekspertów technicznych podczas siedmiu bezpośrednich spotkań, licznych telekonferencji i wymiany e-maili. Połączenie konkretnych odniesień do piśmiennictwa z pojęciami może się wiązać z wysokim ryzykiem błędnej atrybucji. Grupa redakcyjna uznała jednak, że ważna jest znajomość etiologii definicji i preferowanych terminów kluczowych pojęć (patrz Załącznik techniczny 2).

Definicja pojęć

Sposób, w jaki kluczowe pojęcia z wybranymi preferowanymi terminami odnoszą się do ram koncepcyjnych ICPS, przedstawiono na diagramie ram semantycznych. Preferowane terminy wymieniono w kolejności alfabetycznej (wg terminologii angielskiej), po której podano kluczowe pojęcia wraz z definicjami. Diagram semantyczny, alfabetyczna lista preferowanych terminów i definicje pojęciowe znajdują się na końcu tego rozdziału.

Pojęcia wprowadzano stopniowo, aby umożliwić „budowanie zrozumienia”, zaczynając od pojęć zawartych w tytule ram koncepcyjnych Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta (klasyfikacja, pacjent, bezpieczeństwo). Terminy zapisane kursywą uznano za te preferowane przez ICPS. Poniżej terminów oznaczonych kursywą podano uzgodnioną definicję odpowiedniego pojęcia.

Klasyfikacja to układ *pojęć* (nośników lub uosobień znaczenia) i *klas* (grup lub zbiorów podobnych rzeczy, np. czynników przyczyniających się do zdarzenia, rodzaju zdarzenia i wyników leczenia) oraz ich podział powiązany w celu wyrażenia łączących je *relacji semantycznych* (sposób, w jaki są one ze sobą powiązane na podstawie ich znaczeń). Na przykład czynniki sprzyjające poprzedzają i odgrywają rolę w powstawaniu dowolnego typu zdarzenia. Podobnie wykrycie poprzedza czynniki łagodzące, a po nim następują efekty; postępu incydentu nie można ograniczyć, dopóki nie zostanie on wykryty i nie zostanie określony jego charakter, a wyników nie można opisać, dopóki próby ograniczenia nie wykażą wpływu na efekt.

Pacjent to osoba będąca odbiorcą *opieki zdrowotnej*, definiowanej jako usługi otrzymywane przez jednostki lub społeczności w celu promowania, utrzymywania, monitorowania lub przywracania zdrowia. Mówi się o pacjentach, a nie o klientach, najemcach czy konsumentach, chociaż uznaje się, że odbiorcy, tacy jak zdrowa kobieta w ciąży lub dziecko poddawane szczepieniu, mogą nie być uważani za pacjentów lub mogą się nie uważać za pacjentów. Opieka zdrowotna obejmuje samoopiekę. *Zdrowie*, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, to „stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”²⁰.

Bezpieczeństwo to ograniczenie ryzyka możliwych do uniknięcia szkód do akceptowalnego minimum. Akceptowalne minimum odnosi się do zbiorczych koncepcji określonej aktualnej wiedzy, dostępnych zasobów i kontekstu, w którym zapewniono opiekę, w porównaniu z ryzykiem nieleczenia lub zastosowania innego leczenia.

Zagrożenie to okoliczność, czynnik lub działanie, które może wyrządzić szkodę.

Okoliczność to sytuacja lub czynnik, który może mieć wpływ na wydarzenie, czynnik lub osobę (osoby).

Zdarzenie to coś, co przydarza się pacjentowi lub wiąże się z nim, a *czynnik* to substancja, przedmiot lub system, który działa w celu wywołania zmiany.

Bezpieczeństwo pacjenta to ograniczenie do akceptowalnego minimum ryzyka możliwych do uniknięcia szkód związanych z opieką zdrowotną. Akceptowalne minimum odnosi się do zbiorczych koncepcji danej aktualnej wiedzy, dostępnych zasobów i kontekstu, w którym zapewniono opiekę, w porównaniu z ryzykiem nieleczenia lub innego leczenia.

Szkoda związana z opieką zdrowotną to szkoda wynikająca z planów lub działań podjętych w trakcie świadczenia opieki zdrowotnej lub związana z nimi, a nie choroba podstawowa lub uraz.

Incydent związany z bezpieczeństwem pacjenta to zdarzenie lub okoliczność, która mogła spowodować lub spowodowała możliwą do uniknięcia szkodę dla pacjenta. W kontekście ICPS incydent związany z bezpieczeństwem pacjenta będzie nazywany zdarzeniem. Użycie słowa „możliwa do uniknięcia” w tej definicji wskazuje, że w opiece zdrowotnej zdarzają się błędy, naruszenia, nadużycia wobec pacjenta i celowe niebezpieczne działania. Uważa się je za zdarzenia. Pewne formy szkody, takie jak nacięcie w celu laparotomii, są jednak konieczne i nieuznawane za zdarzenie. Zdarzenia wynikają z działań niezamierzonych lub zamierzonych. Błędy są z definicji niezamierzone, natomiast naruszenia – zwykle zamierzone, choć rzadko złośliwe, a w pewnych kontekstach mogą stać się rutynowe i automatyczne.

Błąd to niezrealizowanie zaplanowanego działania zgodnie z zamierzeniem lub zastosowanie nieprawidłowego planu. Błędy mogą objawiać się niewłaściwym postępowaniem (zlecenie) lub zaniechaniem właściwych działań (zaniechanie) zarówno na etapie planowania, jak i realizacji^{21, 22}. Jeśli zatem badania przesiewowe w kierunku raka jelita obejmują regularne badania na krew utajoną, wówczas kolonoskopia przesiewowa w przypadku braku wcześniejszego badania na krew utajoną stanowi błąd zlecenia (zastosowanie nieprawidłowego planu), natomiast nieprzeprowadzenie badania na krew utajoną byłoby błędem zaniechania. *Naruszenie* to celowe odejście od procedury operacyjnej, normy lub zasady. Zarówno błędy, jak i naruszenia zwiększają ryzyko, nawet jeśli do zdarzenia w rzeczywistości nie doszło^{12, 13}. Ryzyko to prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia.

Zdarzeniem może być okoliczność podlegająca zgłoszeniu, zdarzenie potencjalnie wypadkowe (*near miss*), zdarzenie niepowodujące szkody lub zdarzenie szkodliwe (zdarzenie niepożądane). *Okolicznością podlegającą zgłoszeniu* jest sytuacja, w której istniało znaczne ryzyko wyrządzenia szkody, ale nie doszło do żadnego zdarzenia (np. rażące niedobory personelu przez całą zmianę na zapracowanym oddziale intensywnej terapii lub zabranie defibrylatora na pogotowie i odkrycie, że nie działa, chociaż nie był potrzebny). *Sytuacja grożąca zdarzeniem niepożądanym "near miss"*, które nie wydarzyło się pacjentowi (np. jednostka krwi została podłączona do linii dożylnych niewłaściwego pacjenta, ale błąd wykryto przed rozpoczęciem

infuzji). *Zdarzenie niewywołujące szkody* to takie, w którym zdarzenie dotknęło pacjenta, ale nie spowodowało żadnych zauważalnych szkód (np. jeśli podano jednostkę krwi, ale nie była ona niezgodna). *Zdarzenie szkodliwe* (zdarzenie niepożądane) to zdarzenie, które powoduje szkodę dla pacjenta (np. podano niewłaściwą jednostkę krwi i pacjent zmarł w wyniku reakcji hemolitycznej).

Szkoda oznacza upośledzenie struktury bądź funkcji organizmu i/lub wszelkie szkodliwe skutki z nich wynikające, w tym chorobę, uraz, cierpienie, niepełnosprawność i śmierć, i może mieć charakter fizyczny, społeczny lub psychiczny. *Choroba* to dysfunkcja fizjologiczna lub psychiczna. *Uraz* to uszkodzenie tkanek spowodowane czynnikiem lub zdarzeniem, a *cierpienie* to doświadczenie czegoś subiektywnie nieprzyjemnego. *Cierpienie* obejmuje ból, złe samopoczucie, nudności, depresję, pobudzenie, niepokój, strach i smutek. *Niepełnosprawność* oznacza każdy rodzaj upośledzenia struktury lub funkcji ciała, ograniczenie aktywności i/lub ograniczenie uczestnictwa w społeczeństwie, związane z przeszłą lub obecną szkodą.

Czynnikiem sprzyjającym jest okoliczność, działanie lub wpływ (taki jak zły harmonogram lub przydział zadań), które, ja się uważa, odegrało rolę w powstaniu lub rozwoju incydentu lub zwiększyło ryzyko incydentu. Czynniki sprzyjające mogą mieć charakter zewnętrzny (tj. znajdujący się poza kontrolą placówki lub organizacji), organizacyjny (np. niedostępność zaakceptowanych protokołów), związany z czynnikiem kadrowym (np. indywidualny defekt poznawczy bądź behawioralny, słaba praca zespołowa lub nieodpowiednia komunikacja) lub związane z pacjentem (np. nieprzestrzeganie zaleceń). Czynnikiem sprzyjającym może być niezbędnym wstępem do zdarzenia i może być wystarczający lub nie, aby spowodować incydent.

Zdarzenia dzieli się na kilka różnych typów. Typ zdarzenia to kategoria złożona ze zdarzeń o wspólnym charakterze, pogrupowanych ze względu na wspólne uzgodnione cechy i jest kategorią „nadrzędną”, w ramach której można grupować różne pojęcia. *Rodzaje zdarzeń* obejmują administrację kliniczną, proces/procedurę kliniczną, dokumentację, zakażenie związane z opieką zdrowotną, leki/płyny dożylnie, krew/produkty krwiopochodne, odżywianie, tlen/gaz/pary, urządzenie/sprzęt medyczny, zachowanie, wypadki pacjentów, infrastrukturę/budynek/wyposażenie i zarządzanie zasobami/organizacją.

Charakterystyka pacjenta to wybrane atrybuty pacjenta, takie jak dane demograficzne lub powód zgłoszenia się do opieki zdrowotnej. *Atrybuty* to cechy, właściwości lub cechy kogoś lub czegoś. *Charakterystyka zdarzenia* to wybrane atrybuty zdarzenia, takie jak miejsce opieki, status leczenia, specjalizacja i data zdarzenia.

W odniesieniu do leku *działaniem niepożądanym* jest nieoczekiwana szkoda wynikająca z uzasadnionego leczenia. Na przykład nieoczekiwana neutropenia spowodowana lekiem, o którym nie wiadomo, że ma takie działanie, jest reakcją niepożądaną. Można zapobiec nawrotowi wcześniej napotkanej reakcji niepożądanej (np. unikając ponownego narażenia pacjenta z alergią na lek). *Efekt uboczny* to znane działanie, inne niż pierwotnie zamierzone, związane z właściwościami farmakologicznymi leku, takie jak nudności po podaniu morfiny w celu łagodzenia bólu.

Możliwe do uniknięcia zdarzenie jest akceptowane przez społeczność jako możliwe do uniknięcia w określonych okolicznościach. *Wykrycie* to działanie lub okoliczność, która skutkuje wykryciem zdarzenia (np. poprzez zauważenie błędu na monitorze lub alarmie, zmianę stanu pacjenta lub ocenę ryzyka). Mechanizmy detekcyjne mogą stanowić część systemu, np. alarm odłączenia niskiego ciśnienia w obwodzie oddechowym, mogą wynikać z procesu sprawdzania

lub z czujności i „świadomości sytuacyjnej”. *Czynnik łagodzący* to działanie lub okoliczności, które zapobiegają lub moderują postęp zdarzenia w kierunku wyrządzenia szkody pacjentowi. Mechanizm powodujący wystąpienie szkody jest już w fazie działania, ale nie doprowadził jeszcze do żadnej lub maksymalnej możliwej szkody. Terminu „stan po zdarzeniu/ustąpienie zdarzenia” użyto do opisanego połączenia wykrywania i łagodzenia skutków; nie odnosi się do powrotu do zdrowia klinicznego (rekonwalescencji), ale do procesu zdrowienia po zdarzeniu, które się rozpoczęło. Przykładem ustąpienia zdarzenia jest ponowne podłączenie obwodu oddechowego po ostrzeżeniu o alarmie rozłączenia. Gromadząc informacje o tym, jak i w jaki sposób dokonuje się „ratowania sytuacji”, można uzyskać informacje dotyczące projektu systemu, szkoleń i edukacji.

Efekt dla pacjenta to wpływ na pacjenta, który można w całości lub częściowo przypisać zdarzeniu. Jeżeli doszło do szkody, *stopień szkody* to dotkliwość i czas trwania oraz wszelkie konsekwencje leczenia wynikające z incydentu. Na podstawie przewodnich wytycznych požądane wydaje się oddzielne rejestrowanie charakteru, ciężkości i czasu trwania szkody. W czystym ujęciu można argumentować za klasyfikacją każdego z tych czynników osobno, jednak w rzeczywistości większość systemów oceny szkód zakłada, że elementy łączą się w ramach naturalnej oceny dokonywanej podczas przypisywania stopnia szkody. Poprzednie próby uszeregowania stopnia szkody zwykle łączyły te parametry w jedną skalę^{23, 24, 25}. W kontekście ram koncepcyjnych ICPS stopień szkody przedstawia się następująco:

- Brak – efekt dla pacjenta nie jest objawowy lub nie wykryto żadnych objawów i nie jest wymagane żadne leczenie.
- Łagodny – efekt dla pacjenta jest objawowy, objawy są łagodne, utrata funkcji lub szkoda jest minimalna bądź pośrednia, ale krótkotrwała i nie wymaga żadnej interwencji lub wymaga minimalnej interwencji (np. dodatkowa obserwacja, badanie, przegląd lub niewielkie leczenie).
- Umiarkowany – efekt dla pacjenta jest objawowy, wymaga interwencji (np. dodatkowego zabiegu operacyjnego, dodatkowego leczenia), dłuższej hospitalizacji lub powoduje trwałe lub długotrwałe uszkodzenie lub utratę funkcji.
- Ciężki – efekt dla pacjenta jest objawowy, wymaga interwencji ratującej życie lub poważnej interwencji chirurgicznej/medycznej, skraca oczekiwaną długość życia lub powoduje poważne, trwałe lub długotrwałe uszkodzenie lub utratę funkcji.
- Zgon – wążąc prawdopodobieństwa, można uznać, że zgon został spowodowany lub przyspieszony w krótkim okresie przez zdarzenie.

Zdarzenia wpływają również na organizacje opieki zdrowotnej. *Efekt dla organizacji* to wpływ na organizację, który można w całości lub częściowo przypisać zdarzeniu (np. niekorzystny rozgłos lub dodatkowe wykorzystanie zasobów).

Działanie łagodzące to działanie lub zmiana okoliczności podjęte w celu poprawy lub zrekomensowania szkody powstałej po zdarzeniu. Czynniki mające na celu złagodzenie szkody, np. nastawienie złamania po upadku. Natomiast czynniki łagodzące wpływają na system opieki zdrowotnej zmniejszając straty lub szkody poniesione przez organizację, takie jak dobre zarządzanie public relations po nagłośnionym zdarzeniu w celu złagodzenia jego wpływu na reputację placówki.

Działania podjęte w celu zmniejszenia ryzyka to działania podjęte w celu ograniczenia, zarządzania lub kontrolowania wszelkich przyszłych szkód lub prawdopodobieństwa wystąpie-

nia szkód związanych ze zdarzeniem. Takie działania mogą mieć wpływ na same zdarzenia, czynniki sprzyjające, wykrywanie, czynniki lub działania łagodzące i mogą mieć charakter proaktywny lub reaktywny. Działania proaktywne można zidentyfikować za pomocą takich technik jak analiza mechanizmu i skutków niepowodzenia²⁶ oraz probabilistyczna analiza ryzyka²⁷. Działania reaktywne są podejmowane w odpowiedzi na informacje uzyskane po wystąpieniu zdarzenia (np. analiza przyczyn źródłowych – *root causes analysis*, RCA).

Odporność odnosi się do stopnia, w jakim system w sposób ciągły zapobiega zagrożeniom lub zdarzeniom, wykrywa je, łagodzi lub ogranicza. Odporność pozwala organizacji „odbić się” do swojej pierwotnej zdolności do świadczenia funkcji opiekuńczych tak szybko, jak to możliwe po poniesieniu szkody.

W odniesieniu do zarządzania organizacją powszechnie stosuje się wiele terminów. *Odpowiedzialność* oznacza pociągnięcie do odpowiedzialności. *Jakość* to stopień, w jakim usługi zdrowotne świadczone jednostkom i populacjom zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pożądaných rezultatów zdrowotnych i są zgodne z aktualną wiedzą zawodową. *Awaria systemu* odnosi się do usterki, awarii lub dysfunkcji metod operacyjnych, procesów lub infrastruktury organizacji. Czynniki przyczyniające się do awarii systemu mogą być ukryte (ukryte lub łatwe do ukrycia) lub widoczne i mogą się wiązać z systemem, organizacją, członkiem personelu lub pacjentem. Czynnikiem ukrytym może być alarm odłączenia obwodu oddechowego bez ostrzeżenia o awarii zasilania lub podtrzymania akumulatorowego²⁸.

Udoskonalanie systemu to efekt lub wynik kultury, procesów i struktur, które są nastawione na zapobieganie awariom systemu oraz poprawę bezpieczeństwa i jakości. Procesy przeciwdziałania opisanym utajonym awariom obejmują modyfikację sprzętu tak, aby alarmował w przypadku naruszenia zasilania lub użycie dodatkowego urządzenia, takiego jak kapnograf, w celu alarmowania, jeśli w wydychanym powietrzu nie zostanie wykryty dwutlenek węgla.

Analiza przyczyn źródłowych, będąca reaktywną formą oceny ryzyka, ma na celu opracowanie działań podjętych w celu zmniejszenia ryzyka. Jest to systematyczny proces iteracyjny, w ramach którego identyfikuje się czynniki przyczyniające się do zdarzenia poprzez rekonstrukcję sekwencji zdarzeń i wielokrotne zadawanie pytania „dlaczego” do czasu wyjaśnienia podstawowych przyczyn (czynników sprzyjających lub zagrożeń).

Niektóre pojęcia wykluczono, ponieważ ich znaczenie jest różne w różnych jurysdykcjach (np. zaniedbanie), mają one znaczenie specyficzne dla danej dyscypliny (np. wypadek – w lotnictwie oznacza utratę kadłuba statku powietrznego), są już używane ze specjalnym znaczeniem w klasyfikacji WHO (nieszczęśliwy wypadek lub następstwa), w przeciwnym razie definicje pojęciowe nie mogą być uniwersalne. W rezultacie opracowano inne koncepcje mające znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów we wszystkich środowiskach opieki zdrowotnej. Na przykład zamiast szkody jatrogennej i szpitalnej uwzględniono pojęcie szkody związanej z opieką zdrowotną. Szkody jatrogenne i szpitalne są powiązane odpowiednio z lekarzami i szpitalami. W tym przypadku pojęcie szkody związanej z opieką zdrowotną oznacza, że opieka zdrowotna jest świadczona przez wiele różnych osób, w tym pacjentów, w różnych warunkach opieki (szpital, ambulatoryjne, ośrodki zdrowia psychicznego i społeczne, dom itp.). Należy również zauważyć, że ta lista kluczowych pojęć ma charakter dynamiczny. Będzie i powinna wydłużać się wraz z poprawą wiedzy z zakresu bezpieczeństwa pacjentów.

Przypisy końcowe

- ¹ International Classification for Patient Safety Statement of Purpose - http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf
- ² Fifty-Fifth World Health Assembly. Res. WHA55.18. 18 May 2002
- ³ Perneger, T. Borges on classification. *Int J for Qual in Health Care* 2006;28(4):264-265.
- ⁴ World Health Organization, Family of International Classifications Overview (2004, June). <http://www.who.int/classifications/en/>
- ⁵ World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Version for 2006 (ICD-10). <http://www.who.int/classifications/icd/en/index.html>
- ⁶ World Health Organization Drug Dictionary (maintained by the Uppsala Monitoring Centre), 2004. http://www.who.int/medicines/services/medicines_etools/en/
- ⁷ Chang, A, Schyve P, Croteau R, O'Leary D, Loeb J. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *Int J Qual Health Care* 2005;17:95-105. http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/NQF_Standardizing_Patient_Safety_Taxonomy_Jan202006.pdf
- ⁸ The National Reporting and Learning System, National Health Service, National Patient Safety Agency. <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/reporting/>
- ⁹ Runciman WB, Williamson JAH, Deakin A, Benveniste KA, Bannon K, Hibbert PD. An integrated framework for safety, quality and risk management: an information and incident management system based on a universal patient safety classification. *Quality & Safety in Health Care*. 2006;15(Suppl 1):i82-90. <http://www.apsf.net.au/>
- ¹⁰ The Eindhoven Classification Model for System Failure (ECM) and The Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis – Medical (PRISMA). The Netherlands: Eindhoven University of Technology. http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/PRISMA_Medical.pdf
- ¹¹ History of the Project to Develop the International Classification for Patient Safety – <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/evolution/en/index.html>
- ¹² World Health Organization, Alliance for Patient Safety (2007, May) Report on the Results of the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland.
- ¹³ World Health Organization, Alliance for Patient Safety (2008, April). Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Challenge Group Meeting - Validity Testing of the Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 11-12 April 2008. Geneva.
- ¹⁴ World Health Organization, Alliance for Patient Safety (2008, October). Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Meeting with Francophone Technical Experts – Cultural and Linguistic Evaluation of the Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 13 October 2008. Paris, France.
- ¹⁵ World Health Organization, Alliance for Patient Safety (2008, October). Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Meeting with Spanish and Latin American Technical Experts – Cultural and Linguistic Evaluation of the Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 15 October 2008. Madrid, Spain.

¹⁶ World Health Organization, Alliance for Patient Safety (2007, November). Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Meeting with Technical Experts from the South East Asian and Western Pacific Regions of the WHO, 26 November 2007, Tokyo, Japan.

¹⁷ Także odnosi się do pojęcia "sposób ustąpienia działania niepożądanego".

¹⁸ van der Schaaf, T. W. A framework for designing near miss management systems. In van der Schaaf, T. W., Lucas, D. A. and Hale, A. R. (eds) Near miss reporting as a safety tool. Oxford, Butterworth-Heinemann Ltd, 1991.

¹⁹ van der Schaaf TW, Clarke JR, Ch 7 – Near Miss Analysis. In Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson S, (eds). Institute of Medicine, Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Services. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Washington DC: National Academies of Sciences, 2004.

²⁰ World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organizations, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. www.who.int/en/.

²¹ Reason J. Human Error. New York: Cambridge University Press, 1990.

²² Runciman WB, Merry AF, Tito F. Error, blame and the law in health care – an Antipodean perspective. *Ann Intern Med* 2003; 138: 974-9.

²³ NSW Health. Incident Management. Policy Directive PD2007...061. July 2007. Sydney: New South Wales Health, 2007. www.health.nsw.gov.au/policies/2007/pdf/PD2007...-61.pdf [Accessed 11 February 2008].

²⁴ VA National Center for Patient Safety. VA National Patient Safety Improvement Handbook. Washington DC. Department of Veterans Affairs, US Veterans Health Administration, 2002. www.va.gov/NCPS/Pubs/NCPShb.pdf [Accessed 11 February 2008].

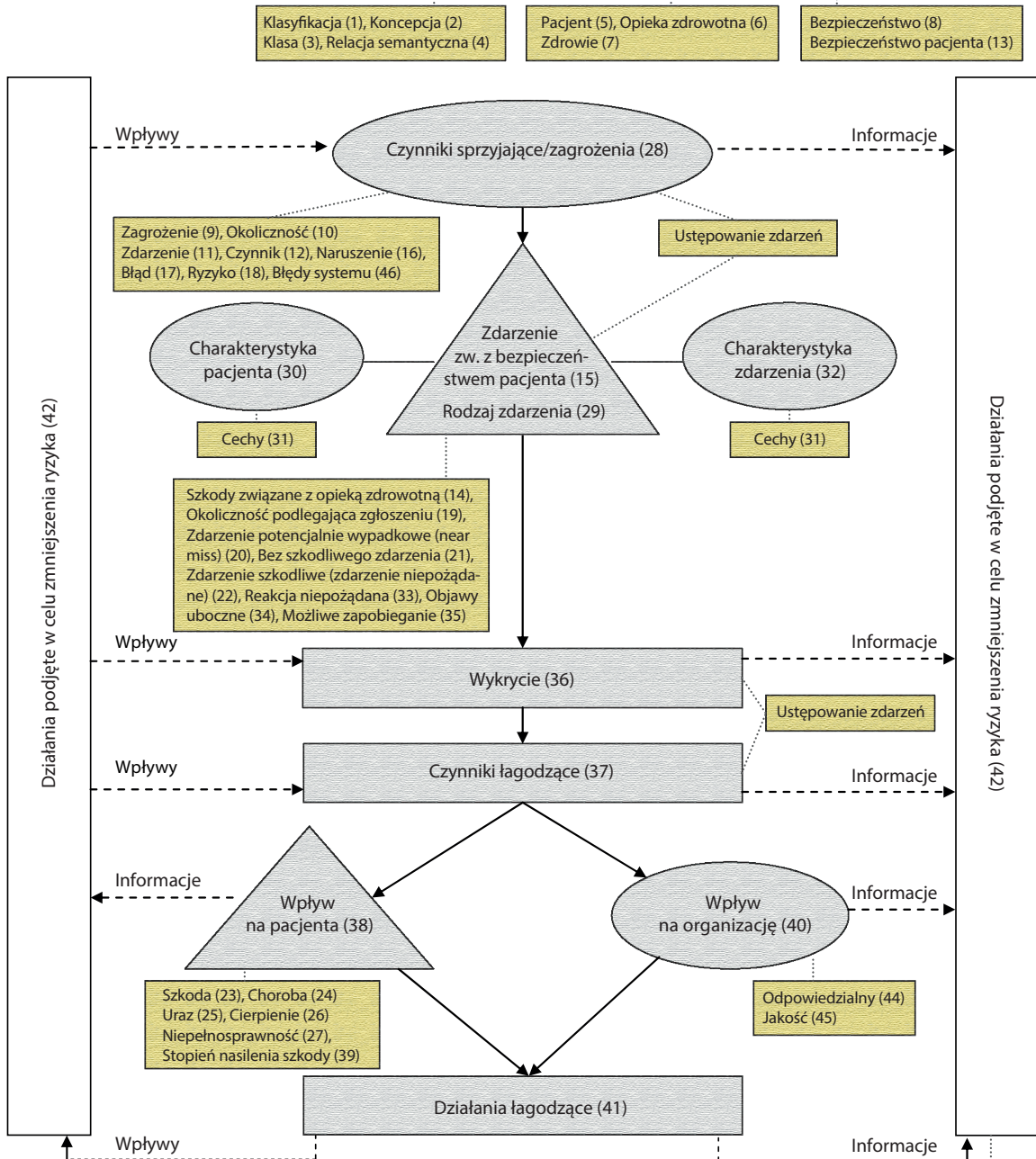
²⁵ National Patient Safety Agency. eForm User Guide v4. www.eforms.npsa.nhs.uk/staffform/help.ALL/eForm_Help.htm [Accessed 27 November 2008].

²⁶ Senders JW, FMEA and RCA: the mantras of modern risk management. *Qual Saf Health Care* 2004;13:249-50.

²⁷ Marx DA, Slonim AD. Assessing patient safety risk before the injury occurs: an introduction to socio-technical probabilistic risk modeling in health care. *Qual Saf Health Care* 2003;12(Suppl 2):ii33-8.

²⁸ Myerson K, Ilesley AH, Runciman WB. An evaluation of ventilator monitoring alarms. *Anaesth Intens Care* 1986;14:174-85.

Ramy koncepcyjne Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta



- Odporność systemu (proaktywna i reaktywna ocena ryzyka)
- Klinicznie istotne, oddzielne kategorie umożliwiające identyfikację i wyszukiwanie zdarzeń
- Informacje opisowe
- Odpowiednie kluczowe pojęcia z preferowanymi terminami

- Odporność (43)
- Poprawa systemu (47)
- Analiza przyczyn źródłowych (48)

Linie ciągłe przedstawiają relacje semantyczne pomiędzy klasami. Czarne przerywane linie przedstawiają przepływ informacji. Zaczernione linie przerywane łączą odpowiednie pojęcia z klasami. Liczby obok preferowanych terminów reprezentują sekwencję w jakim występują w tekście i w słowniku.

Słownik kluczowych pojęć i preferowanych terminów

Odpowiedzialny (nr 44)
Działania podjęte w celu ograniczenia ryzyka (nr 42)
Reakcja niepożądana (nr 33)
Czynnik (nr 12)
Działanie łagodzące (nr 41)
Cechy (nr 31)
Okoliczność (nr 10)
Klasa (nr 3)
Klasyfikacja (nr 1)
Pojęcie (nr 2)
Czynnik przyczyniający się (nr 28)
Stopień nasilenia szkody (nr 39)
Wykrywanie (nr 36)
Niepełnosprawność (nr 27)
Choroba (nr 24)
Błąd (nr 16)
Zdarzenie (nr 11)
Szkoda (nr 23)
Zdarzenie szkodliwe (zdarzenie niepożądane) (nr 22)
Zagrożenie (nr 9)
Zdrowie (nr 7)
Opieka zdrowotna (nr 6)
Szkoda związana z opieką zdrowotną (nr 14)
Charakterystyka incydentu (nr 32)
Rodzaj zdarzenia (nr 29)

Uszkodzenie (nr 25)
Czynnik łagodzący (nr 37)
Zdarzenie potencjalnie wypadkowe "near miss" (nr 20)
Bez szkodliwego zdarzenia (nr 21)
Wpływ na organizację (nr 40)
Pacjent (nr 5)
Charakterystyka pacjenta (nr 30)
Wpływ na pacjenta (nr 38)
Bezpieczeństwo pacjenta (nr 13)
Zdarzenie związane z bezpieczeństwem pacjenta (nr 15)
Możliwe zapobieganie (nr 35)
Jakość (nr 45)
Okoliczność podlegająca zgłoszeniu (nr 19)
Odporność (nr 43)
Ryzyko (nr 18)
Analiza przyczyn źródłowych: <i>root cause analysis</i> , RCA (nr 48)
Bezpieczeństwo (nr 8)
Relacja semantyczna (nr 4)
Działanie uboczne (nr 34)
Cierpienie (nr 26)
Błąd systemu (nr 46)
Poprawa systemu (nr 47)
Naruszenie (nr 17)

Definicje kluczowych pojęć:

1. **Klasyfikacja:** układ pojęć w **klasy** i ich **subkategorie**, powiązane w celu określenia **relacji semantycznych** między nimi.
2. **Pojęcie:** nośnik lub wyrażenie znaczenia.
3. **Klasa:** grupa lub zestaw podobnych rzeczy.
4. **Relacja semantyczna:** sposób, w jaki rzeczy (takie jak **klasy** lub **pojęcia**) są ze sobą powiązane na podstawie ich znaczenia.
5. **Pacjent:** osoba będąca odbiorcą **opieki zdrowotnej**.
6. **Opieka zdrowotna:** usługi świadczone jednostkom lub społecznościom w celu promowania, utrzymywania, monitorowania lub przywracania **zdrowia**.
7. **Zdrowie:** stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak **choroby** lub niepełnosprawności.
8. **Bezpieczeństwo:** ograniczenie ryzyka możliwych do uniknięcia szkód do akceptowalnego minimum.
9. **Zagrożenie:** **okoliczność**, **czynnik** lub **działanie**, które może wyrządzić szkodę.
10. **Okoliczność:** sytuacja lub czynnik, który może mieć wpływ na **zdarzenie**, **czynnik** lub osobę(y).
11. **Zdarzenie:** coś, co przydarza się **pacjentowi** lub jest z nim związane.
12. **Czynnik:** substancja, przedmiot lub system, który działa w celu wywołania zmiany.
13. **Bezpieczeństwo pacjenta:** ograniczenie do akceptowalnego minimum ryzyka możliwych do uniknięcia szkód związanych z opieką zdrowotną.
14. **Szkoda związana z opieką zdrowotną:** **szkoda** wynikająca lub związana z planowaniem lub działaniami podjętymi w trakcie świadczenia **opieki zdrowotnej**, a nie z **chorobą** podstawową lub **urazem**.
15. **Zdarzenie związane z bezpieczeństwem pacjenta:** **zdarzenie** lub **okoliczność**, która mogła spowodować lub spowodowała możliwą do uniknięcia szkodę dla **pacjenta**.
16. **Błąd:** niezrealizowanie zaplanowanego działania zgodnie z zamierzeniem lub zastosowanie nieprawidłowego planu.
17. **Naruszenie:** celowe odejście od procedury operacyjnej, normy lub zasady.
18. **Ryzyko:** prawdopodobieństwo wystąpienia **zdarzenia**.
19. **Okoliczność podlegająca zgłoszeniu:** sytuacja, w której istniało znaczne ryzyko wyrządzenia szkody, ale nie doszło do żadnego zdarzenia.

20. **Sytuacja grożąca wypadkiem: zdarzenie**, które nie dotknęło pacjenta (near miss).
21. **Nieszkodliwe zdarzenie: zdarzenie**, które dotknęło pacjenta, ale nie spowodowało żadnej zauważalnej szkody.
22. **Zdarzenie szkodliwe (zdarzenie niepożądane): zdarzenie**, w wyniku którego pacjent doznał szkody.
23. **Szkoda**: naruszenie struktury lub funkcji organizmu i/lub każdy szkodliwy skutek z nich wynikający. Szkoda obejmuje **chorobę, uraz, cierpienie, niepełnosprawność** i zgon.
24. **Choroba**: dysfunkcja fizjologiczna lub psychiczna.
25. **Uraz**: uszkodzenie tkanek spowodowane **czynnikiem lub zdarzeniem**.
26. **Cierpienie**: doświadczenie czegoś subiektywnie nieprzyjemnego.
27. **Niepełnosprawność**: każdy rodzaj upośledzenia struktury lub funkcji ciała, ograniczenie aktywności i/lub ograniczenie udziału w życiu społecznym, związane z przeszłą lub obecną szkodą.
28. **Czynnik mający znaczenie: okoliczność**, działanie lub wpływ, co do którego uważa się, że odegrało rolę w powstaniu lub rozwoju **zdarzenia** lub zwiększyło **ryzyko** jego wystąpienia.
29. **Typ zdarzenia**: termin opisowy określający kategorię obejmującą zdarzenia o wspólnym charakterze, pogrupowane ze względu na wspólne, uzgodnione cechy.
30. **Charakterystyka pacjenta**: wybrane **cechy pacjenta**.
31. **Atrybuty**: cechy, właściwości lub cechy kogoś lub czegoś.
32. **Charakterystyka zdarzenia**: wybrane **cechy zdarzenia**.
33. **Reakcja niepożądana**: nieoczekiwana szkoda wynikająca z uzasadnionego działania, w przypadku gdy zastosowano proces właściwy dla sytuacji, w której zdarzenie miało miejsce.
34. **Działanie uboczne**: znany efekt, inny niż pierwotnie zamierzony, związany z właściwościami farmakologicznymi leku.
35. **Możliwe zapobieganie**: akceptowane przez społeczność jako możliwe do uniknięcia w określonych okolicznościach.
36. **Wykrywanie**: działanie lub **okoliczność**, która skutkuje wykryciem **zdarzenia**.
37. **Czynnik łagodzący**: działanie lub **okoliczność**, która zapobiega lub łagodzi rozwój **zdarzenia** prowadzącego do wyrządzenia szkody **pacjentowi**.

38. **Wpływ na pacjenta:** wpływ na pacjenta, który można w całości lub częściowo przypisać zdarzeniu.
39. **Stopień nasilenia szkody:** nasilenie i czas trwania szkody oraz wszystkie następstwa leczenia wynikające ze zdarzenia.
40. **Wpływ na organizację:** wpływ na organizację, który można w całości lub częściowo przypisać zdarzeniu.
41. **Działanie łagodzące:** podjęte działanie lub zmienione okoliczności po zdarzeniu w celu poprawy lub zrekompensowania powstałej szkody.
42. **Działania podjęte w celu zmniejszenia ryzyka:** działania podjęte w celu ograniczenia, zarządzania lub kontrolowania wszelkich przyszłych szkód lub prawdopodobieństwa wystąpienia szkody związanej ze zdarzeniem.
43. **Odporność:** stopień, w jakim system w sposób ciągły zapobiega zagrożeniom lub zdarzeniom, wykrywa je, łagodzi lub zmniejsza stopień nasilenia.
44. **Odpowiedzialność:** bycie pociągniętym do odpowiedzialności.
45. **Jakość:** stopień, w jakim usługi zdrowotne świadczone jednostkom i populacjom zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pożądanych rezultatów zdrowotnych i są zgodne z aktualną wiedzą zawodową.
46. **Błąd systemu:** usterka, awaria lub dysfunkcja metod operacyjnych, procesów lub infrastruktury organizacji.
47. **Doskonalenie systemu:** wynik lub efekt kultury, procesów i struktur, które są nakierowane na zapobieganie błędom systemu oraz poprawę bezpieczeństwa i jakości.
48. **Analiza przyczyn źródłowych (root cause analysis, RCA):** systematyczny, iteracyjny proces, podczas którego identyfikuje się czynniki przyczyniające się do zdarzenia poprzez rekonstrukcję sekwencji zdarzeń i wielokrotne zadawanie pytań: dlaczego? Dopóki nie zostaną wyjaśnione podstawowe przyczyny.

Rozdział 4

Praktyczne zastosowania

Grupa redakcyjna zaprojektowała ramy koncepcyjne Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta (ICPS), w celu dostarczenia bardzo potrzebnej metody organizowania danych i informacji dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, umożliwiającej ich agregowanie i analizę.

Większą wartością dobrze opracowywanych ram koncepcyjnych ICPS mógłby być postęp w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów wyrażony poprzez:

- ułatwienie opisu, porównywania, pomiaru, monitorowania, analizy i interpretacji informacji w celu poprawy opieki nad pacjentem;
- umożliwienie kategoryzacji danych i informacji dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, tak aby mogły być wykorzystywane do celów planowania epidemiologicznego i opracowywania polityki zdrowotnej przez pracowników ochrony zdrowia, badaczy, twórców systemów raportowania danych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, decydentów i grupy rzeczników pacjentów/konsumentów oraz
- opracowanie zarysu opracowania programu nauczania bezpieczeństwa pacjenta poprzez przedstawienie zestawu niezbędnych danych opisujących aktualną wiedzę w tej dziedzinie.

Klasyfikacja stanowi strukturalną podstawę systemu raportowania przez stworzenie struktury organizowania danych i informacji. System raportowania zbudowany na podstawie dobrze rozwiniętej klasyfikacji obejmującej istotne elementy danych odnoszące się do bezpieczeństwa pacjenta zapewnia interfejs umożliwiający użytkownikom gromadzenie, przechowywanie i odzyskiwanie odpowiednich danych w rzetelny i zorganizowany sposób. Ułatwia to poznawanie „nauki o bezpieczeństwie” i stanowi podstawę do opracowywania materiałów edukacyjno-szkoleniowych.

Ramy koncepcyjne ICPS można również wykorzystać w połączeniu z istniejącymi systemami raportowania, aby osiągnąć podobne wyniki. Elementy danych istniejącego systemu raportowania można przypisać do koncepcji zawartych w każdej z 10 klas składających się na ICPS lub wykorzystać do kodowania wtórnego.

Niezależnie od tego, czy system raportowania został nowo utworzony, czy już istnieje, dane i informacje uzyskane z systemów raportowania można gromadzić w możliwej do użycia bazie danych, analizować i wykorzystywać do identyfikacji źródeł i czynników ryzyka, ostrzegania pracowników ochrony zdrowia o problemach/potencjalnych problemach, i/lub oceny istniejącego systemu. Uzyskane dane i informacje można wykorzystać do oceny i opracowania systemów, zasad i procedur danej organizacji. Zbiorowe doświadczenia wielu organizacji mogą dostarczyć wskazówek poszczególnym organizacjom, jak postępować w obliczu potencjalnego lub rzeczywistego ryzyka lub zdarzenia zagrażającego bezpieczeństwu pacjenta. Analizując doświadczenia innych organizacji, które poradziły sobie z takimi samymi lub podobnymi sytuacjami, organizacja zajmująca się obecnie daną sytuacją może uzyskać informacje, jakie działania podjęte w celu ograniczenia ryzyka przyniosły skutek i dlaczego. Uzyskana w ten sposób wiedza może pomóc decydentom w opracowywaniu regionalnej, krajowej lub międzynarodowej polityki zdrowotnej.

Podziękowania

Grupa redakcyjna projektu opracowania Międzynarodowej Klasyfikacji
Bezpieczeństwa Pacjenta

Martin Fletcher – Krajowa Agencja Bezpieczeństwa Pacjentów (Wielka Brytania), w imieniu Światowego Sojuszu na rzecz Bezpieczeństwa Pacjenta, Światowa Organizacja Zdrowia

Gerry Castro – Komisja Wspólna (Stany Zjednoczone)

Martin Hatlie – Partnerstwo na rzecz bezpieczeństwa pacjentów (Stany Zjednoczone)

Peter Hibbert – Krajowa Agencja ds. Bezpieczeństwa Pacjentów (Wielka Brytania)

Robert Jakob – Światowa Organizacja Zdrowia

Richard Koss – Komisja Wspólna (Stany Zjednoczone)

Pierre Lewalle – Światowa Organizacja Zdrowia

Jerod Loeb – Komisja Wspólna (Stany Zjednoczone)

Thomas V. Perneger – Szpitale Uniwersyteckie w Genewie (Szwajcaria)

William Runciman – Uniwersytet w Adelajdzie oraz Instytut Joanny Briggs i Szpital Królewski w Adelajdzie (Australia)

Heather Sherman – Komisja Wspólna (Stany Zjednoczone)

Richard Thomson – Szkoła Medyczna Uniwersytetu w Newcastle (Wielka Brytania)

Tjerk van der Schaaf – Politechnika w Eindhoven (Holandia) i Uniwersytet w Hasselt (Belgia)

Martti Virtanen – STAKES (Nordyckie Centrum Klasyfikacji w Ochronie Zdrowia)

Dwuetapowe internetowe badanie Delphi

sierpień–listopad 2006 roku

Dwustu pięćdziesięciu trzech ekspertów technicznych w dziedzinie bezpieczeństwa pacjenta, polityki zdrowotnej, systemów raportowania, bezpieczeństwa i kontroli jakości, teorii i rozwoju klasyfikacji, informatyki zdrowotnej, rzecznictwa konsumentów, prawa i medycyny, którzy odpowiedzieli na pytania z Ankiety 1 i 75 z 253, którzy odpowiedzieli na pytania z Ankiety 2.

Eksperci techniczni z regionów Azji Południowo-Wschodniej i Zachodniego Pacyfiku WHO

26 listopada 2007 roku

Somsak Chunharas – Tajska Narodowa Fundacja Zdrowia (Tajlandia)

Naruo Uehara – Szkoła Medyczna Uniwersytetu Tohoku (Japonia)

Shunzo Koizumi – Szkoła Medyczna Saga (Japonia)

Mia Kobayashi – Międzynarodowy Uniwersytet Zdrowia i Opieki Społecznej (Japonia)

Kenichiro Taneda – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (Japonia)

Hiroshi Takeda – Japońskie Stowarzyszenie Bezpieczeństwa Medycznego w Krajowych Szpitalach Uniwersyteckich (Japonia)

Tomonori Hasegawa – Szkoła Medyczna Uniwersytetu Tohoku (Japonia)

Sergio Gutierrez – Szkoła Medyczna Uniwersytetu Tohoku (Japonia)

Kathleen Fritsch – Regionalny Punkt Kontaktowy Światowej Organizacji Zdrowia

Dean Shuey – Regionalny Punkt Kontaktowy Światowej Organizacji Zdrowia

Eksperti techniczni grupy Challenge

11-12 kwietnia 2008 roku

Ahmed Al-Mandhari – Zastępca Dyrektora Generalnego ds. Klinicznych, Szpital Uniwersytecki Sultan Qaboos (Oman)

Mahi Al-Tehewy – profesor zdrowia publicznego, Uniwersytet Ain Shams (Egipt)

Rene Amalberti – Haute Autorité de Santé (Francja)

Brian Capstick – emerytowany starszy partner, Capsticks Solicitors (Wielka Brytania)

Mark Chassin – Przewodniczący, Komisja Wspólna (Stany Zjednoczone)

Peter Goldschmidt – Grupa Rozwoju Świata (Stany Zjednoczone)

Harold Kaplan – profesor patologii klinicznej i dyrektor medycyny transfuzyjnej na Uniwersytecie Columbia (Stany Zjednoczone)

Tebogo Kgosietsile Letlape – bezpośredni były prezes Światowego Stowarzyszenia Medycznego (RPA)

James Reason – emerytowany profesor, Uniwersytet w Manchesterze (Wielka Brytania)

Pedro Saturno – UD Medicina Preventiva y Salud Publica, Universidad de Murcia (Hiszpania)

Kenichiro Taneda – kierownik, Katedra Nauk o Polityce Zdrowotnej, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (Japonia)

Mikel Torrontegui – Instytut Avedis Donabedian (Hiszpania)



Frankofońscy eksperci techniczni

13 października 2008 roku

Rene Amalberti – Haute Autorité de Santé

Jean Bacou – Haute Autorité de Santé

Patrice Blondel – Francuskie Stowarzyszenie Menedżerów Ryzyka Zdrowotnego

Charles Bruneau – Haute Autorité de Santé

Jean Carlet – Haute Autorité de Santé

Philippe Chevalier – Haute Autorité de Santé

Francois Clergue – Szpital Uniwersytecki w Genewie

Marie Françoise Dumay – Francuskie Towarzystwo Zarządzania Ryzykiem w Zakładach Opieki Zdrowotnej

Jacques Fabry – Szpital Henry Gabrielle – HCL

Michael Hunt – Kanadyjski Instytut Informacji Zdrowotnej

Philippe Michel – Komitet Koordynacyjny ds. Oceny Klinicznej i Jakości w Akwitanii

Anne-Sophie Nyssen – Uniwersytet w Liege

Tiui Ojasoo – Haute Autorité de Santé

Michele Perrin – DHOS

Michel Sfez – francuska firma zajmująca się zarządzaniem ryzykiem w placówkach ochrony zdrowia

Micheline Ste-Marie – Szpital Dziecięcy w Montrealu

Eksperci techniczni z Hiszpanii i Ameryki Łacińskiej

15 października 2008 roku

Yolanda Agra Varela – Agencja Jakości SNS, Ministerstwo Zdrowia i Spraw Konsumentkich

Carlos Aibar Remón – Uniwersytet w Saragossie

Joaquín Álvarez Rodríguez – Szpital Fuenlabrada, Madryt

Joaquim Bañeres Amella – Instytut Uniwersytecki Avedis Donabedian

Antonio Bartolomé Rubial – Szpital Alcorcón

David Cantero González – Poddyrekcja ds. Jakości, Organizacja Centralna w Osakidetza

Carlos Campillo Artero – Zastępca Dyrektora ds. Oceny Opieki, Sevei de Salut de les Illes Balears

Ana Clavería Fontán – Kierownik Działu Usług Jakości i Programów Pomocy. Sergasa

Oscar Corcho – Politechnika w Madrycie. Kampus Montegancedo. Boadilla de Monte

María del Mar Fernández Maíllo – Agencja Jakości SNS, Ministerstwo Zdrowia i Spraw Konsumentkich

Francisco Javier Gost Garde – Kierownik Służby Medycyny Prewencyjnej, Hospital de Navarra

Juan Ángel Jover Jover – Szpital Uniwersytecki San Carlos, Madryt

Edith Leutscher – Generalna Dyrekcja Jakości i Opieki nad Pacjentem. Walencja

Mariano Madurga – Hiszpańska Agencja Leków i Produktów Zdrowotnych

Rafael Manuel Ortí Lucas – Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Walencji

María José Otero – ISMP Salamanca i Szpital Uniwersytecki w Salamance

María José Pérez Boillos – technik ds. jakości usług. Junta Castilla i León

Cecilia Plested Alvarez – Szkoła Językowa Uniwersytetu Antioquia Medellin, Kolumbia

Neus Rams Pla – Służba Planowania Farmaceutycznego, Generalitat de Catalunya

Francisco Raúl Restrepo – Ministerstwo Ochrony Socjalnej, Kolumbia

Arturo Romero Gutiérrez – Informacje kliniczne i dokumentacja

Vicente Santana López – Andaluzijska Agencja ds. Jakości Zdrowia

Pedro Jesús Saturno Hernández – Uniwersytet w Murcji

Mikel Torrontegui – Ministerstwo Zdrowia i Spraw Konsumentkich

Trinidad Valle Madrazo – Poddyrekcja ds. Rozwoju i Jakości Opieki Kantabryjskiej Służby Zdrowia

Paula Vallejo Gutiérrez – Instytut Uniwersytecki Avedis Donabedian

Julio César Vergel Garnica – Ministerstwo Ochrony Socjalnej Kolumbii

Fernando Vázquez Valdés – Koordynator ds. jakości. Szpital Monte Naranco. Oviedo

Dr Fresia Cárdenas Garcia – Ministerstwo Zdrowia, Peru

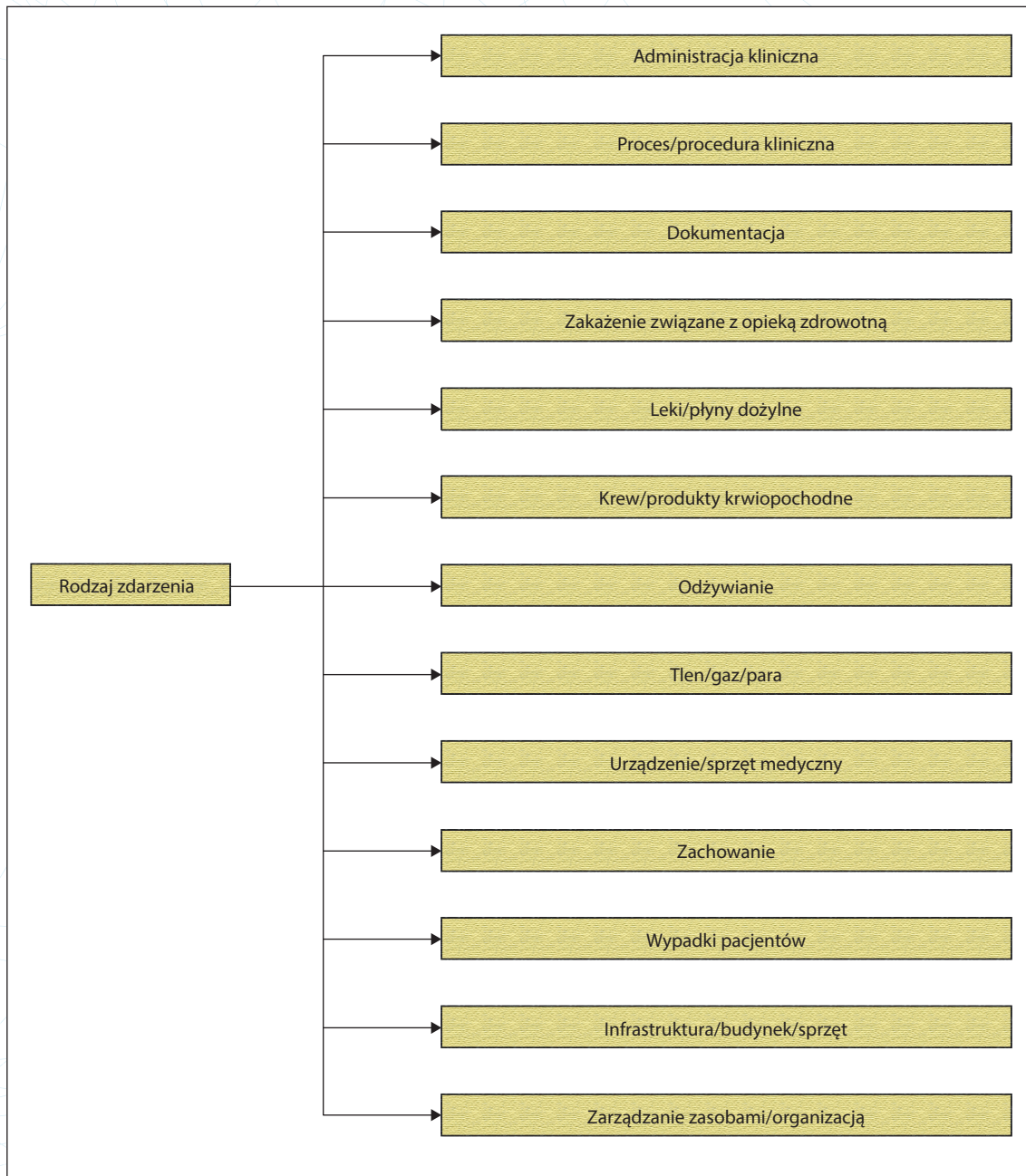
Więcej niż słowa

Ramy koncepcyjne
Międzynarodowej Klasyfikacji
Bezpieczeństwa Pacjenta

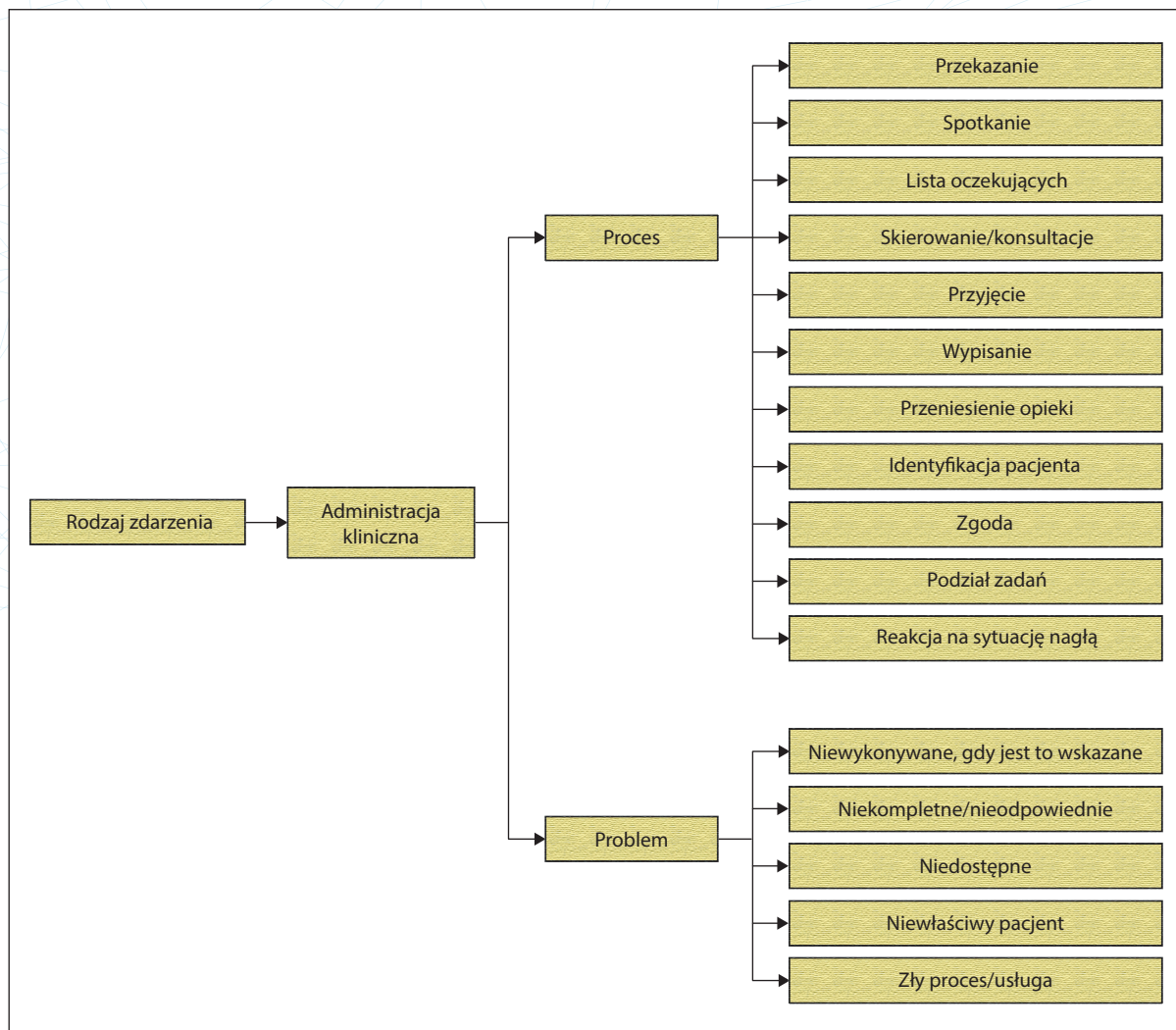
Załącznik techniczny 1

Koncepcja Międzynarodowej Klasyfikacji
Bezpieczeństwa Pacjenta z podziałem na klasy

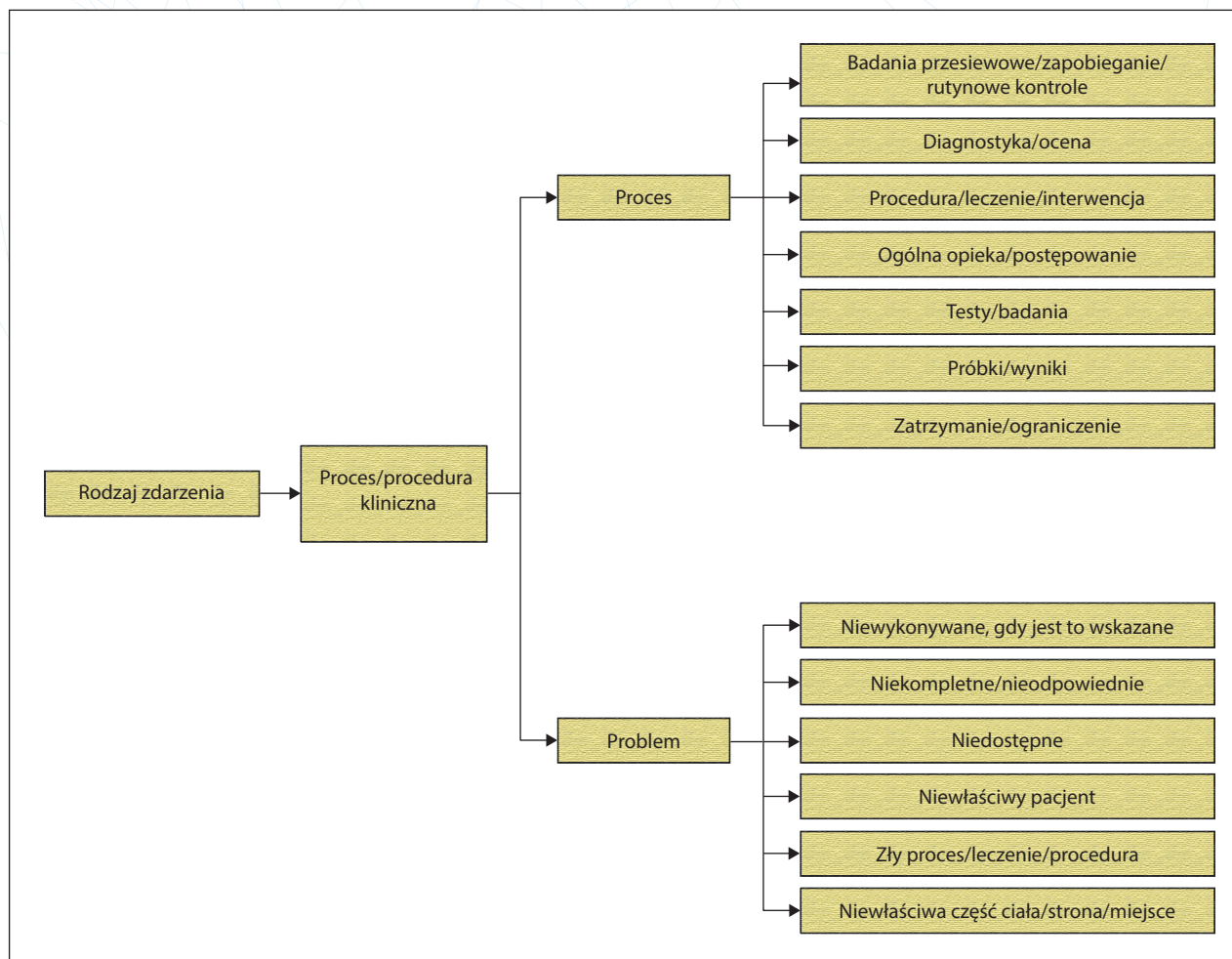
Rodzaj zdarzenia



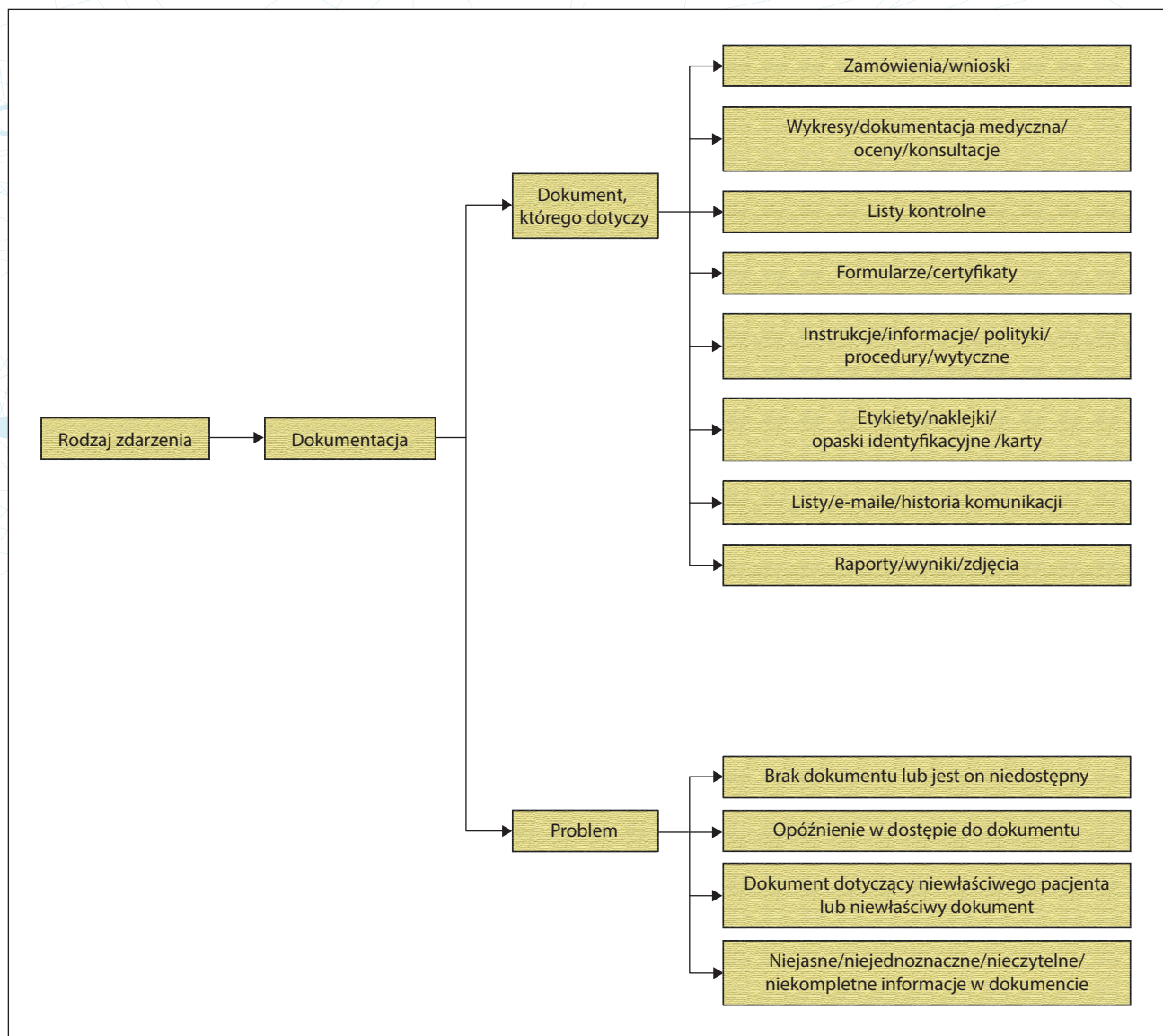
Rodzaj zdarzenia – Administracja kliniczna



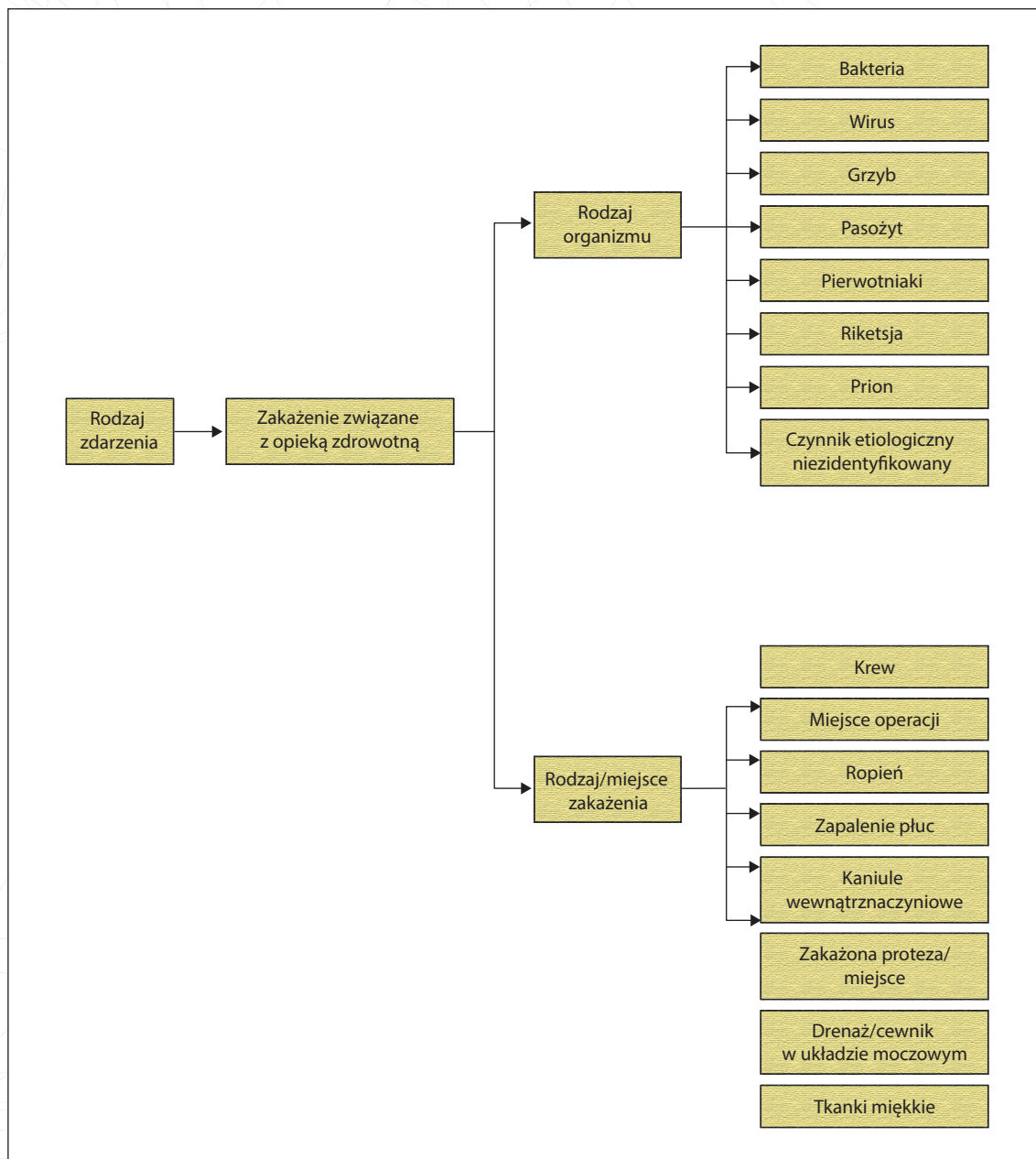
Rodzaj zdarzenia – Proces/procedura kliniczna



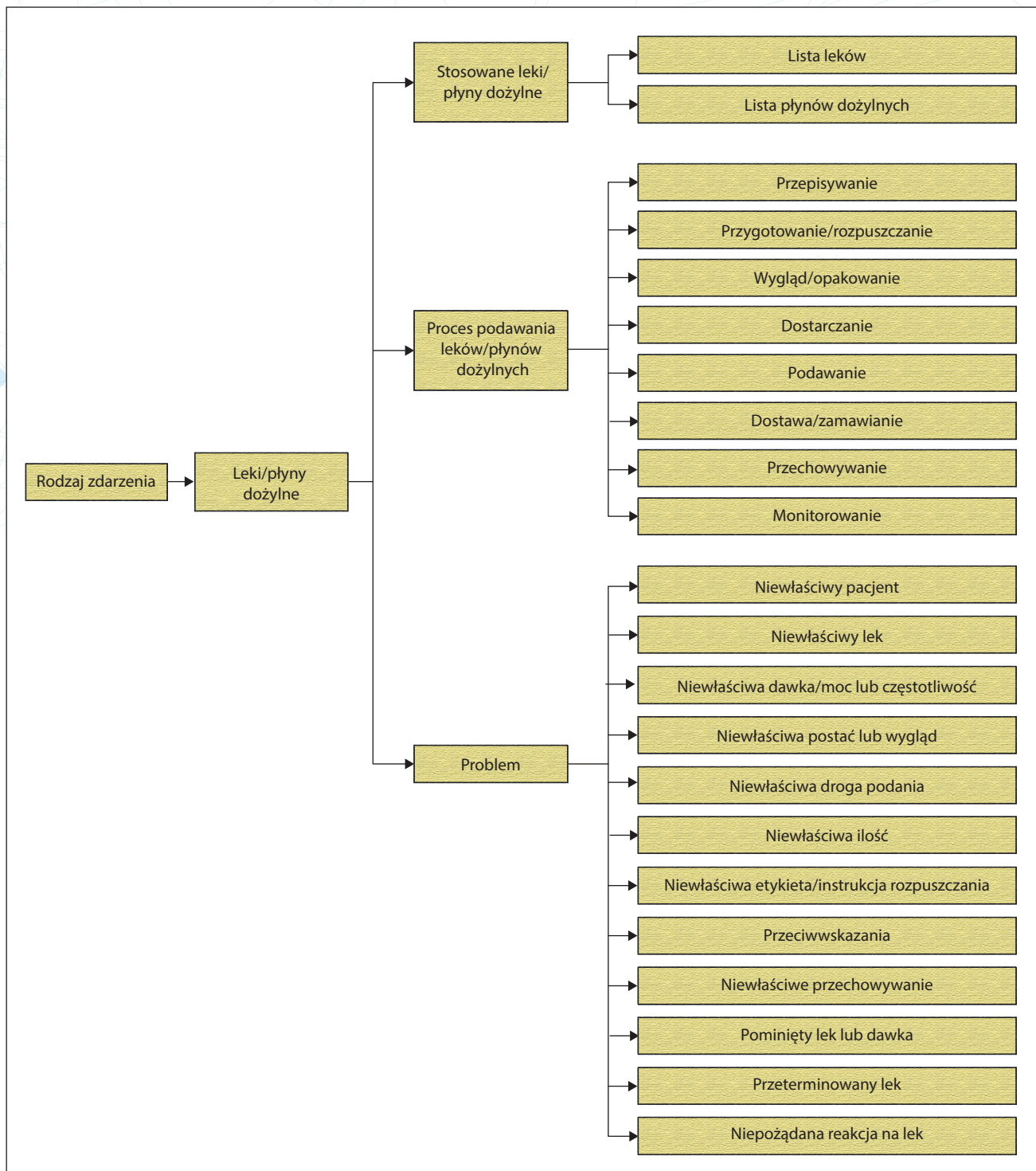
Rodzaj zdarzenia – Dokumentacja



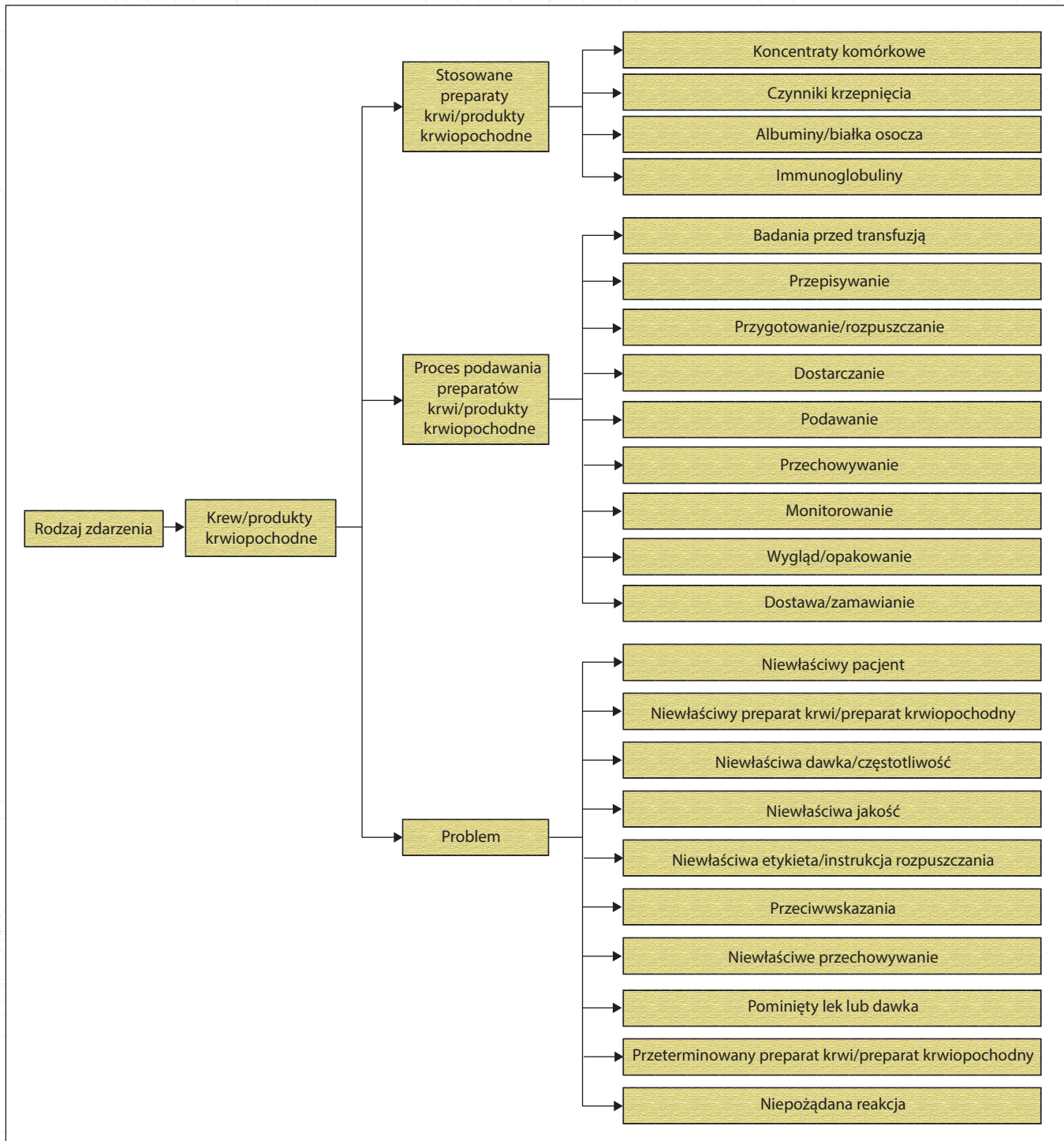
Rodzaj zdarzenia – Zakażenie związane z opieką zdrowotną



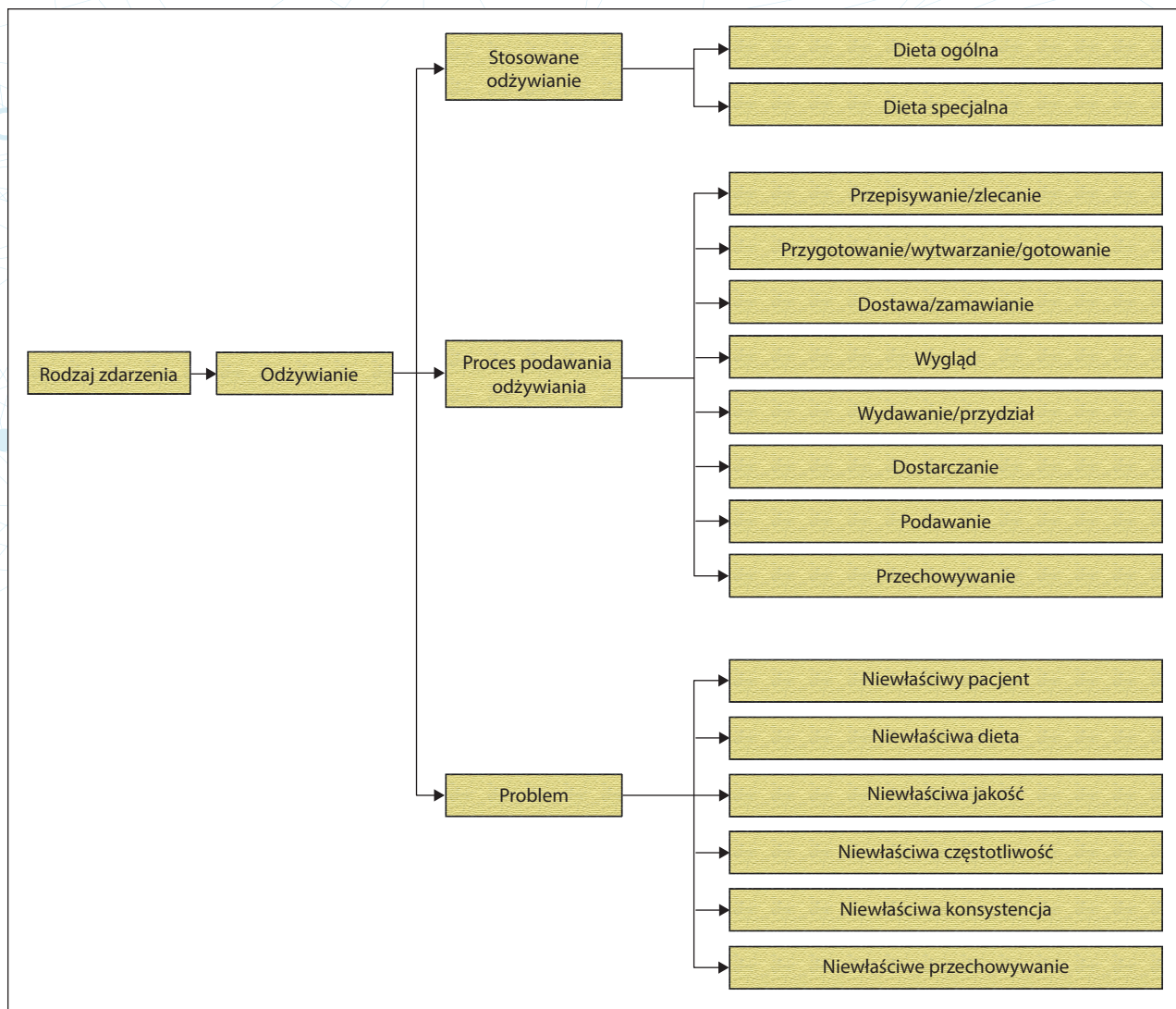
Rodzaj zdarzenia – Leki/płyny dożylnie



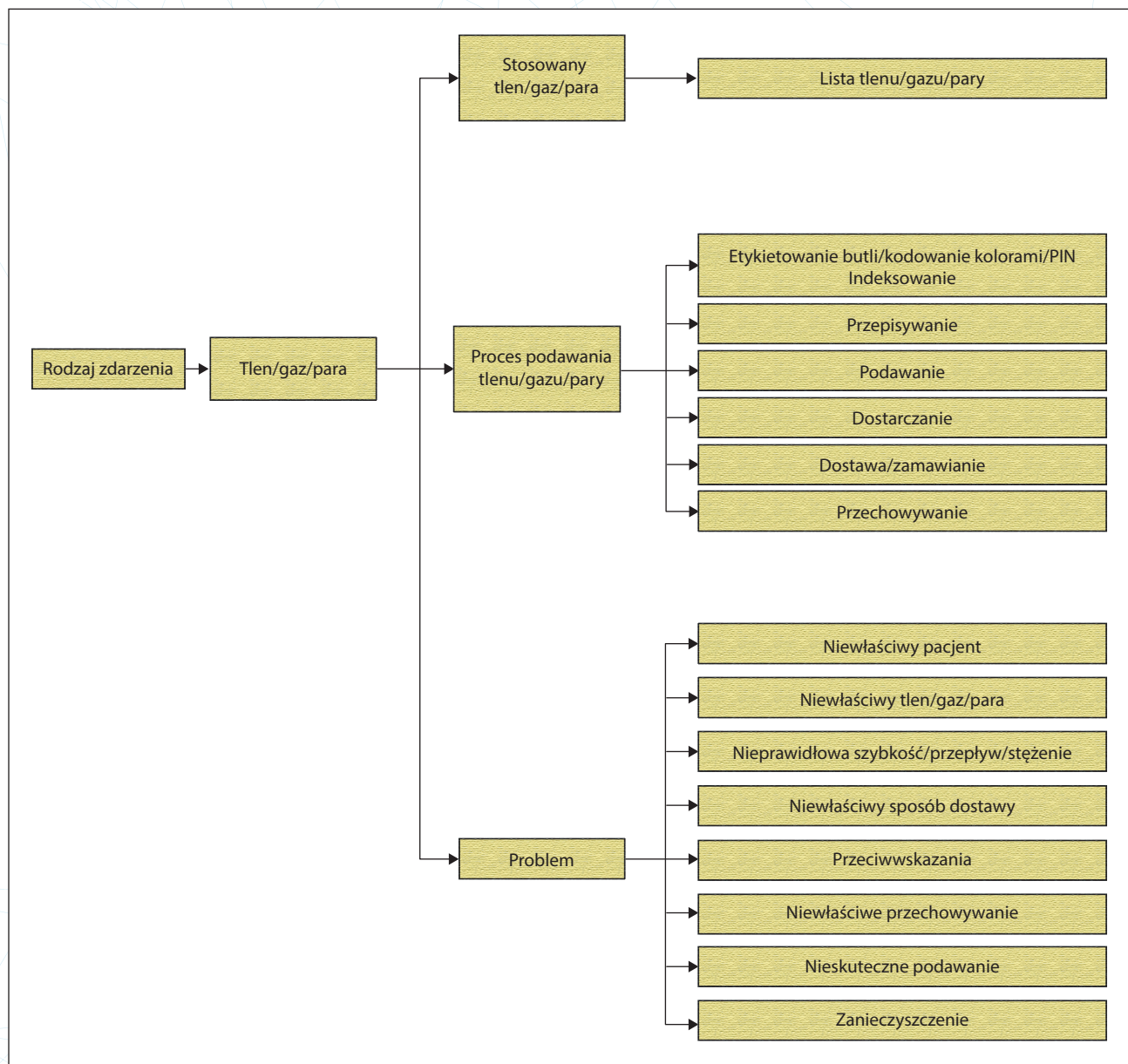
Rodzaj zdarzenia – Krew/produkty krwiopochodne



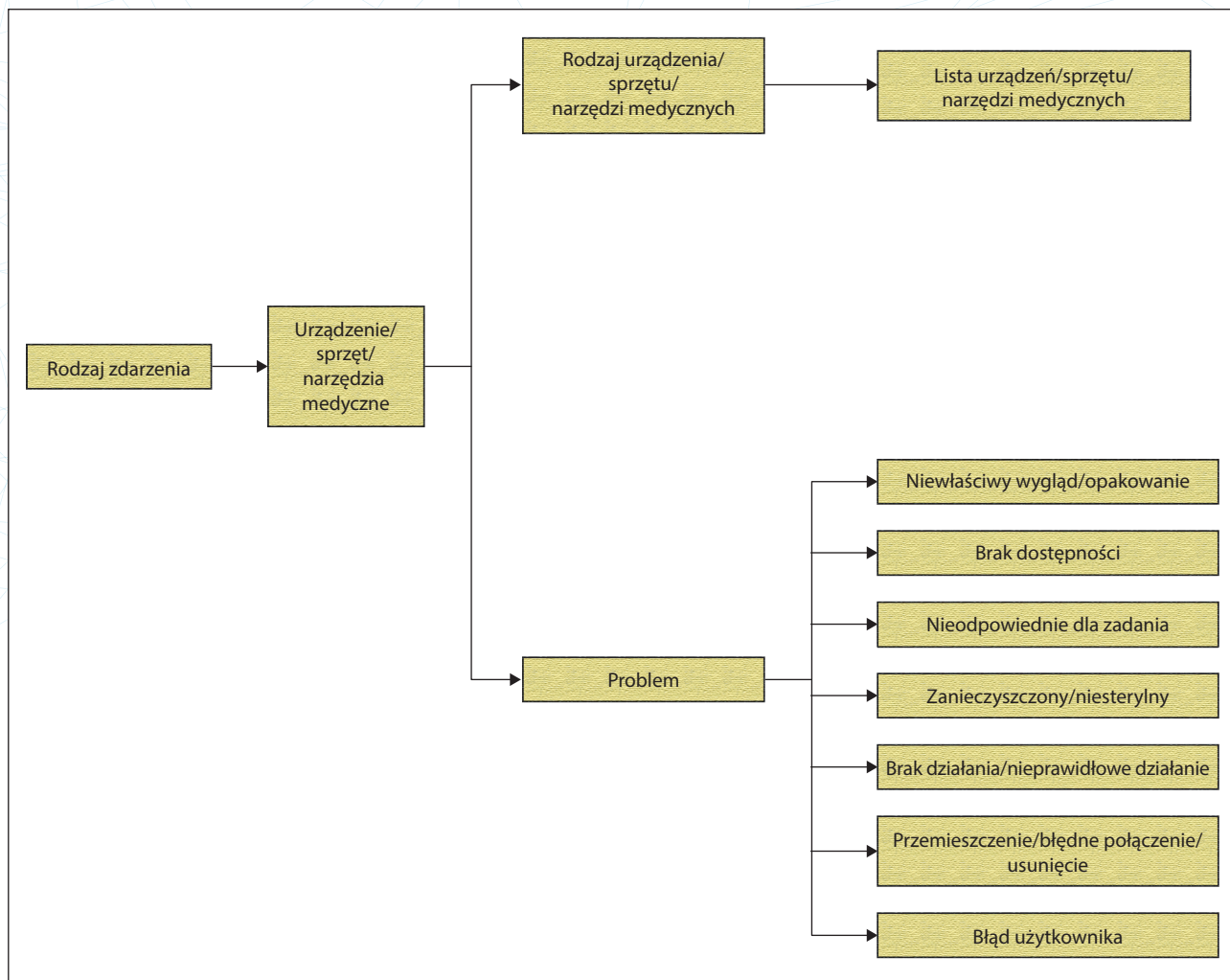
Rodzaj zdarzenia – Odżywianie



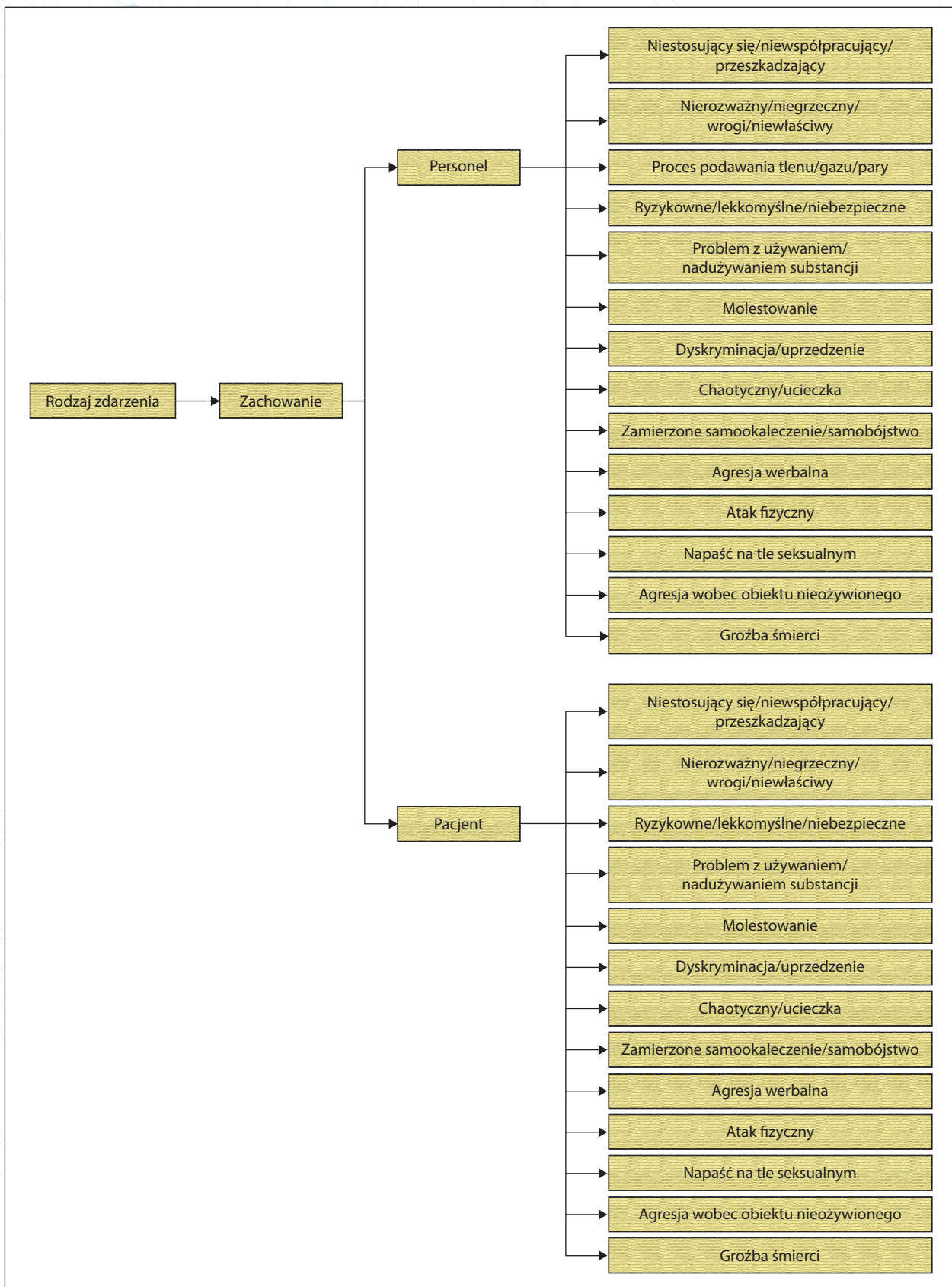
Rodzaj zdarzenia – Tlen/gaz/para



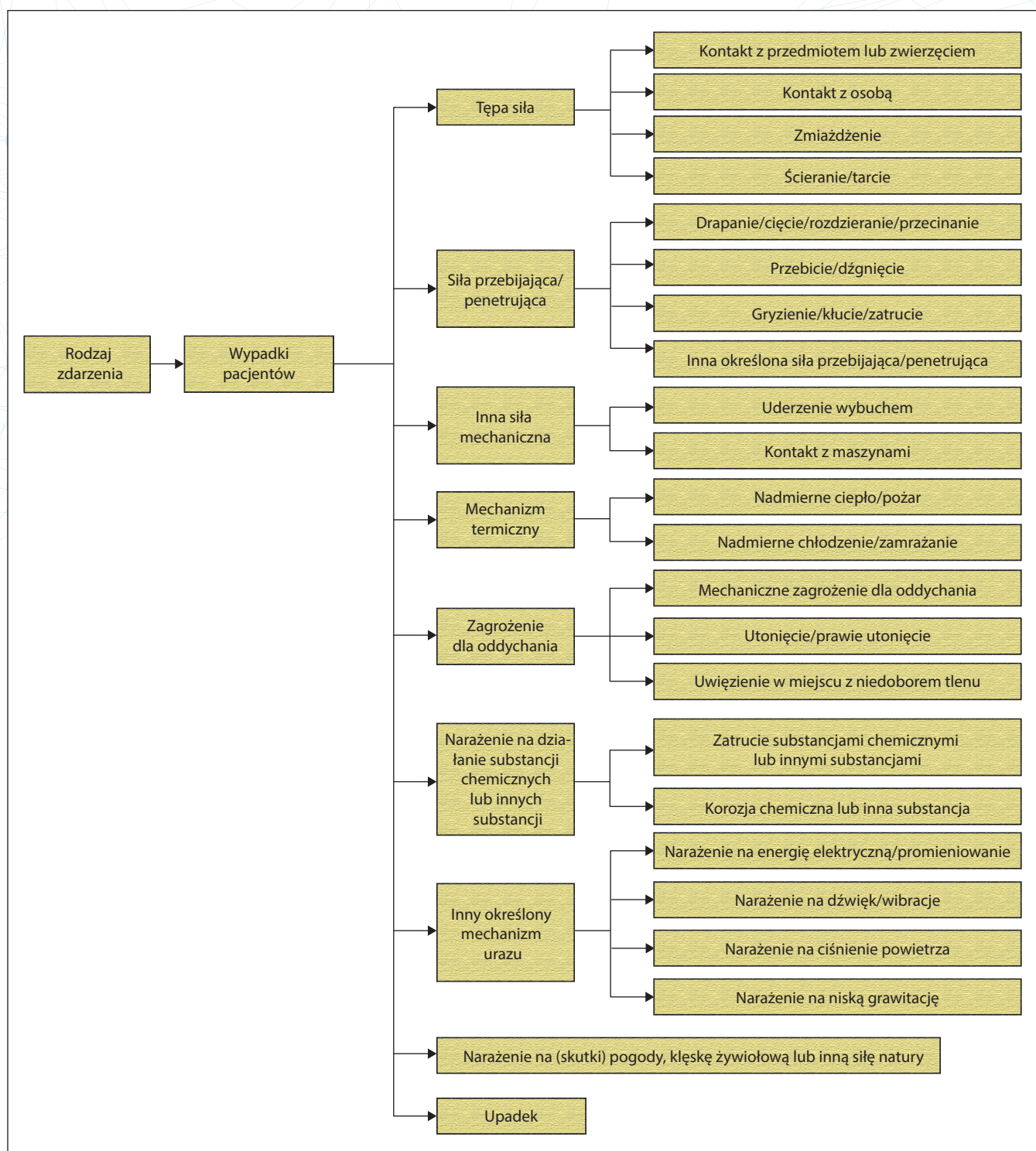
Rodzaj zdarzenia – Urządzenie/sprzęt/narzędzia medyczne



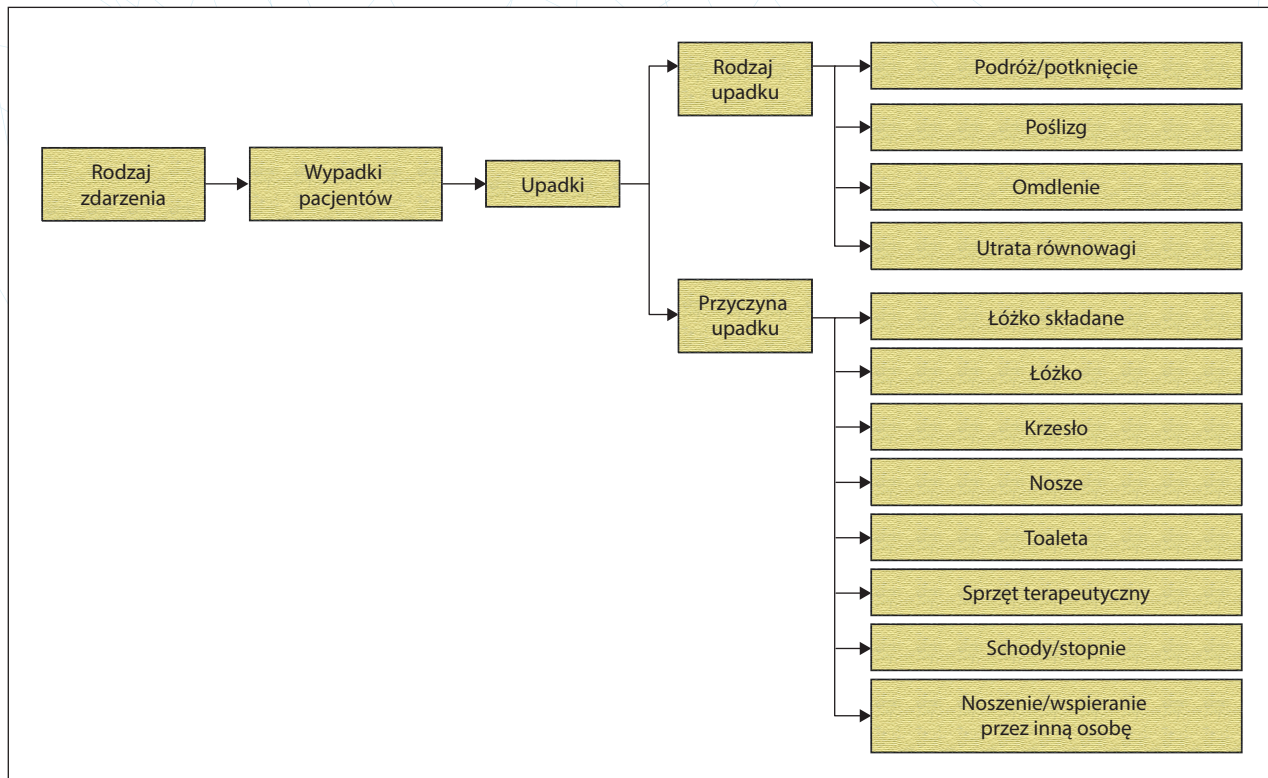
Rodzaj zdarzenia – Zachowanie



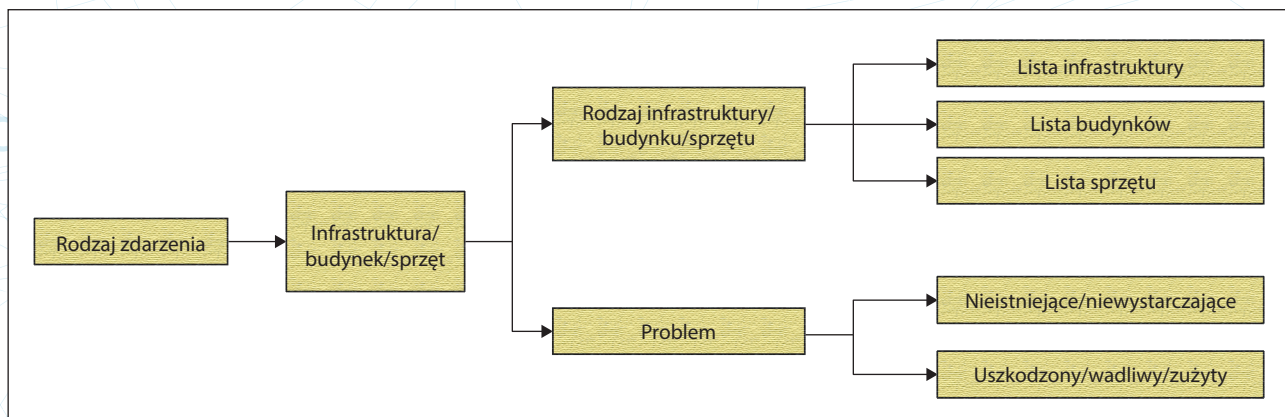
Rodzaj zdarzenia – Wypadki pacjentów



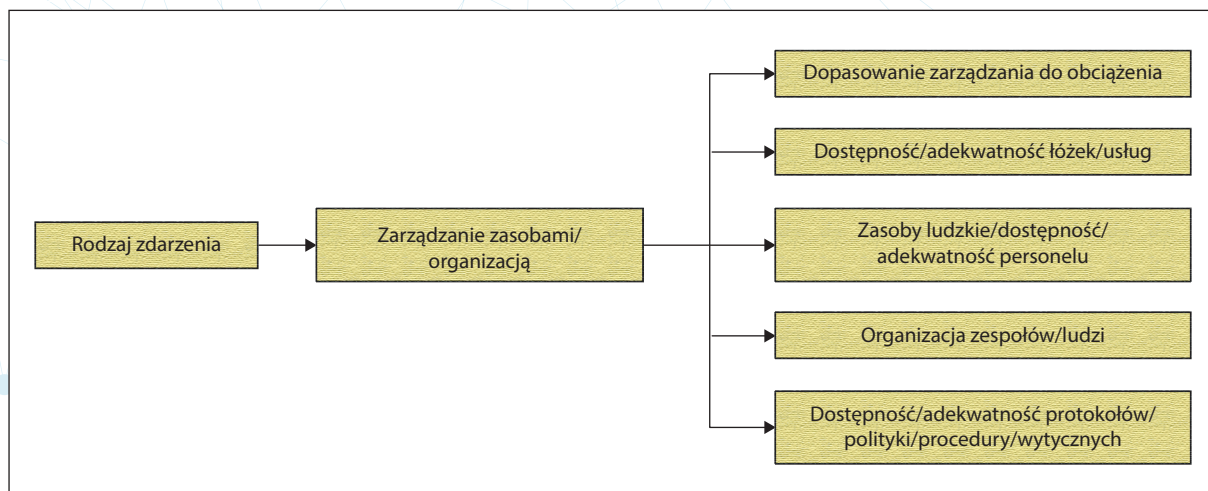
Rodzaj zdarzenia – Wypadki pacjentów – Upadki



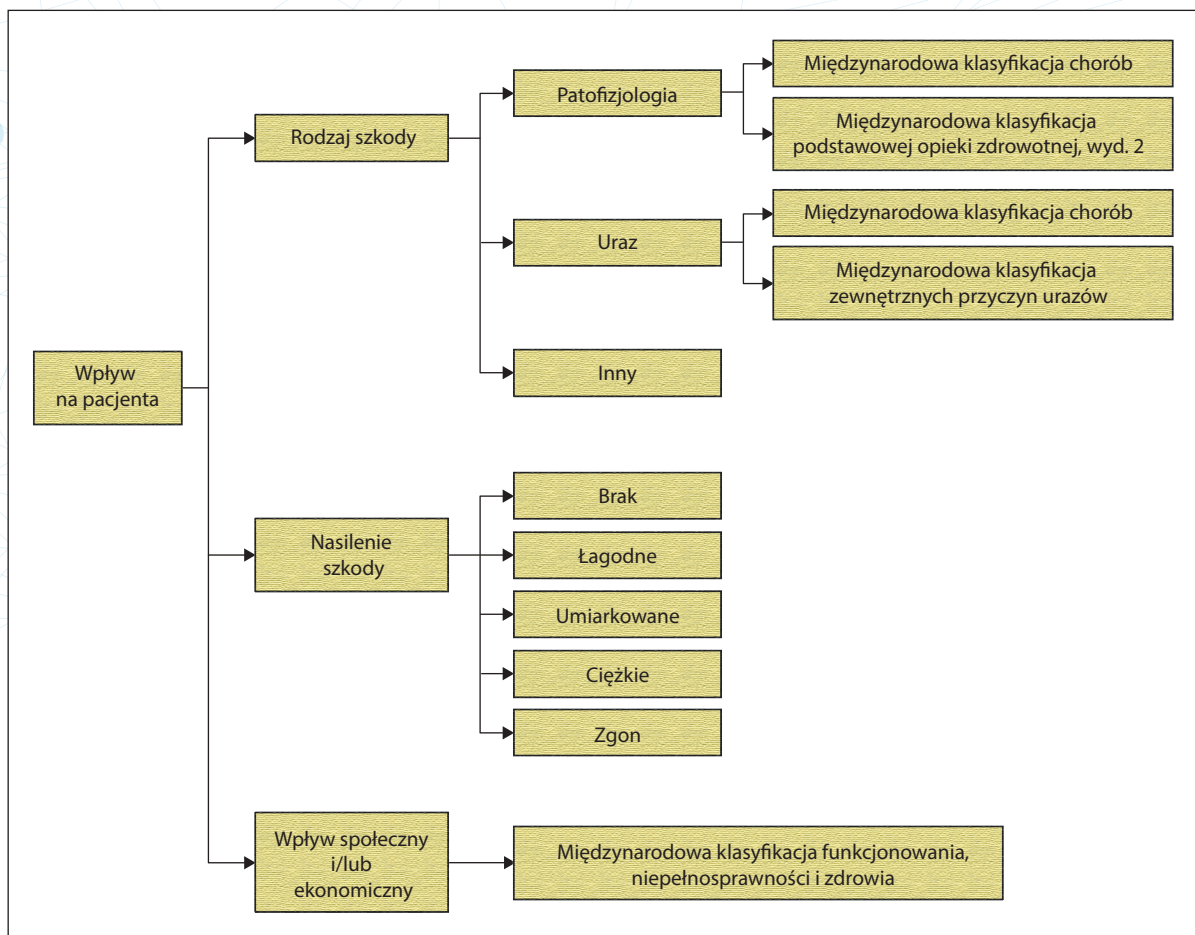
Rodzaj zdarzenia – Infrastruktura/Budynek/Sprzęt



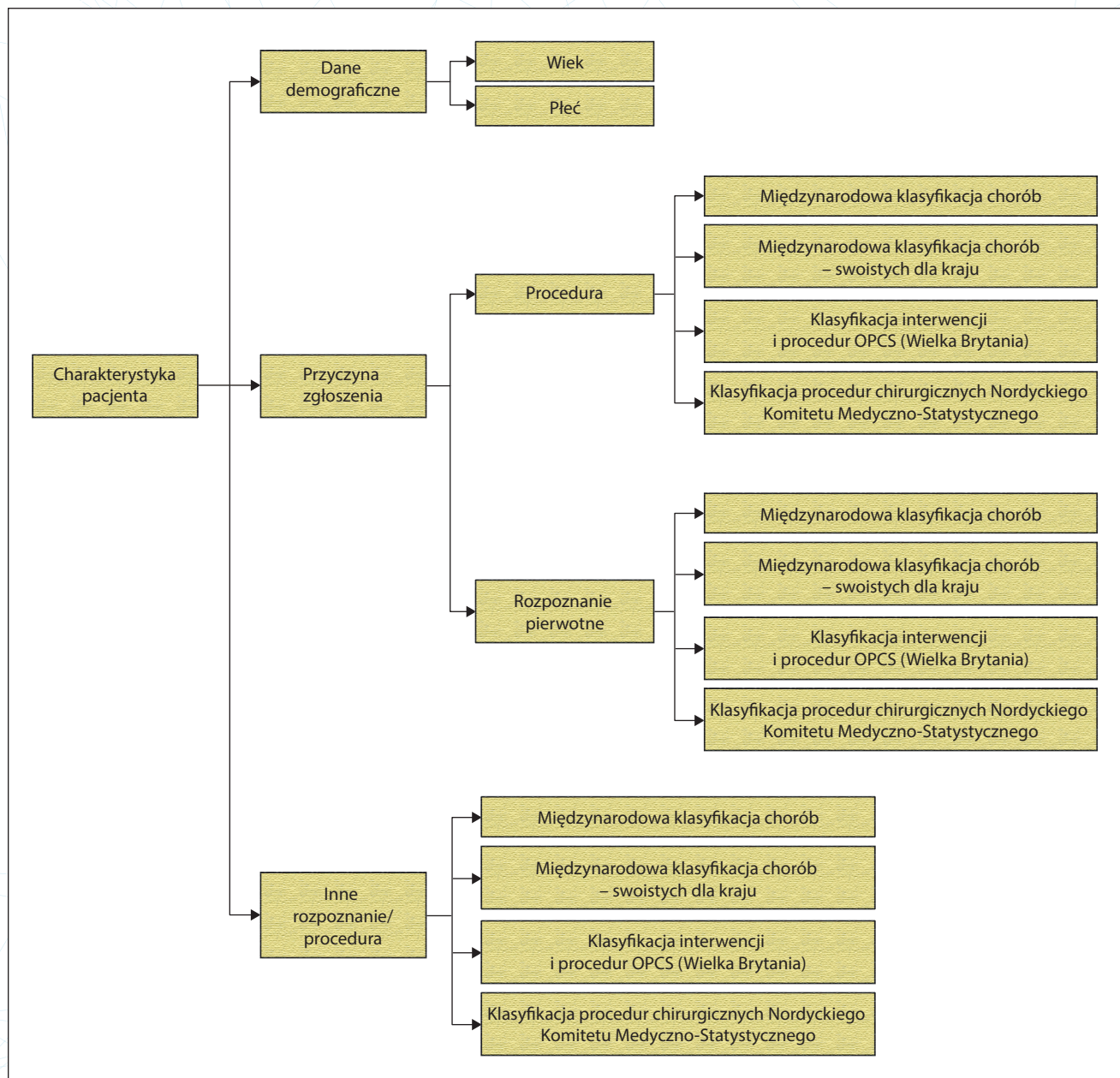
Rodzaj zdarzenia – Zarządzanie zasobami/organizacją



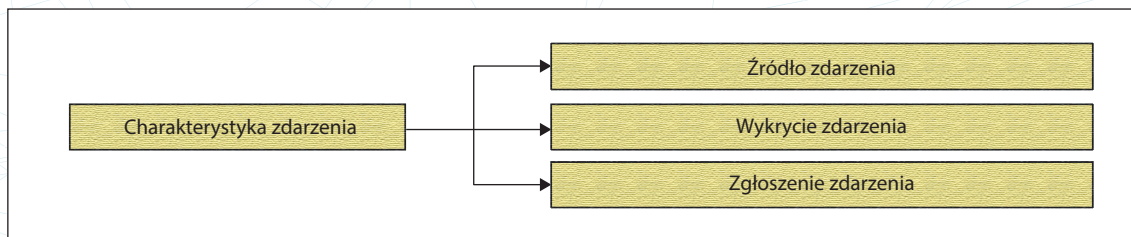
Wpływ na pacjenta



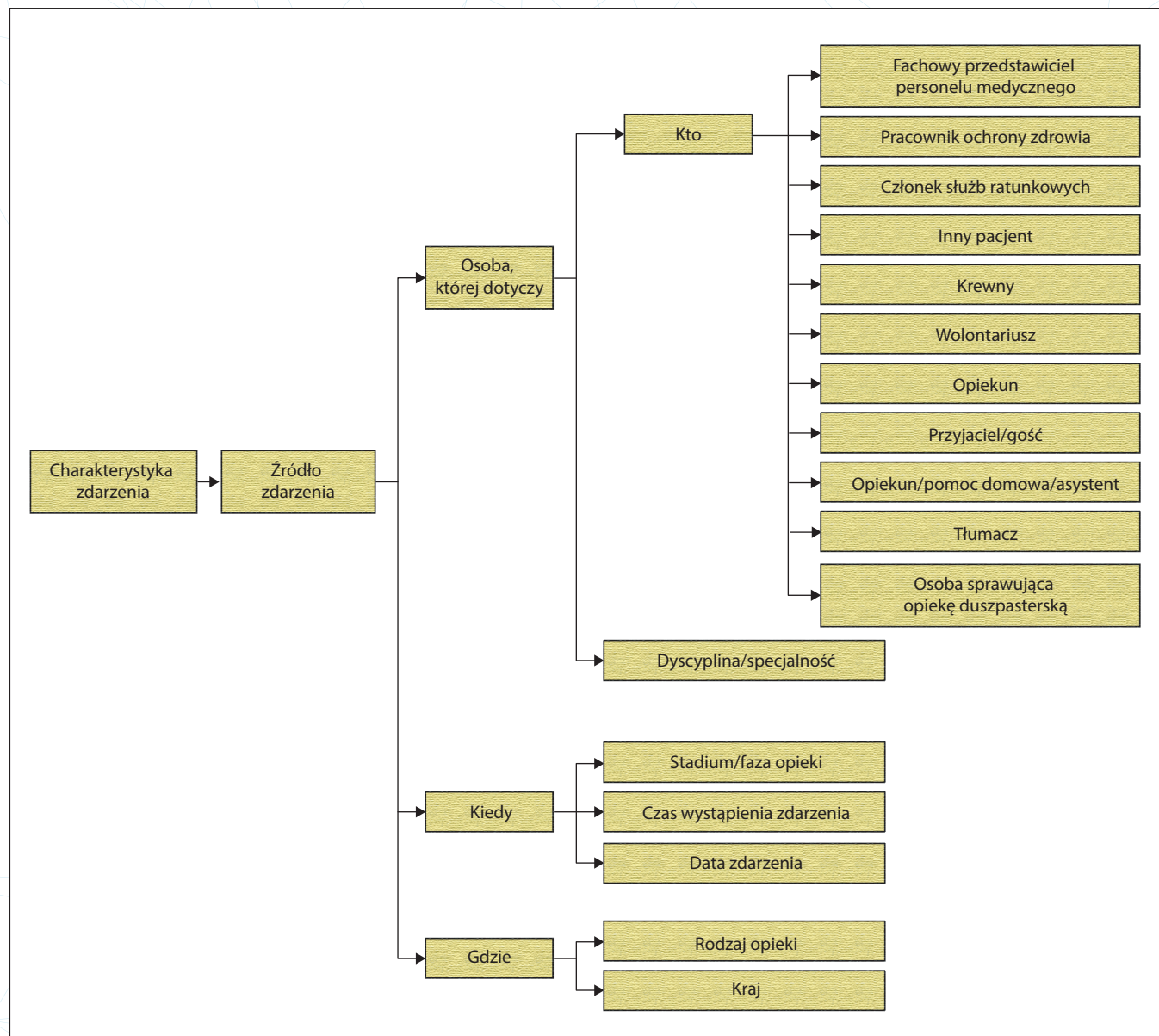
Charakterystyka pacjenta



Charakterystyka zdarzenia

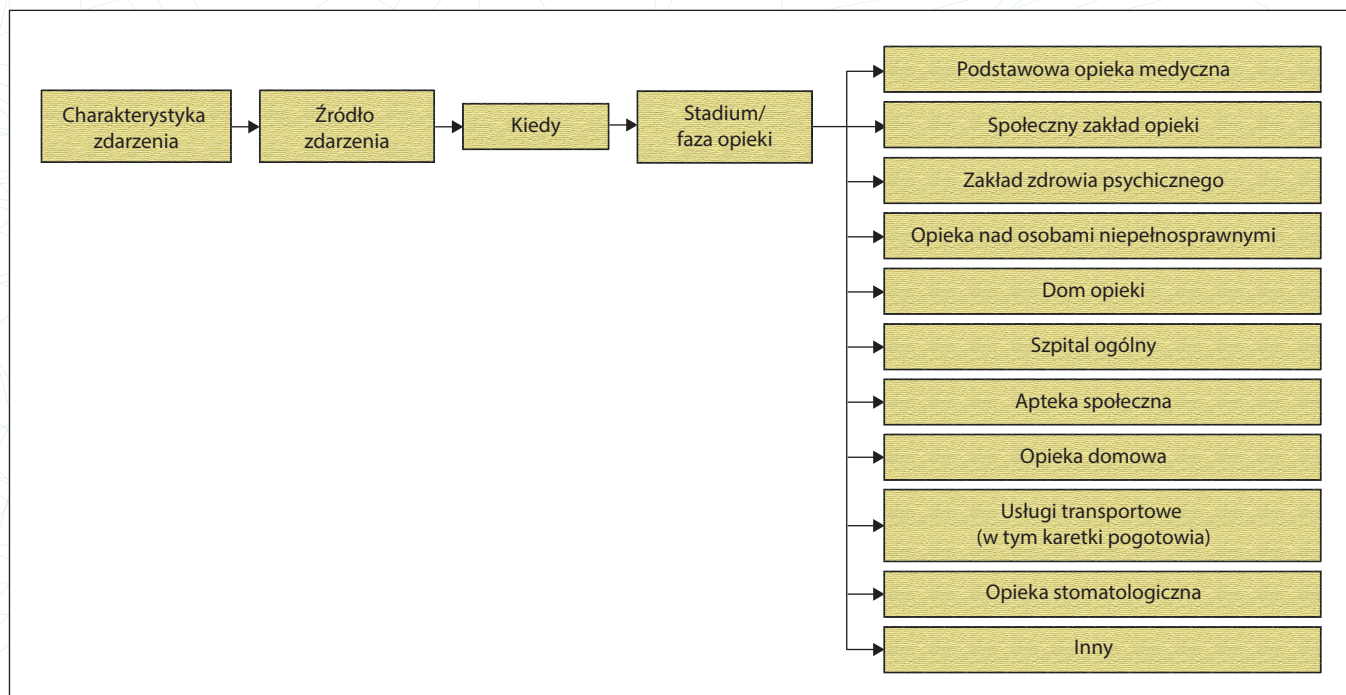


Charakterystyka zdarzenia – Źródło zdarzenia



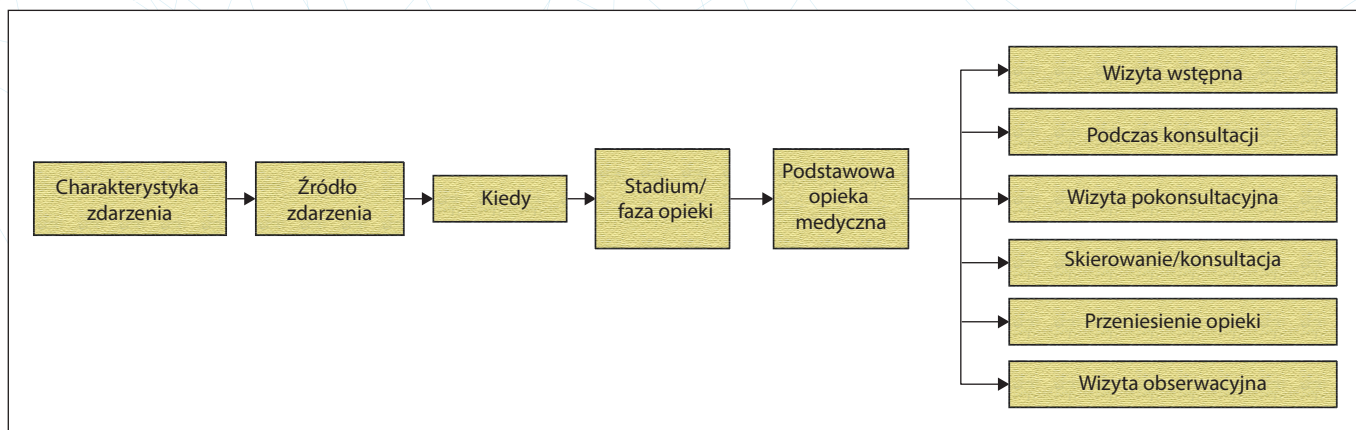
Charakterystyka zdarzenia

Źródło zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



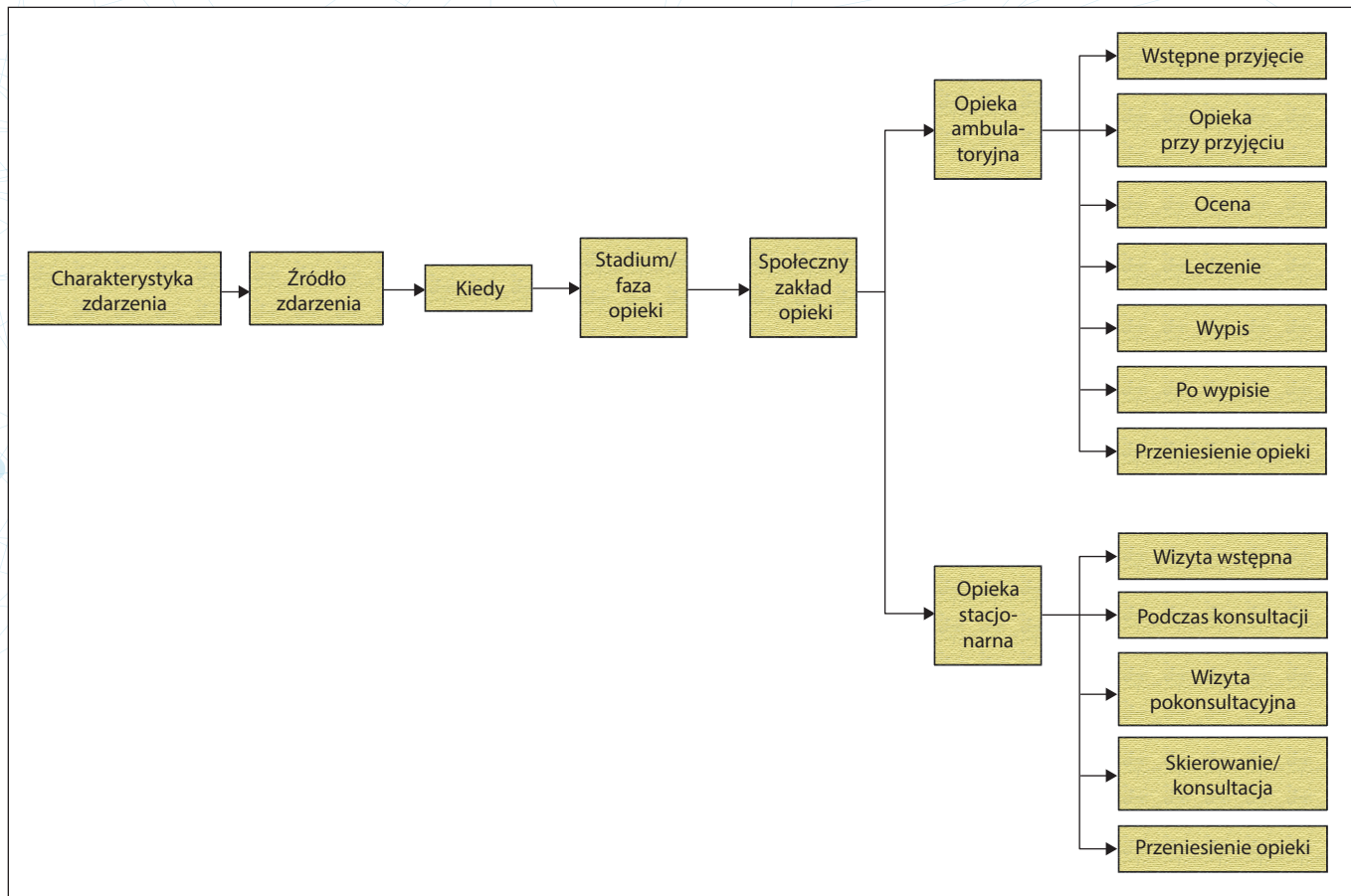
Charakterystyka zdarzenia

Źródło zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



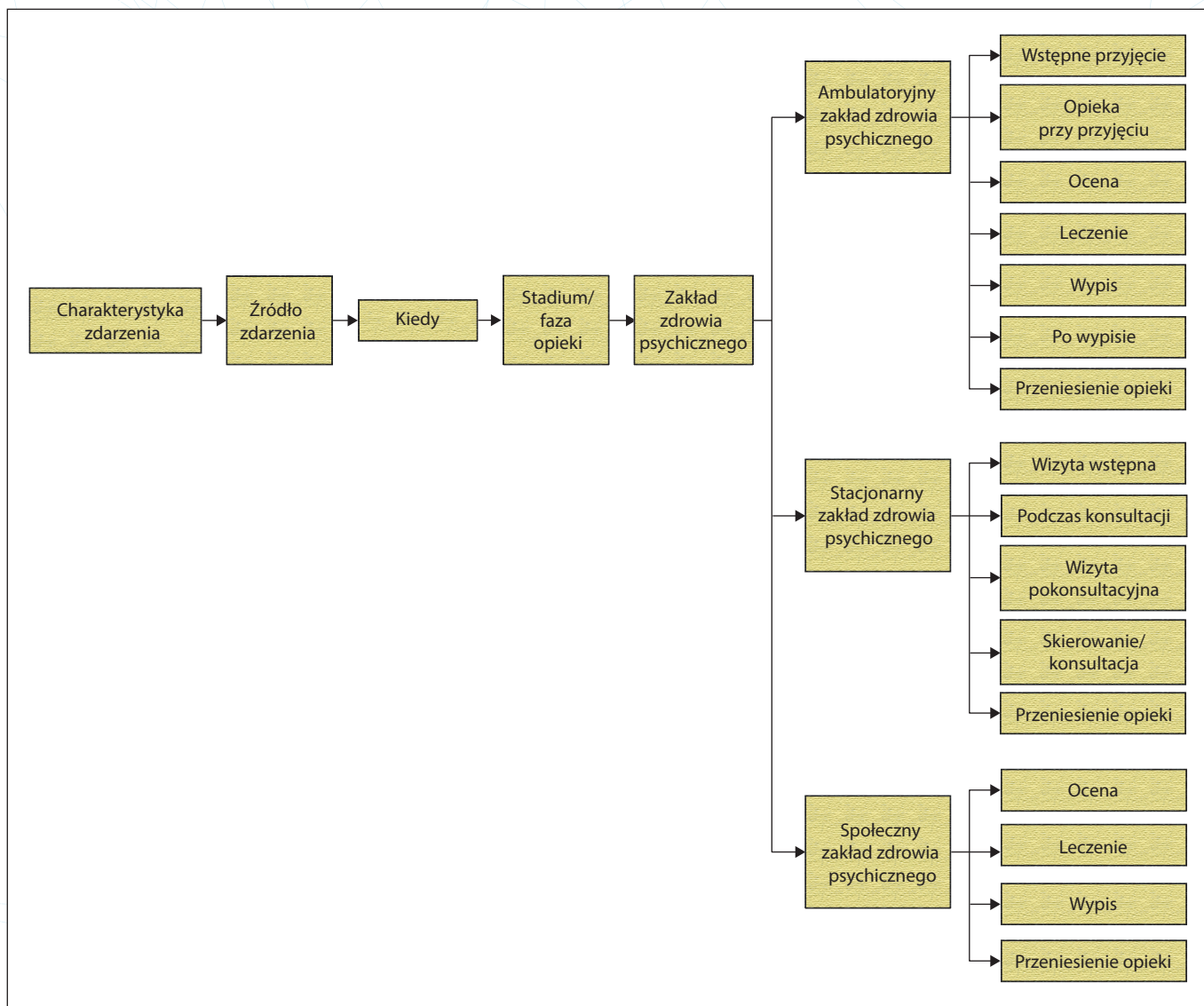
Charakterystyka zdarzenia

Źródło zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



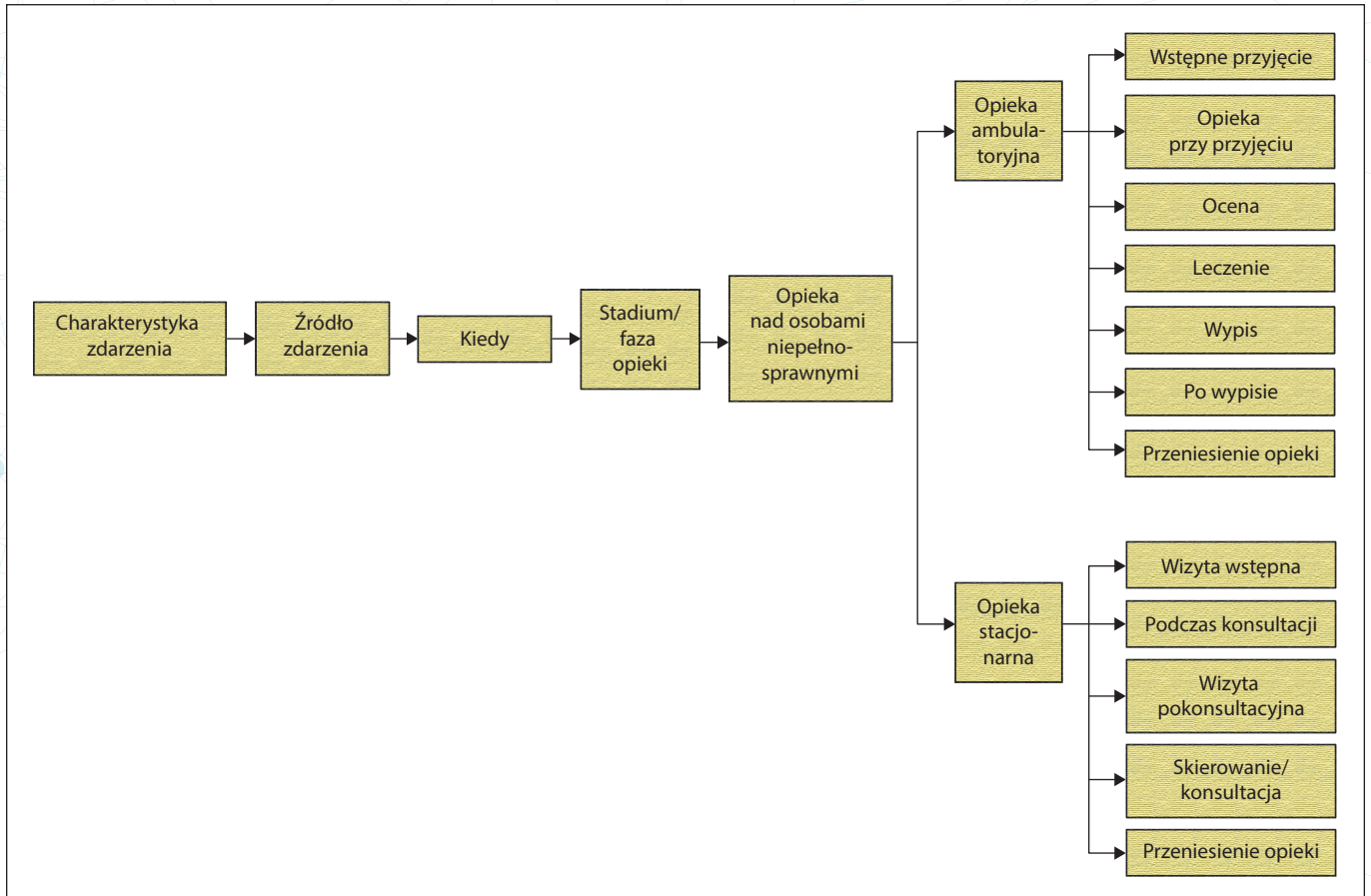
Charakterystyka zdarzenia

Źródło zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



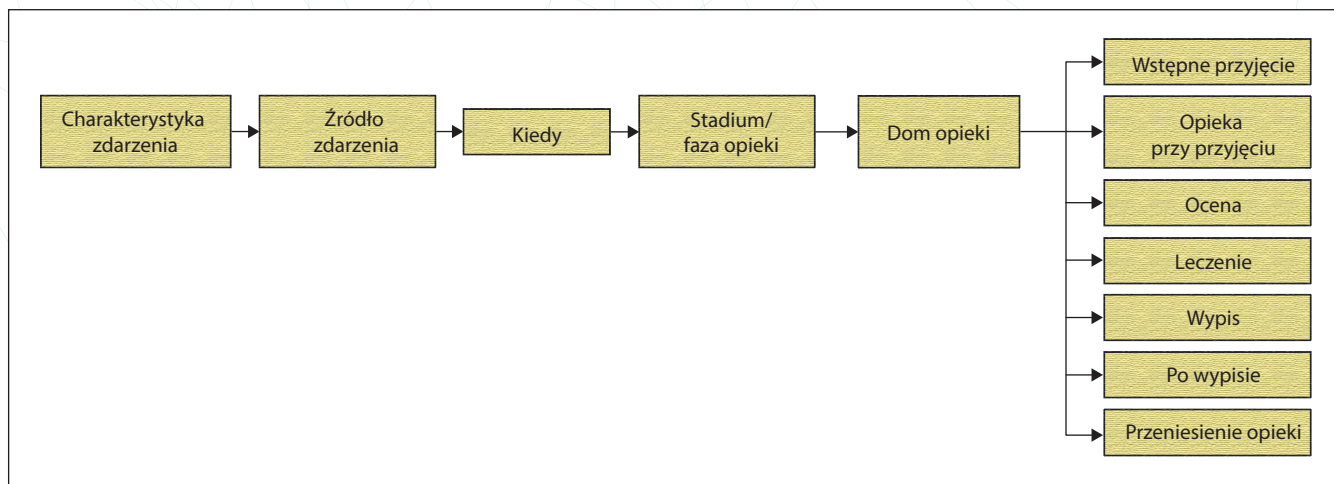
Charakterystyka zdarzenia

Źródło zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



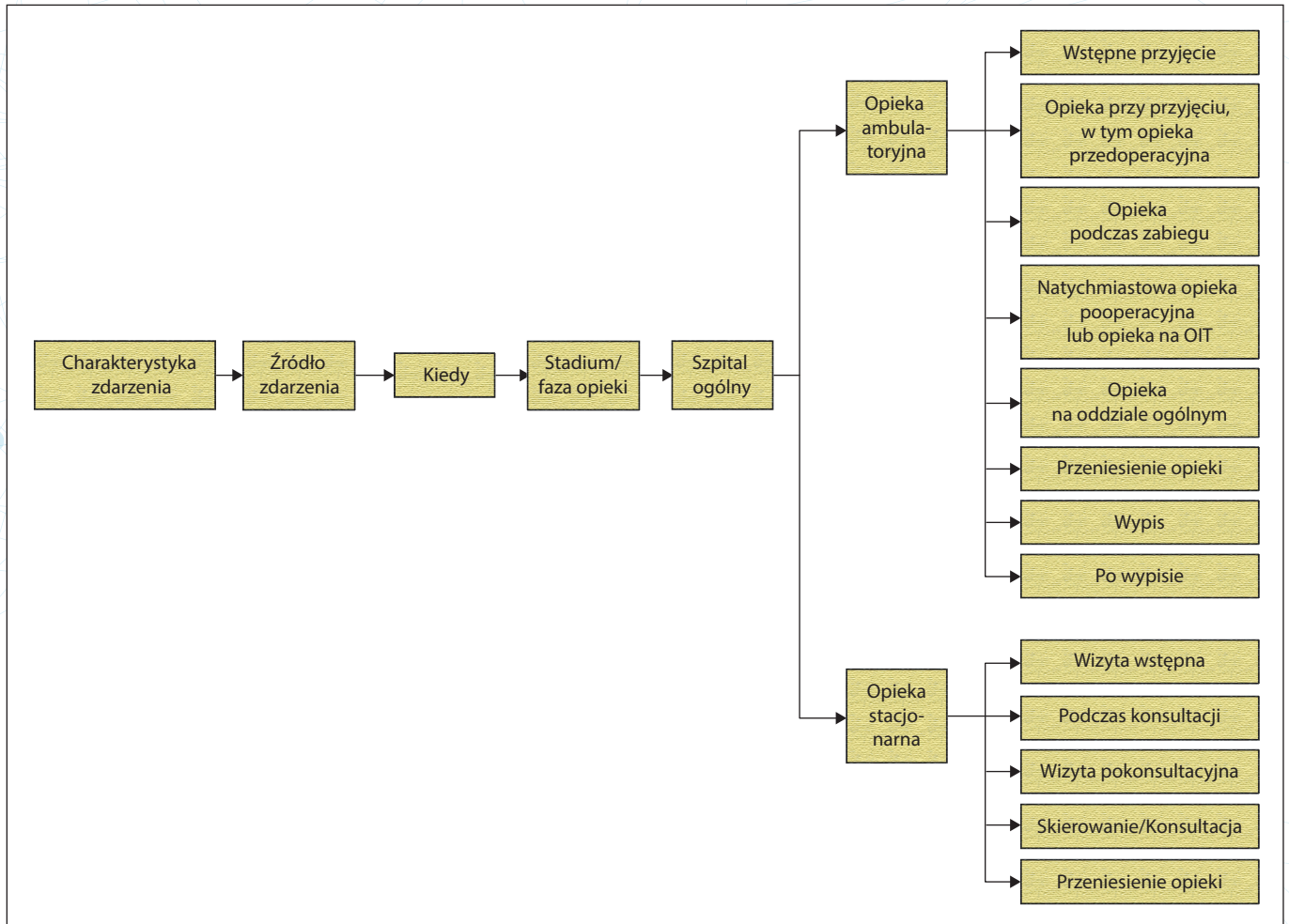
Charakterystyka zdarzenia

Źródło zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



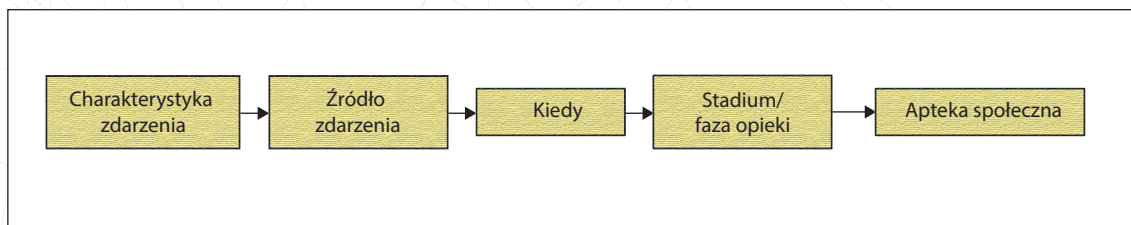
Charakterystyka zdarzenia

Źródło zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



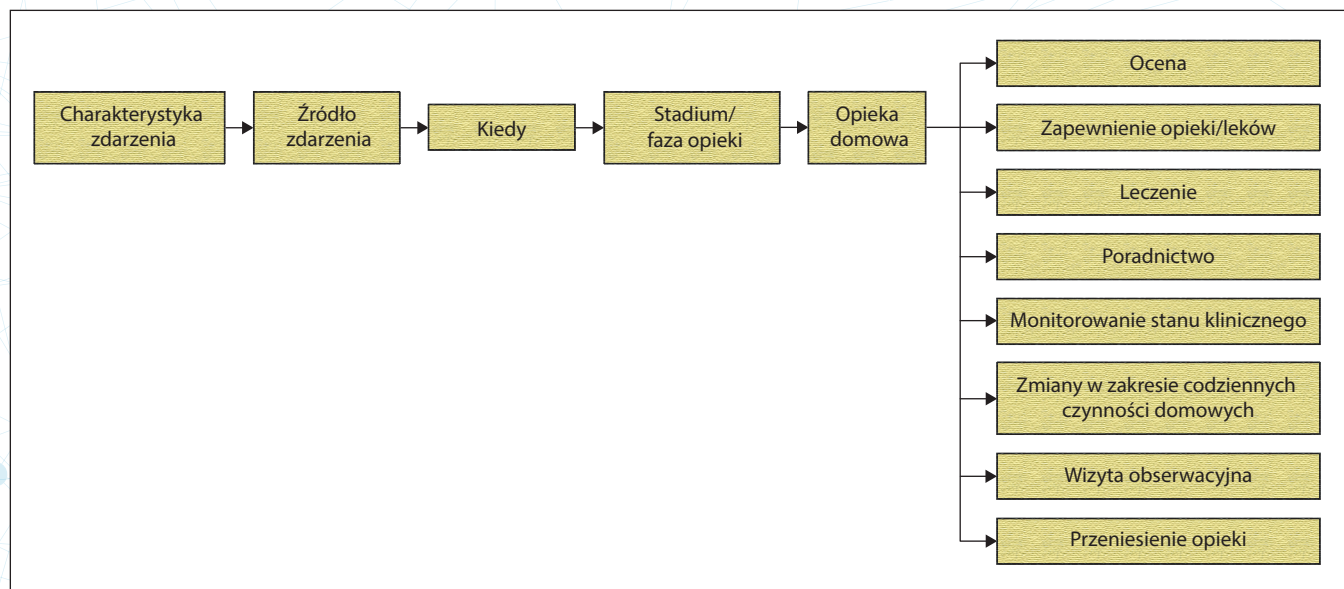
Charakterystyka zdarzenia

Źródło zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



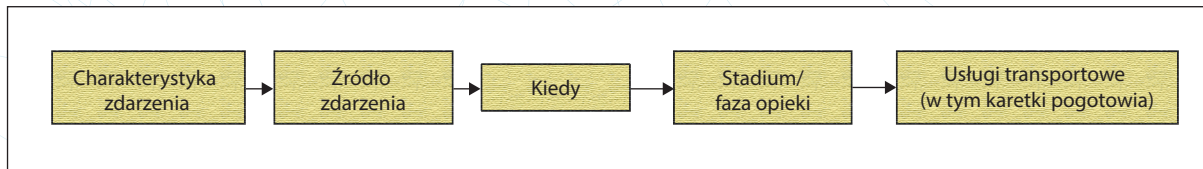
Charakterystyka zdarzenia

Źródło zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



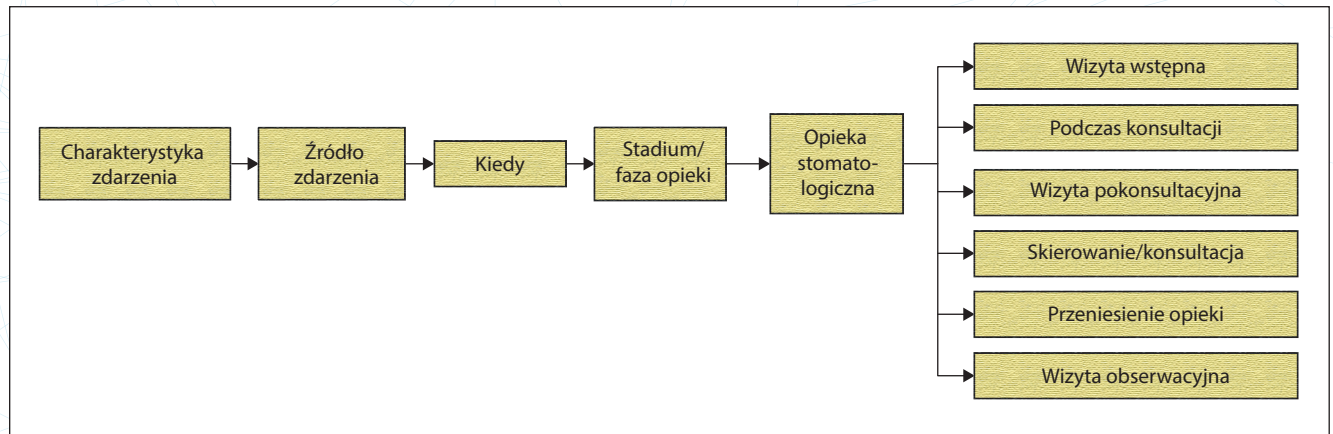
Charakterystyka zdarzenia

Źródło zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



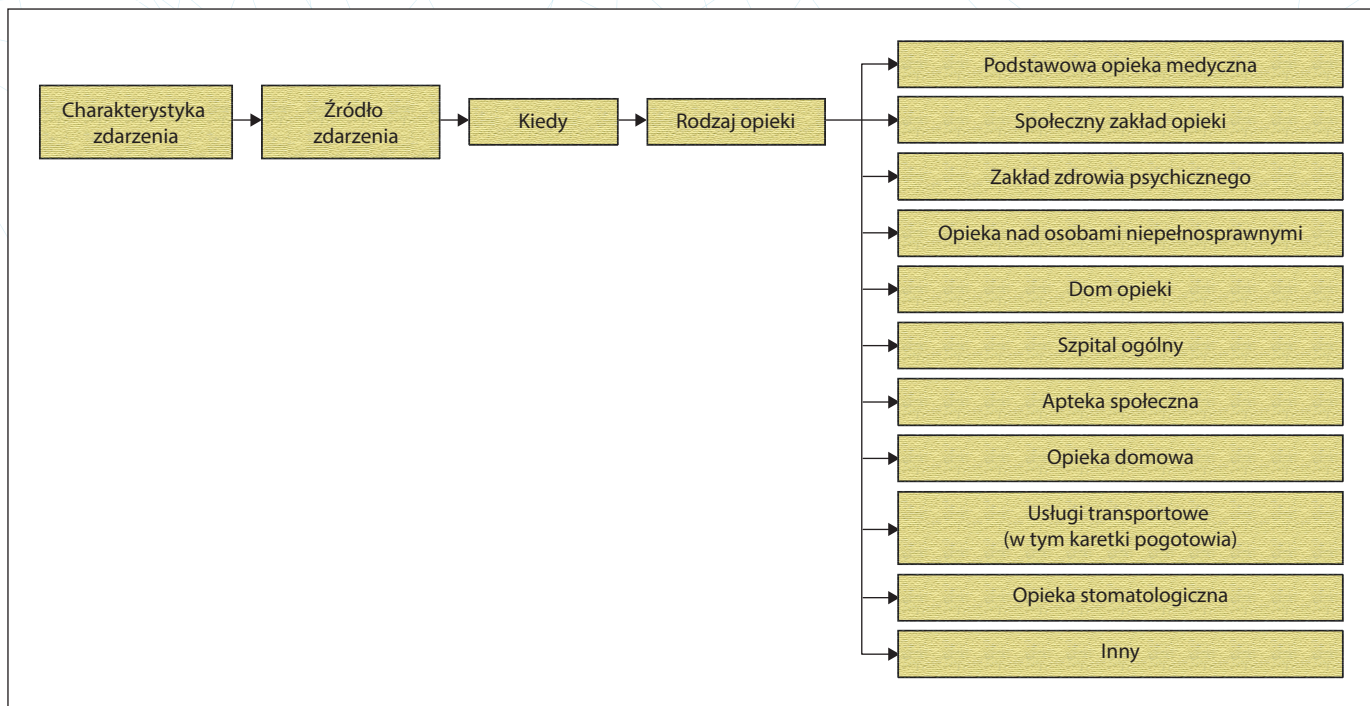
Charakterystyka zdarzenia

Źródło zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



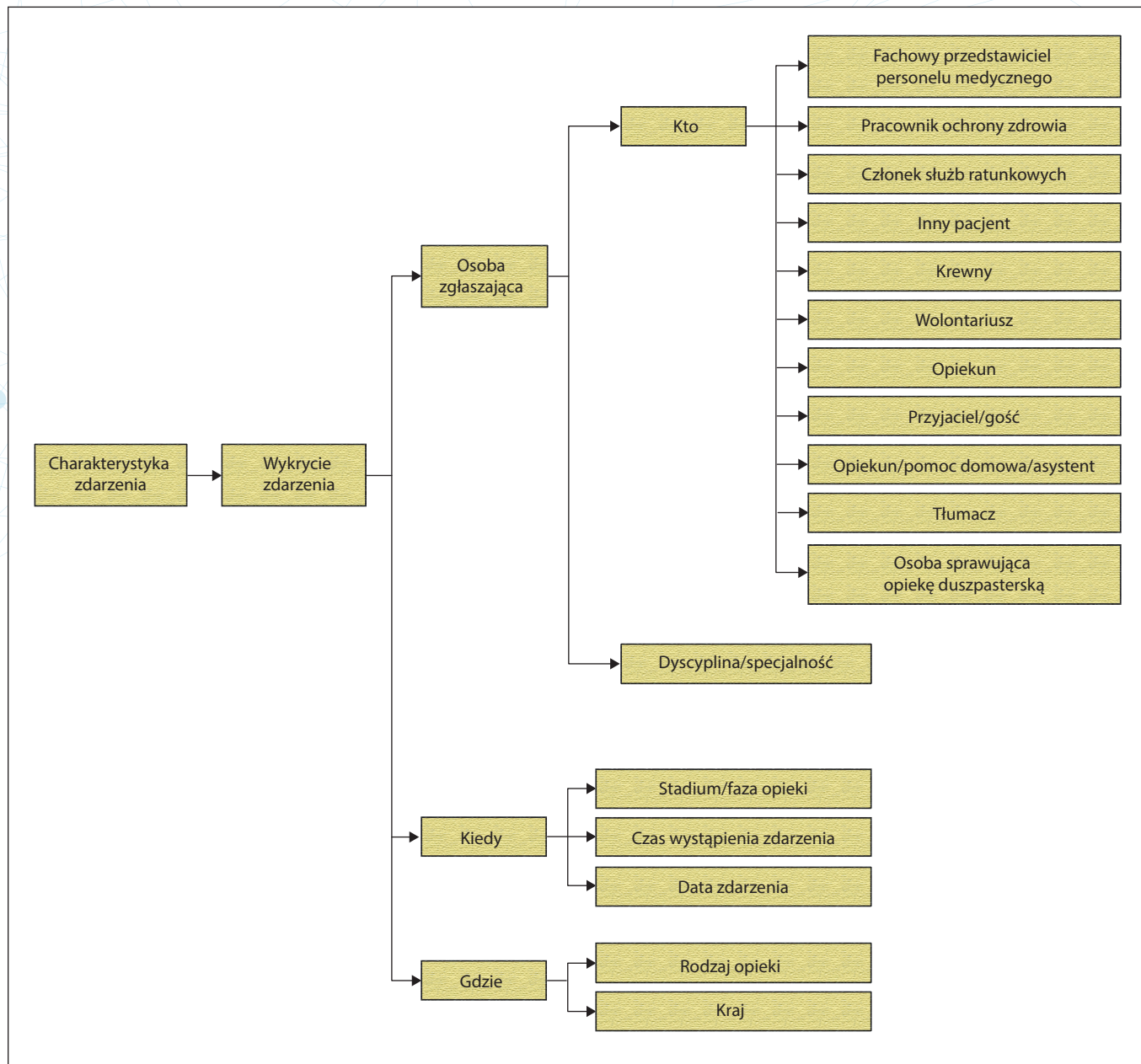
Charakterystyka zdarzenia

Źródło zdarzenia – Gdzie – Stadium/faza opieki



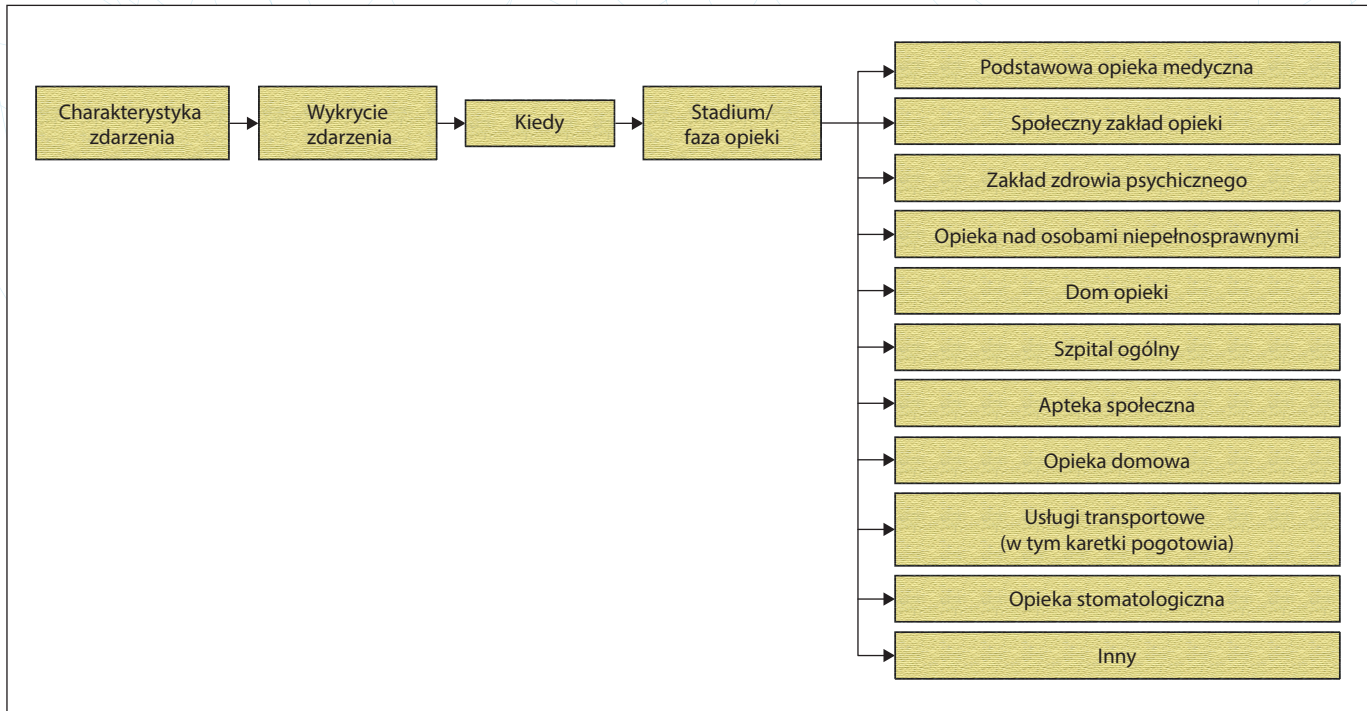
Charakterystyka zdarzenia

Wykrycie zdarzenia



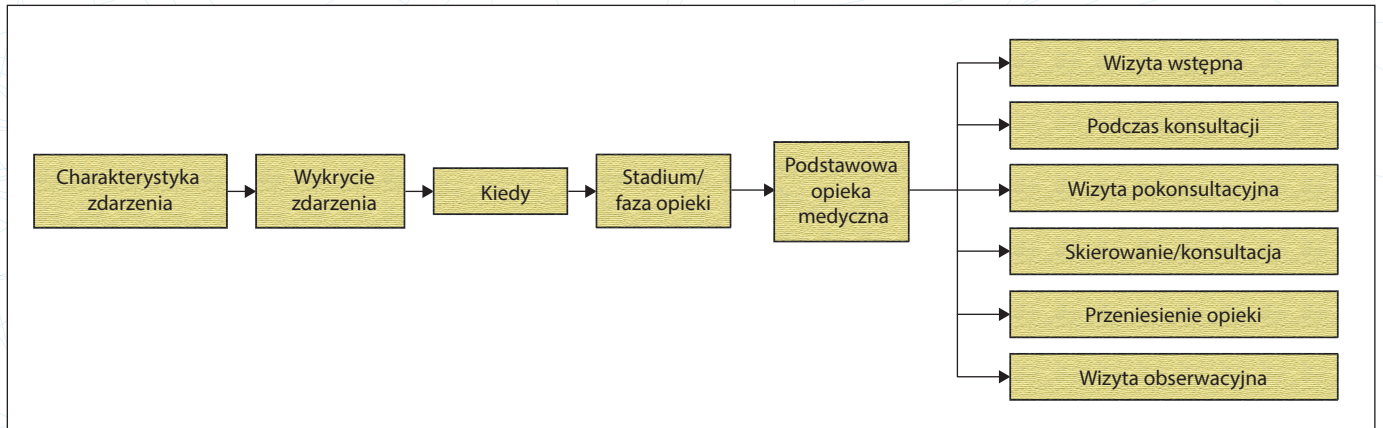
Charakterystyka zdarzenia

Wykrycie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



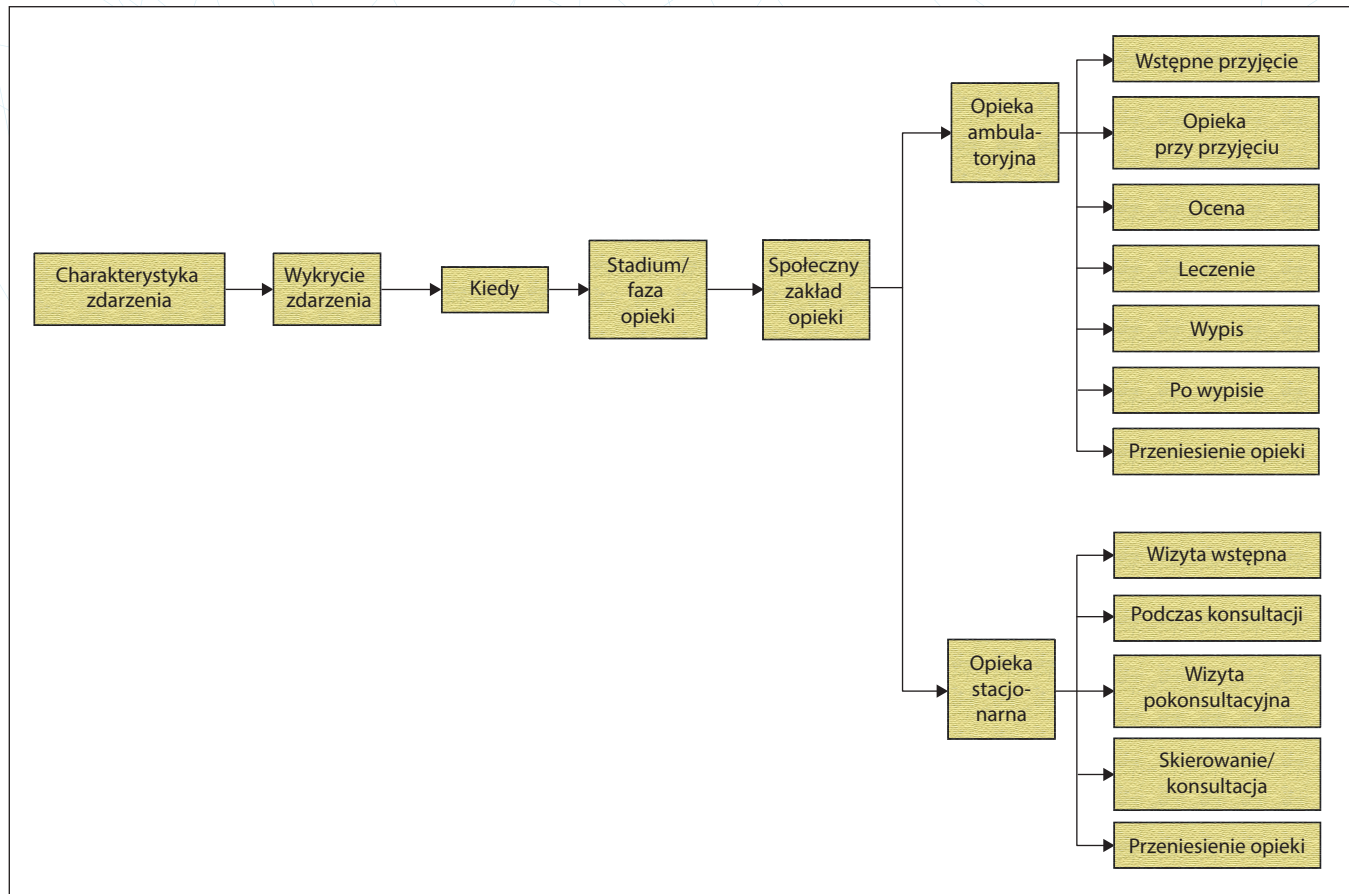
Charakterystyka zdarzenia

Wykrycie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



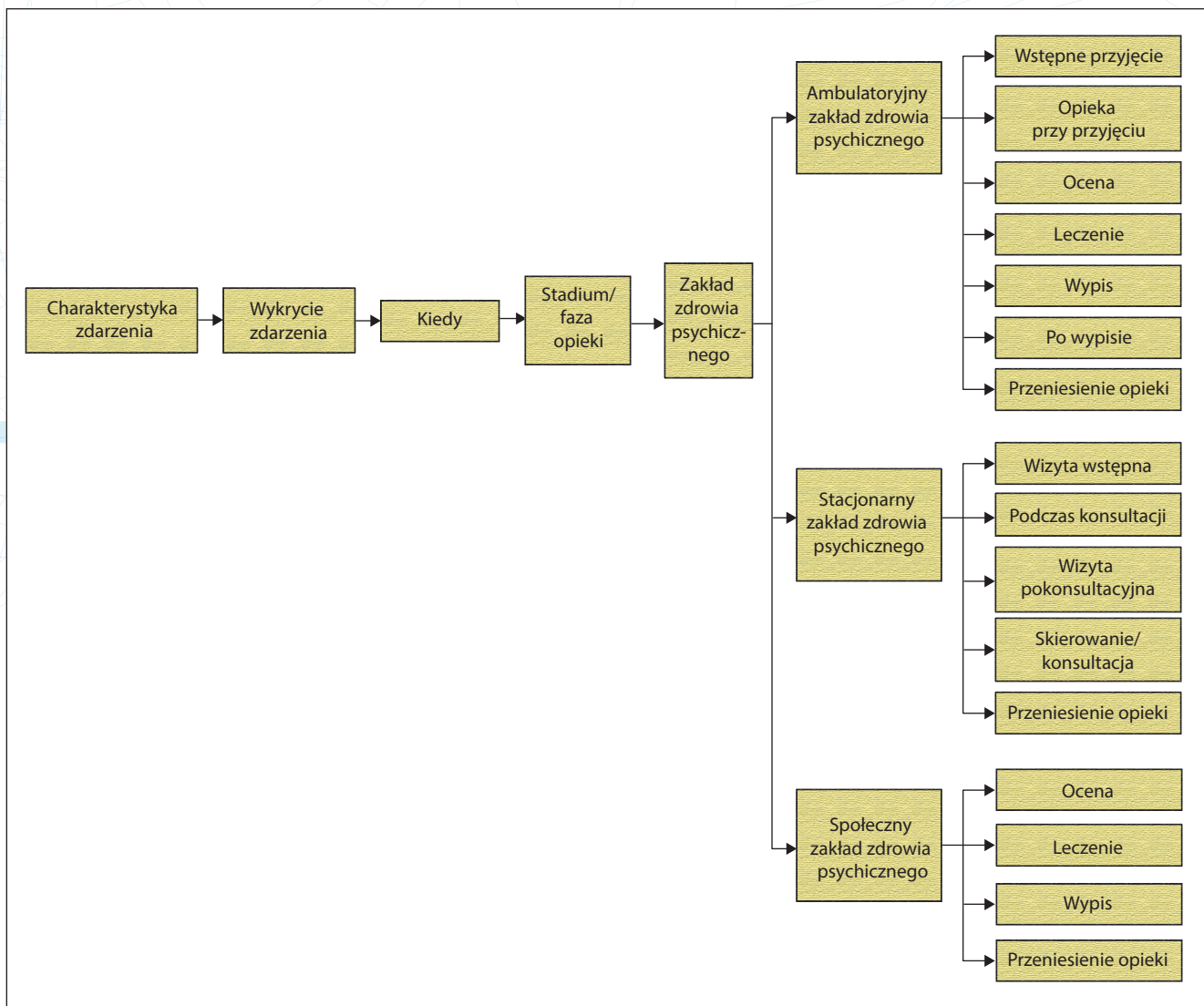
Charakterystyka zdarzenia

Wykrycie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



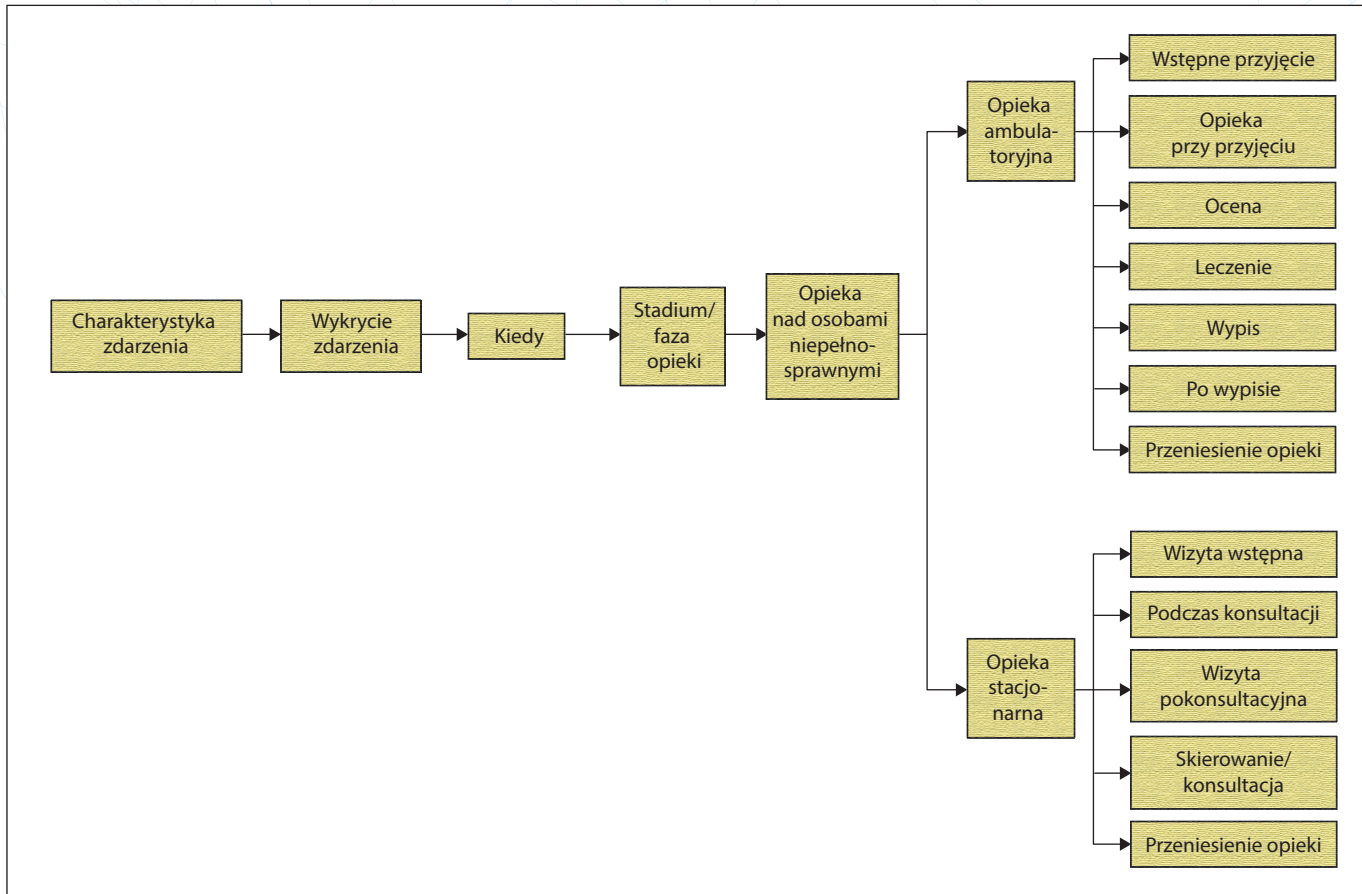
Charakterystyka zdarzenia

Wykrycie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



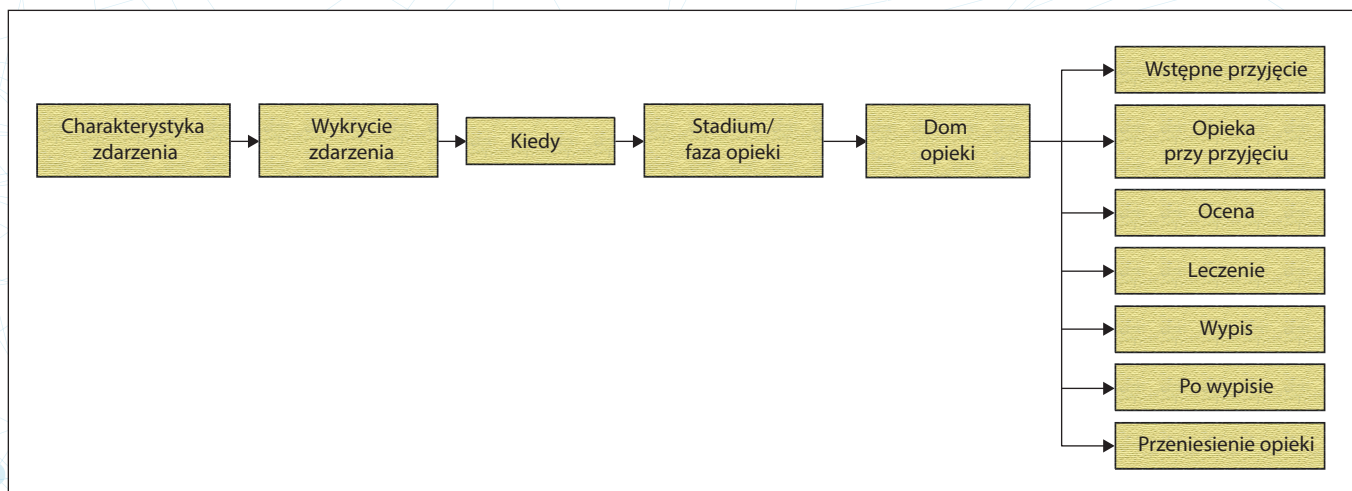
Charakterystyka zdarzenia

Wykrycie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



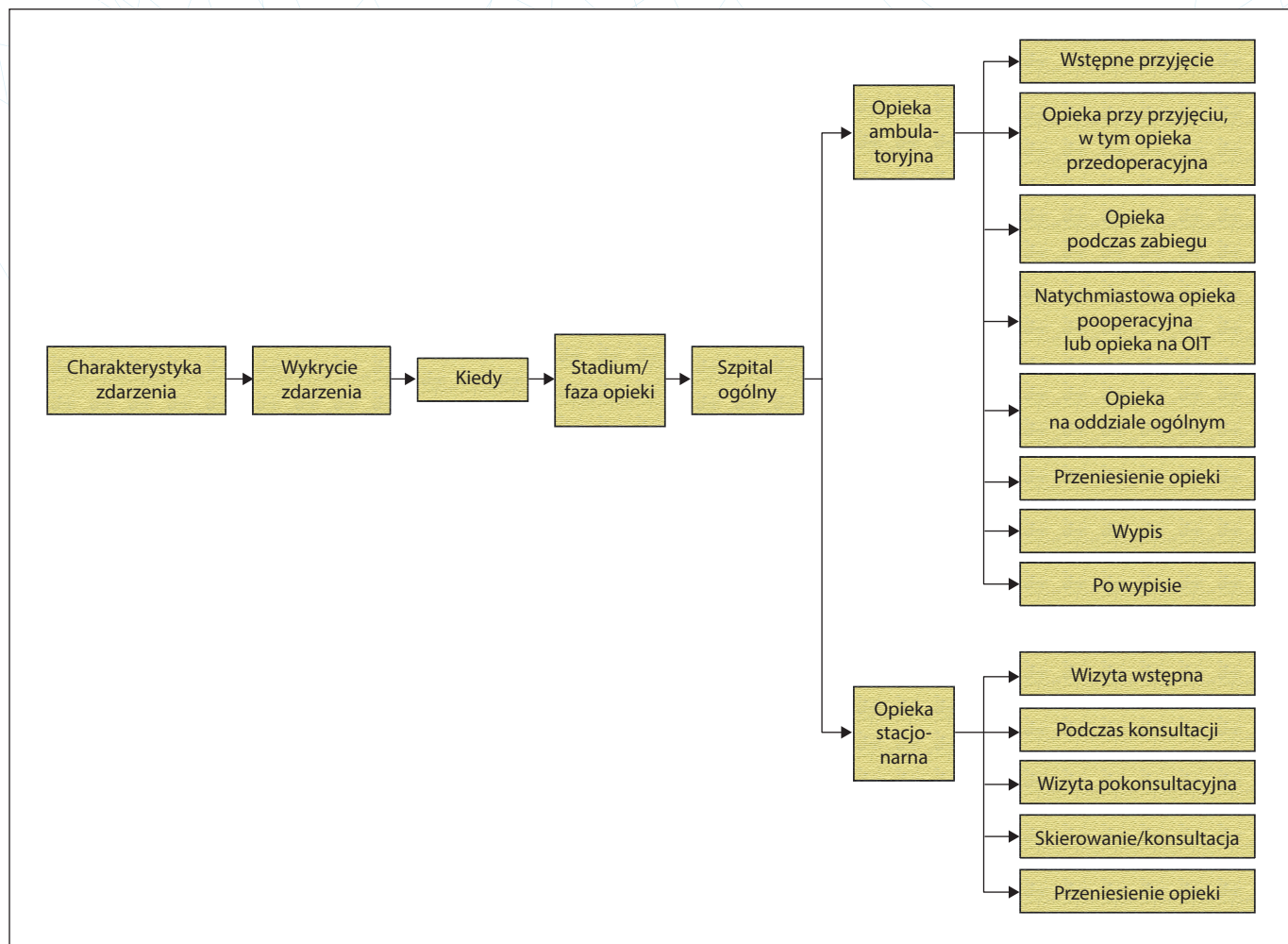
Charakterystyka zdarzenia

Wykrycie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



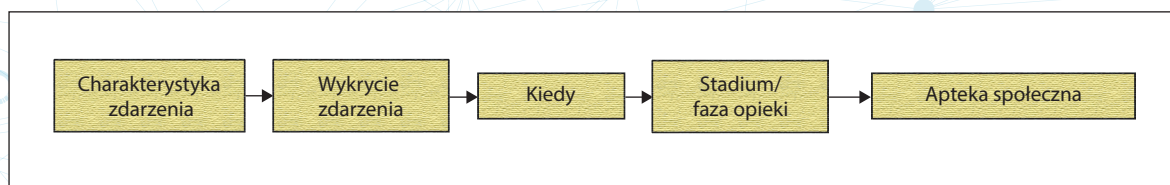
Charakterystyka zdarzenia

Wykrycie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



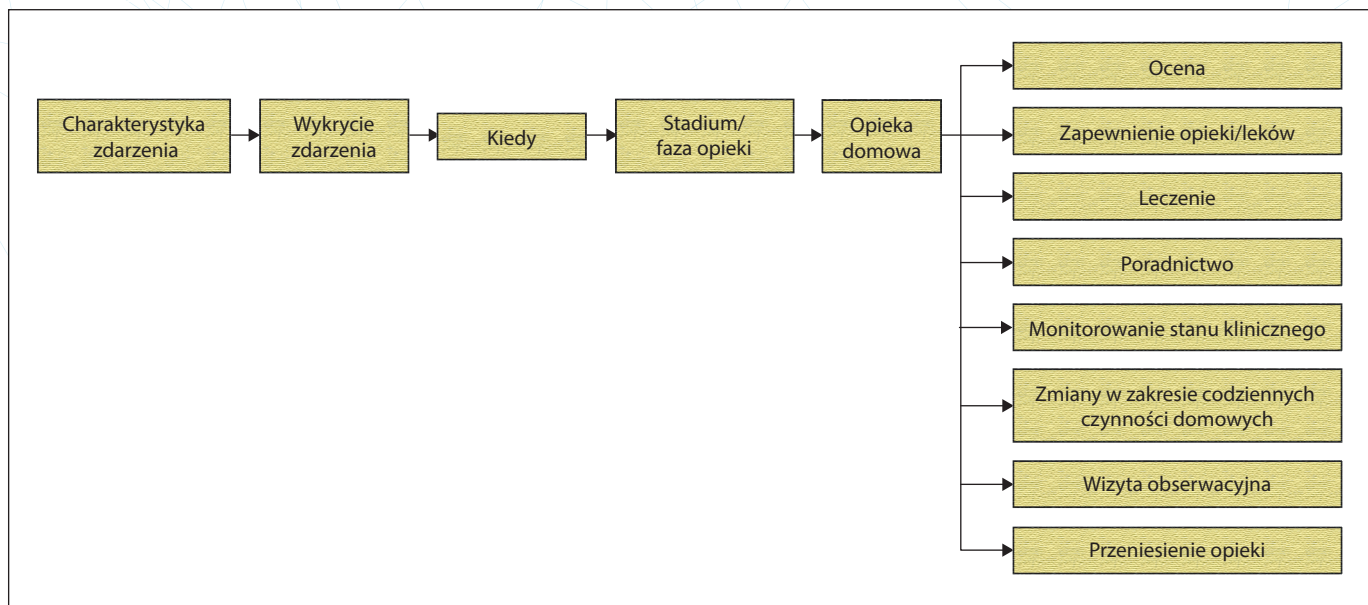
Charakterystyka zdarzenia

Wykrycie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



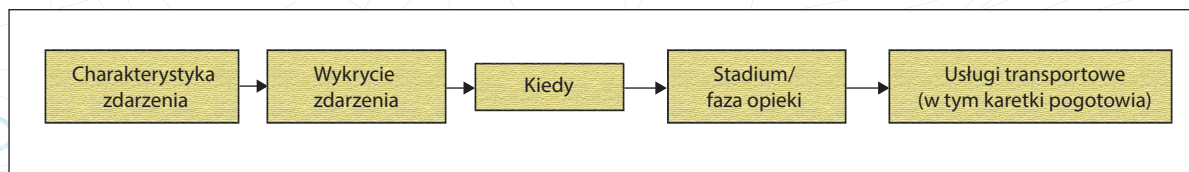
Charakterystyka zdarzenia

Wykrycie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



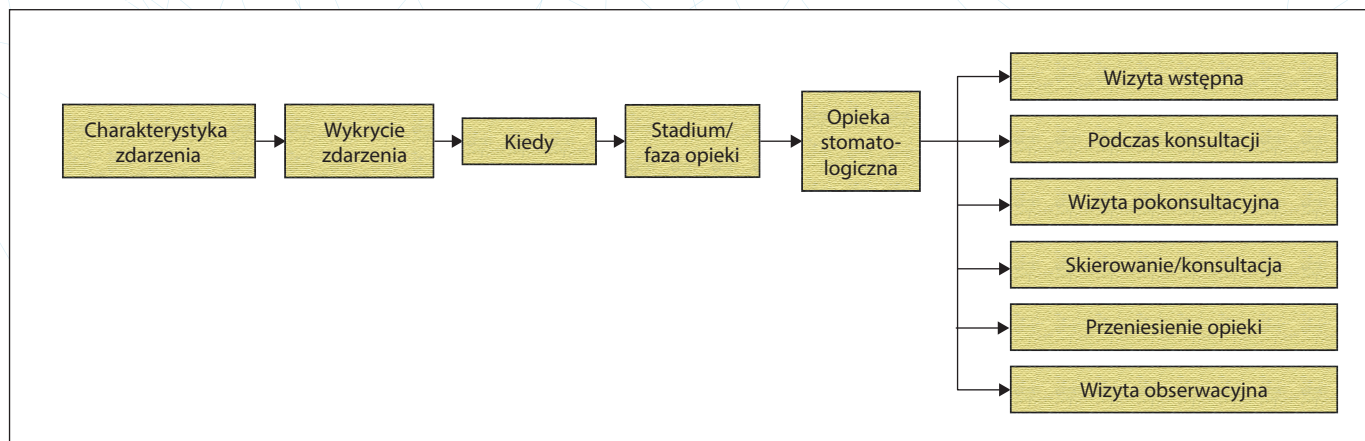
Charakterystyka zdarzenia

Wykrycie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



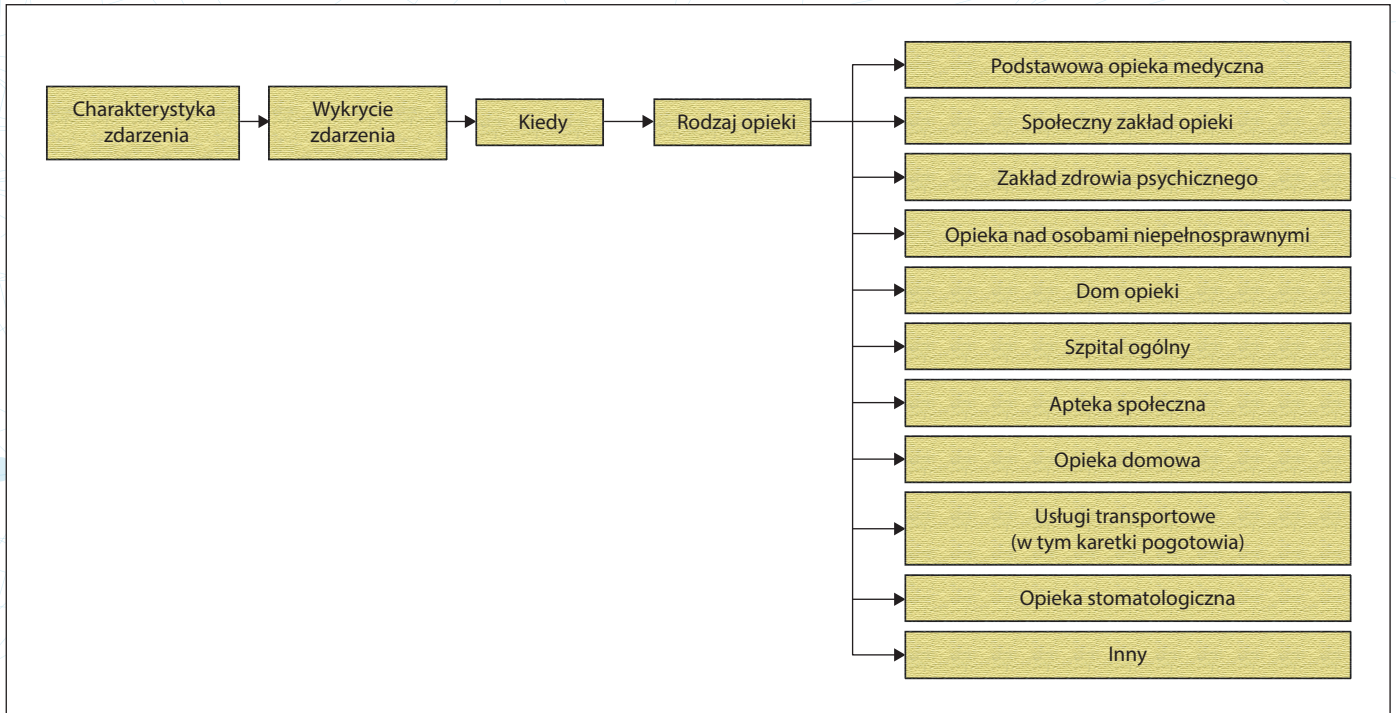
Charakterystyka zdarzenia

Wykrycie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



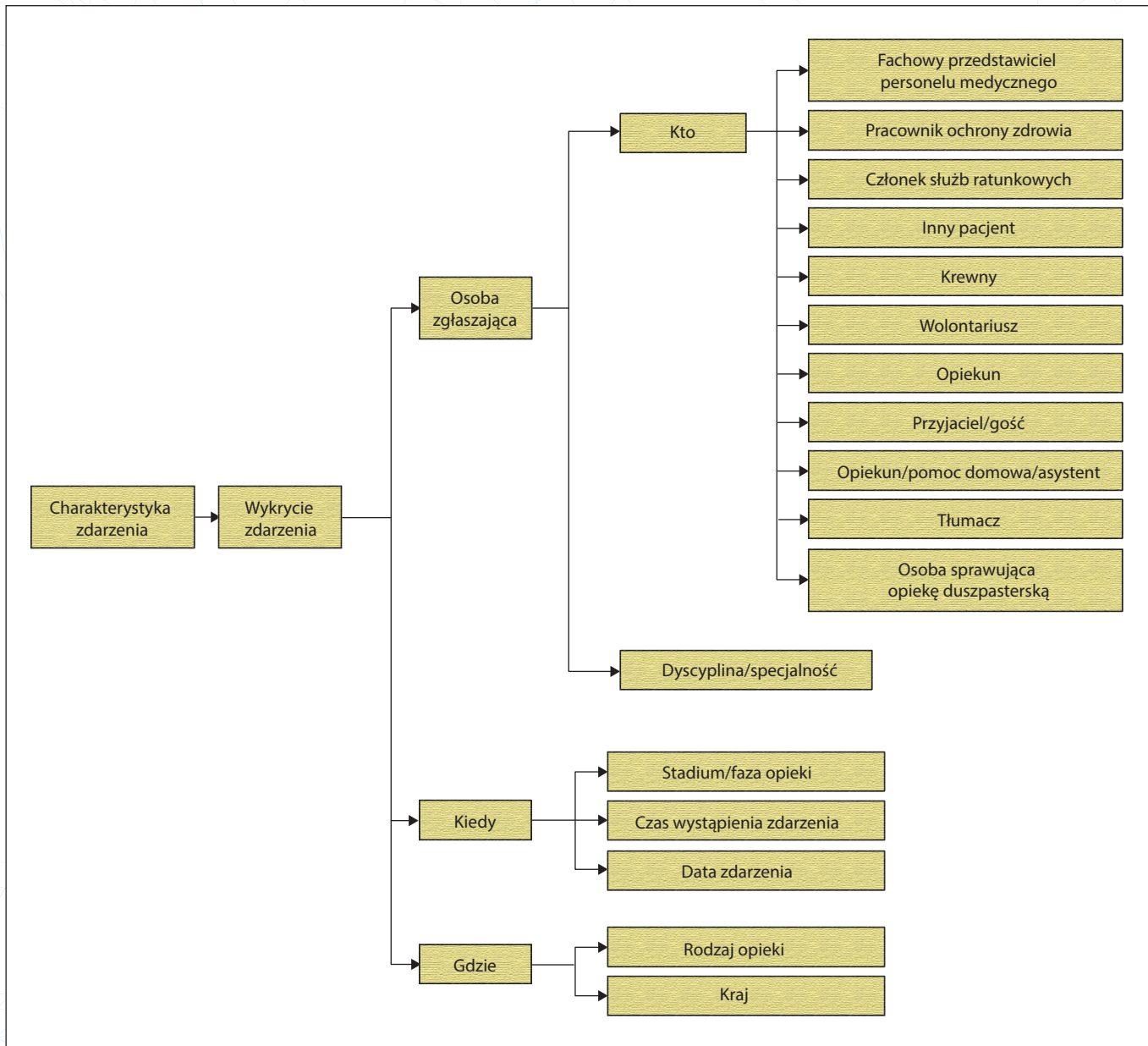
Charakterystyka zdarzenia

Wykrycie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



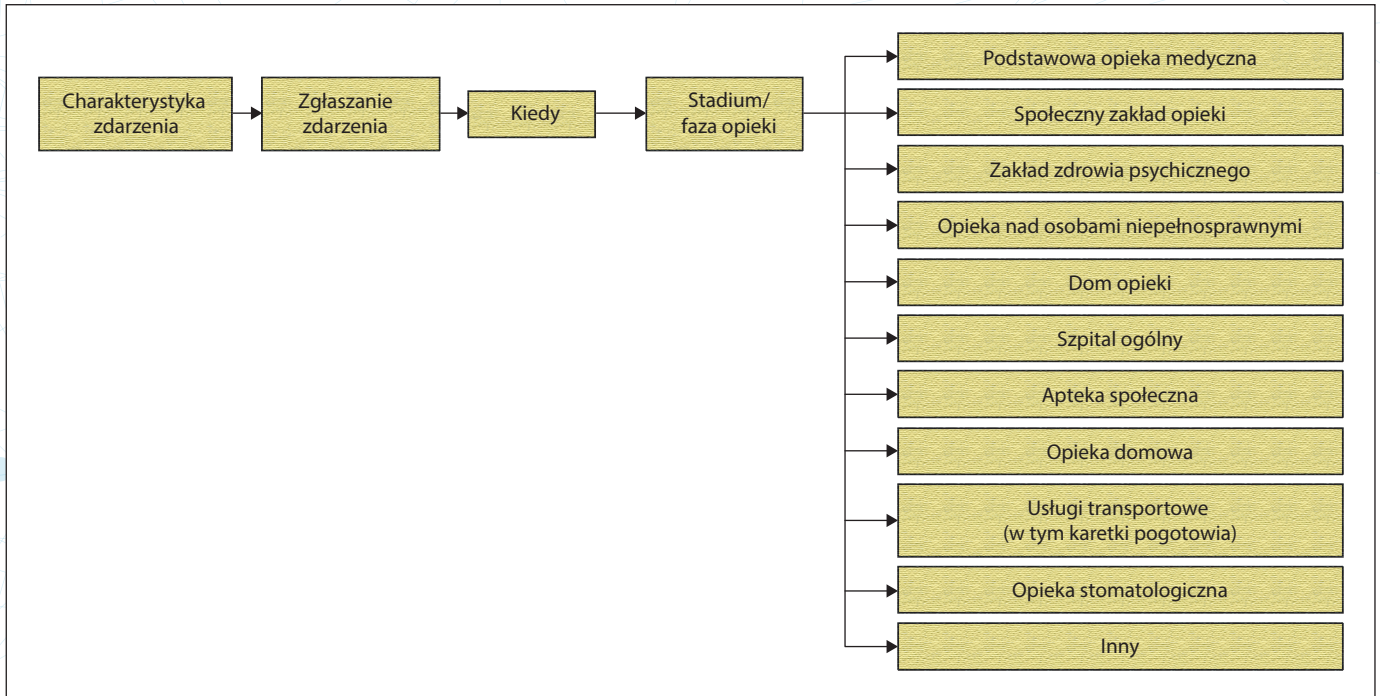
Charakterystyka zdarzenia

Zgłaszanie zdarzenia



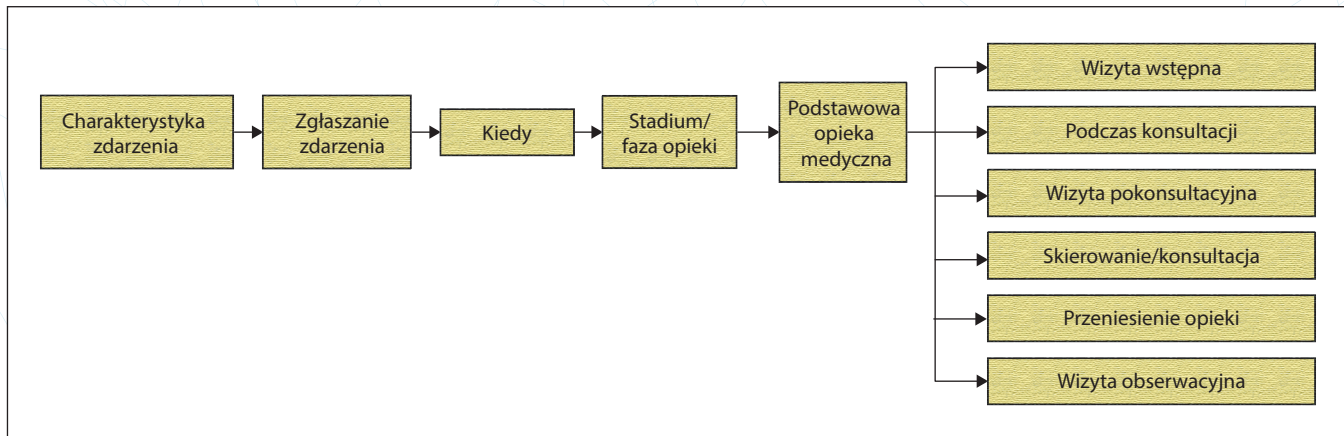
Charakterystyka zdarzenia

Zgłaszanie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



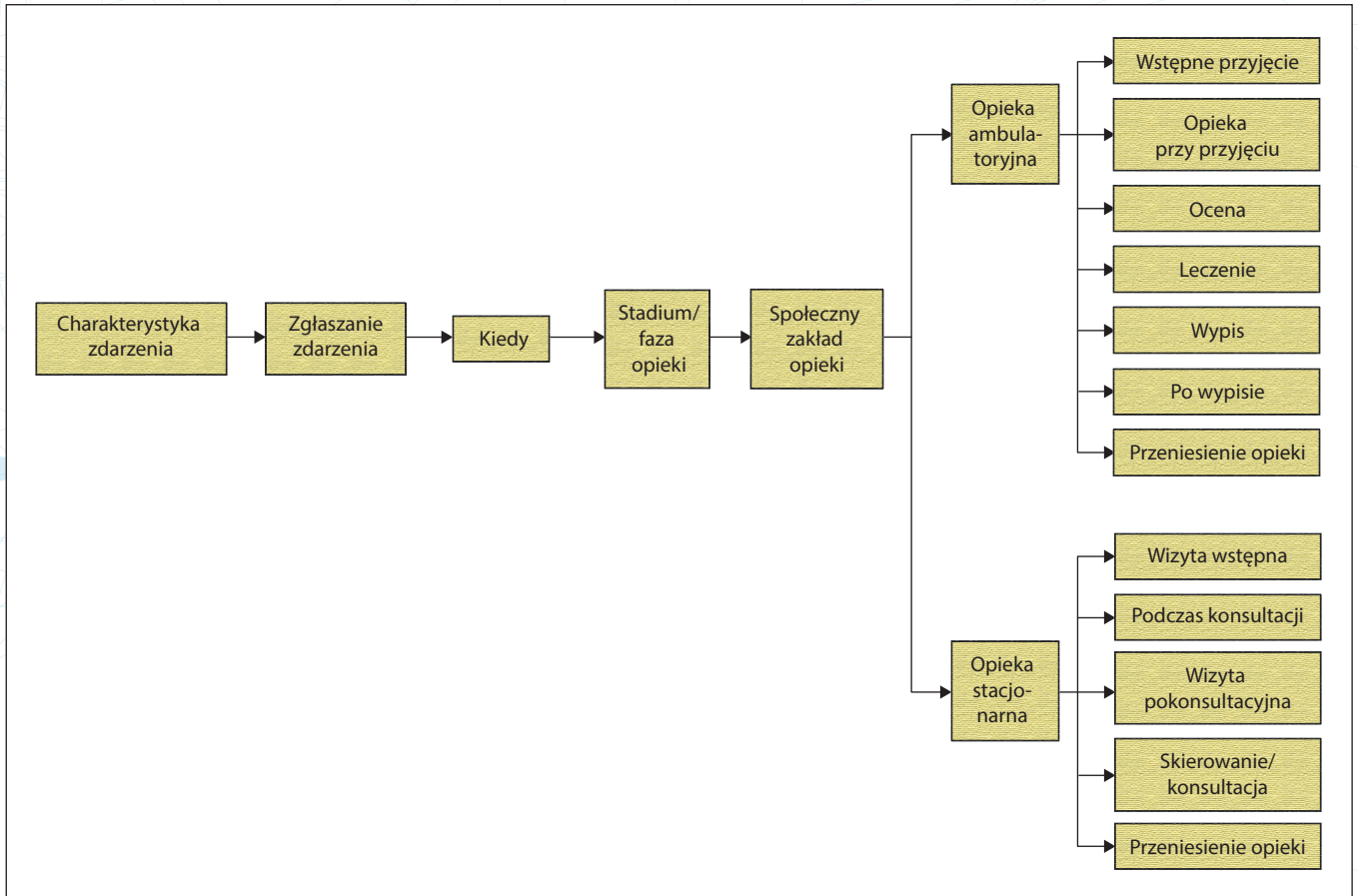
Charakterystyka zdarzenia

Zgłaszanie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



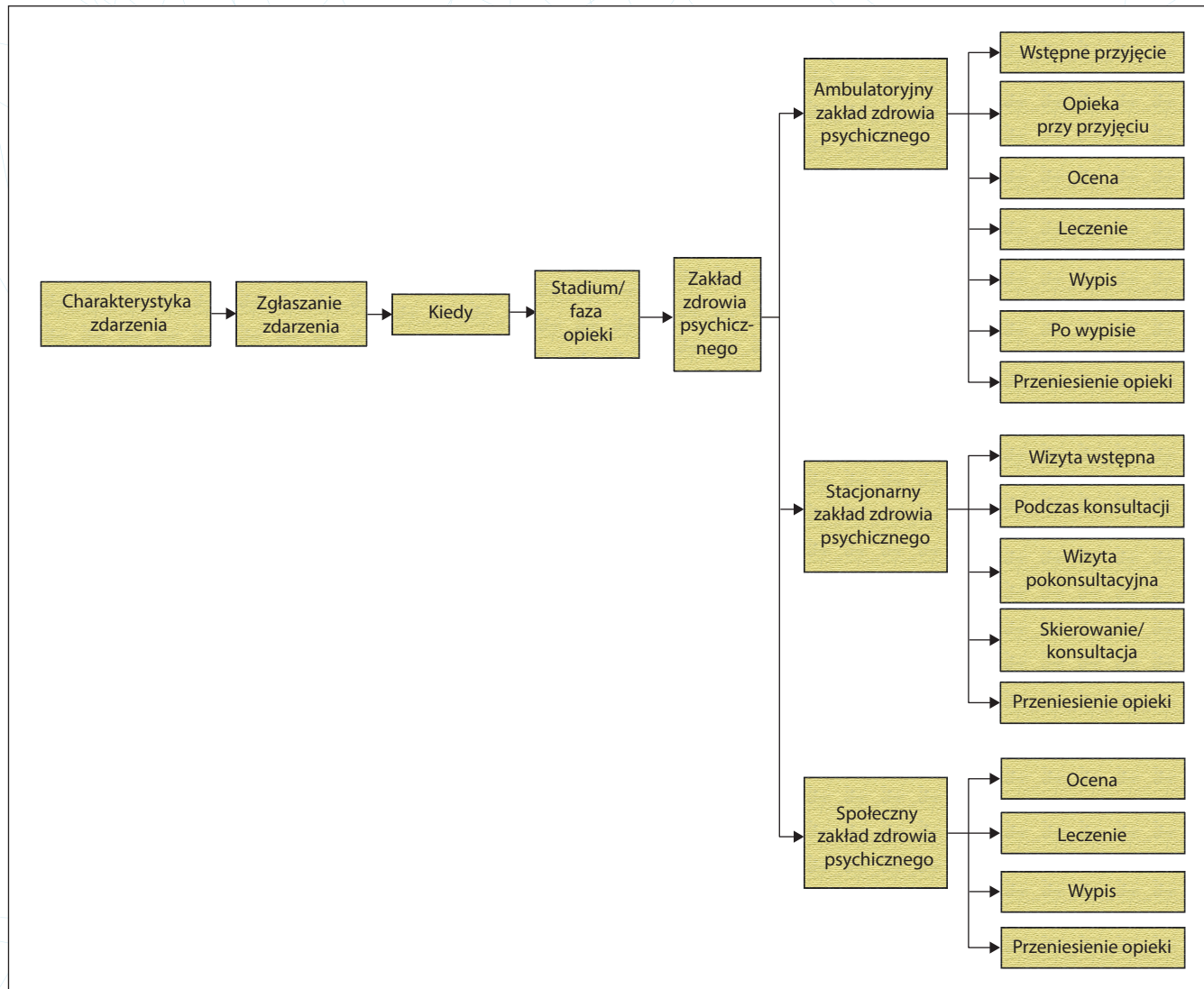
Charakterystyka zdarzenia

Zgłaszanie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



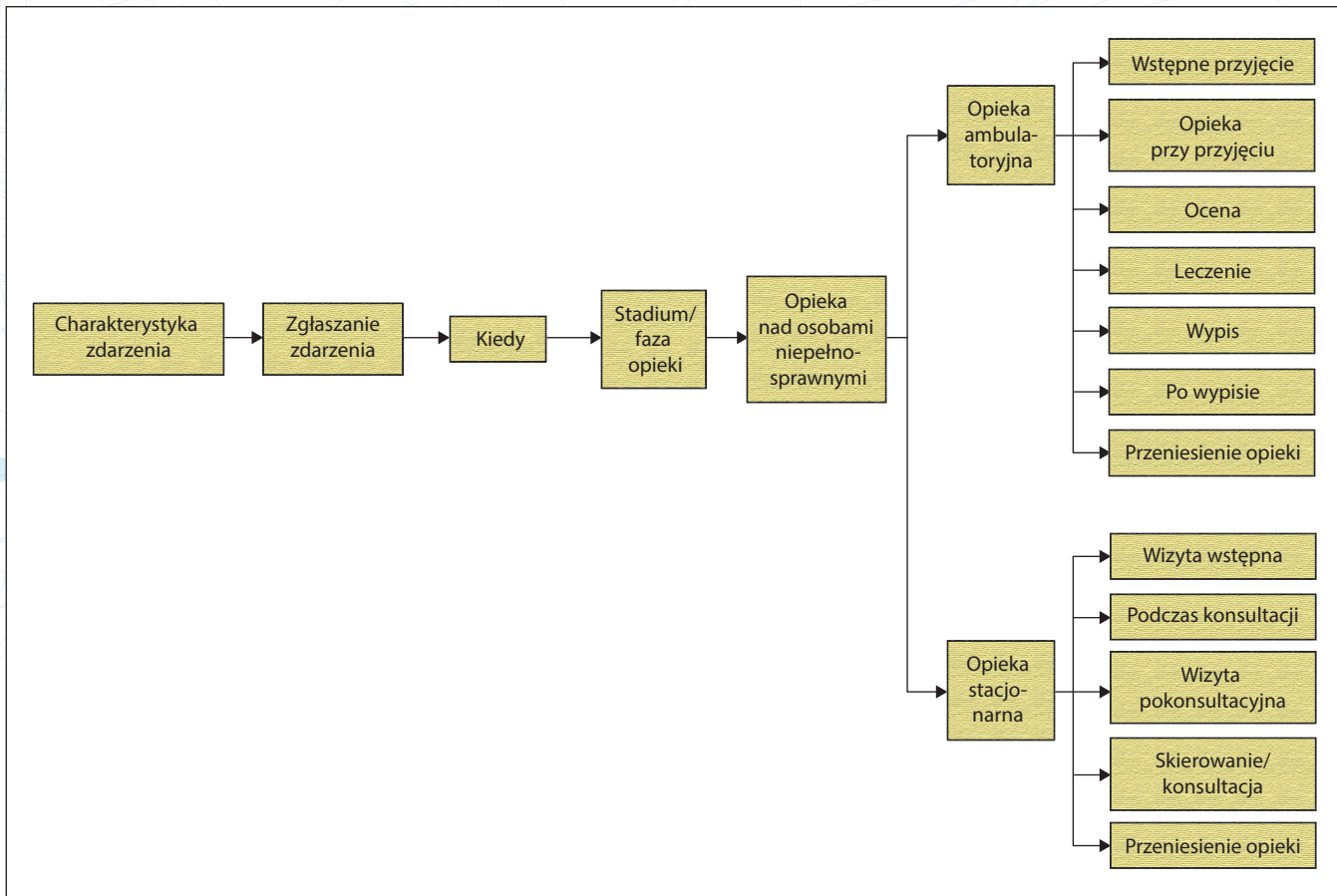
Charakterystyka zdarzenia

Zgłaszanie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



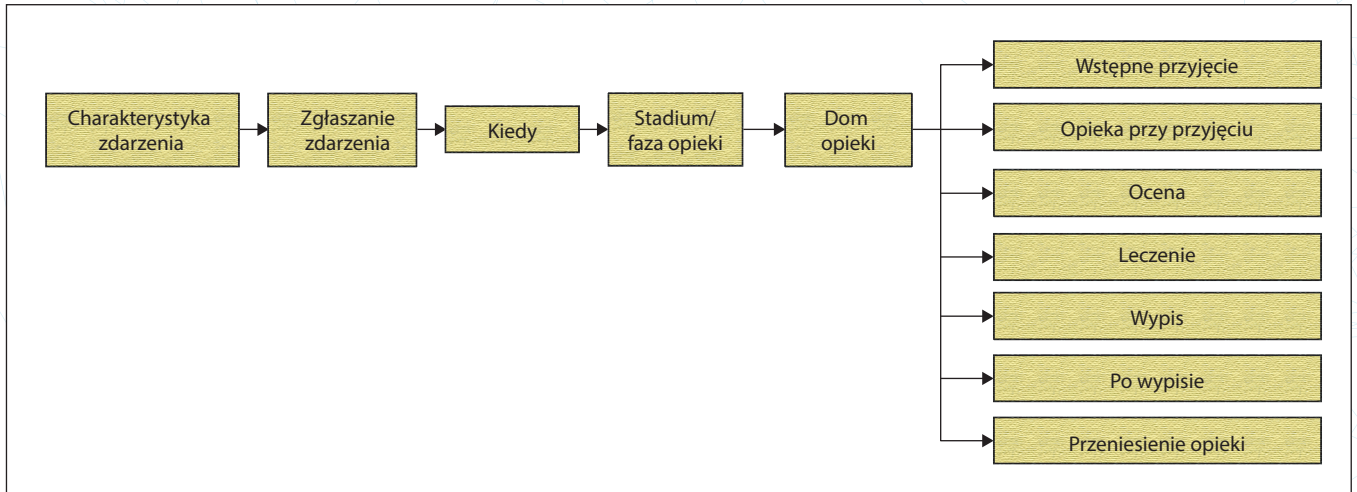
Charakterystyka zdarzenia

Zgłaszanie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



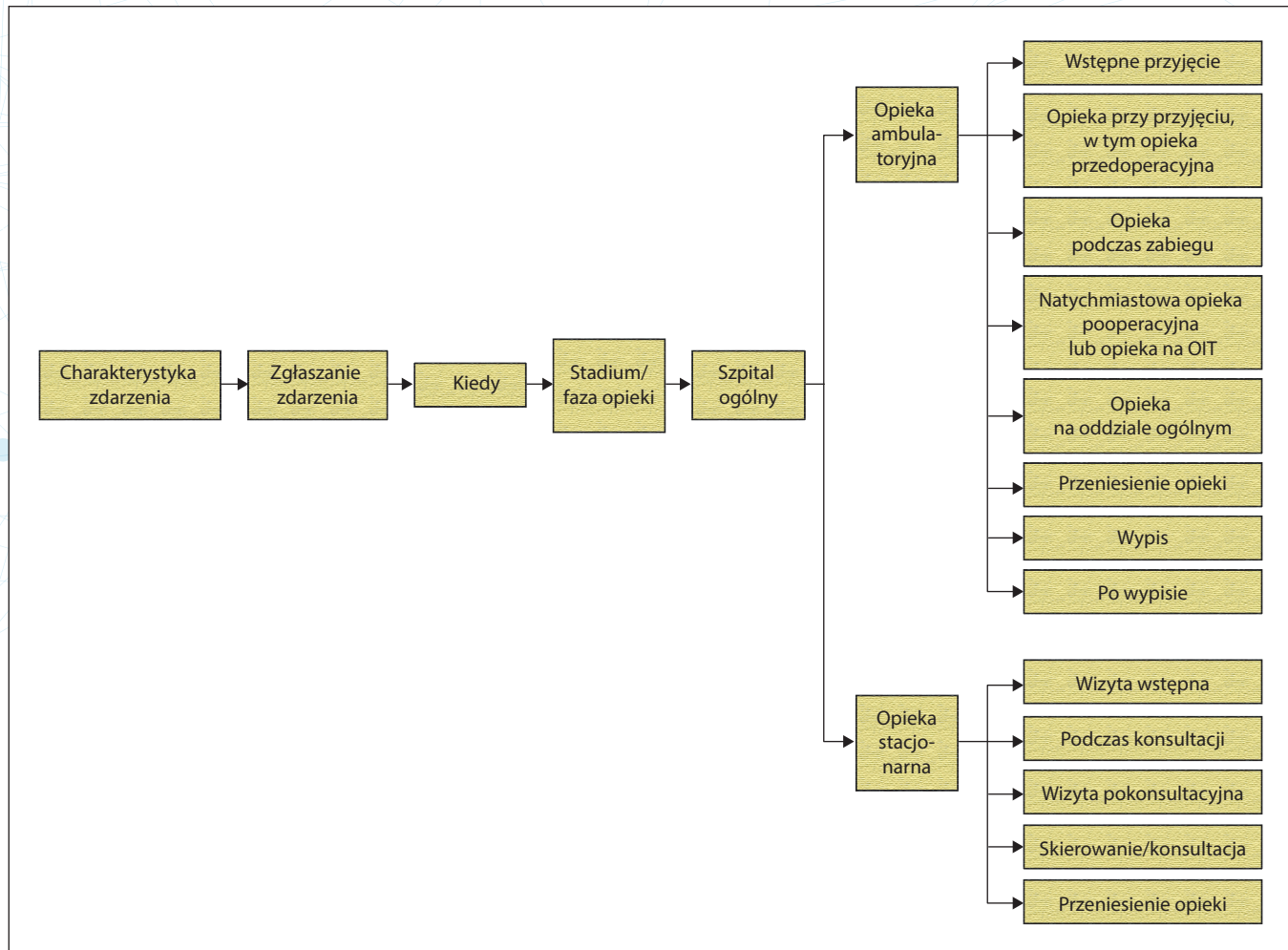
Charakterystyka zdarzenia

Zgłaszanie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



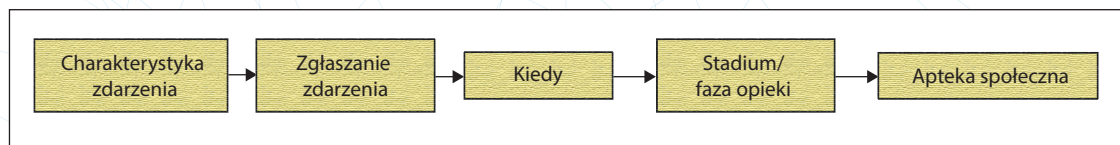
Charakterystyka zdarzenia

Zgłaszanie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



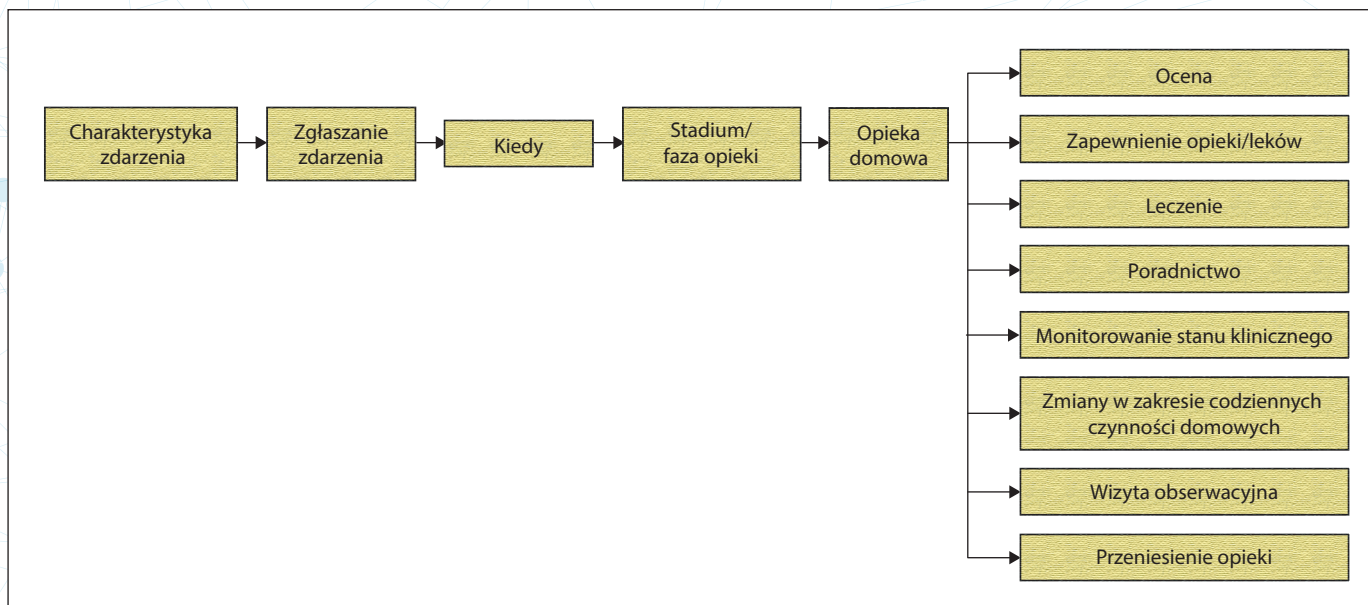
Charakterystyka zdarzenia

Zgłaszanie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



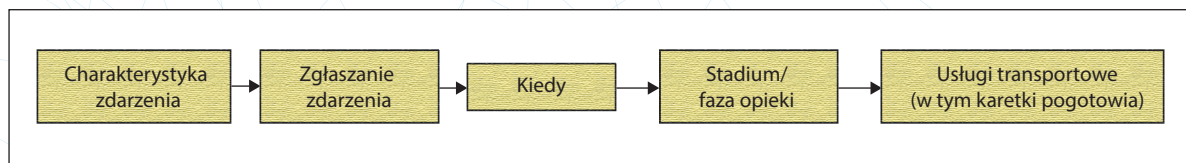
Charakterystyka zdarzenia

Zgłaszanie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



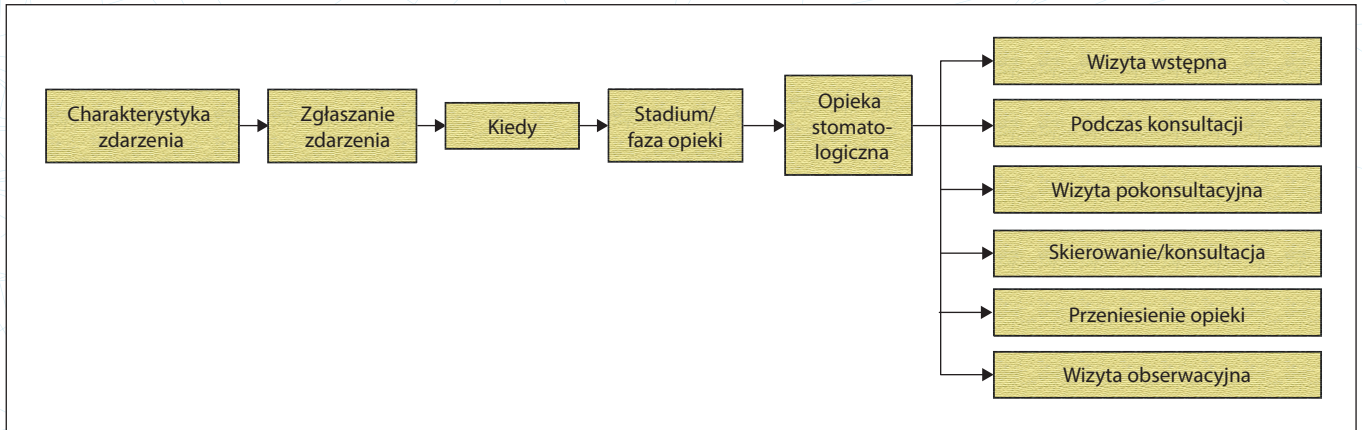
Charakterystyka zdarzenia

Zgłaszanie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki



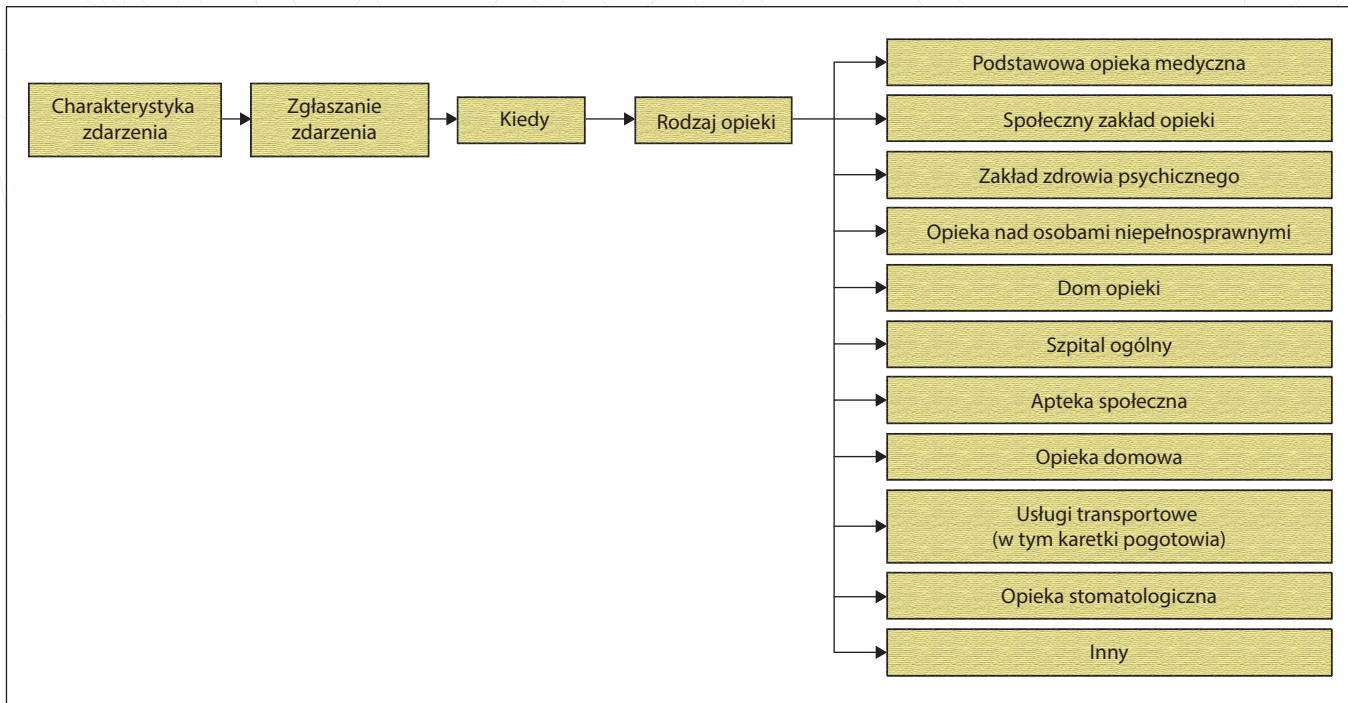
Charakterystyka zdarzenia

Zgłaszanie zdarzenia – Kiedy – Stadium/faza opieki

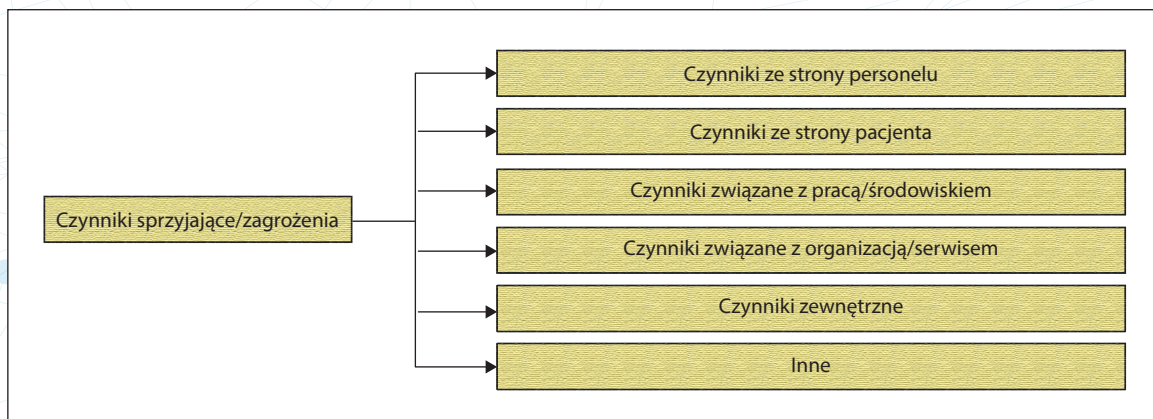


Charakterystyka zdarzenia

Zgłaszanie zdarzenia – Gdzie – Rodzaj opieki

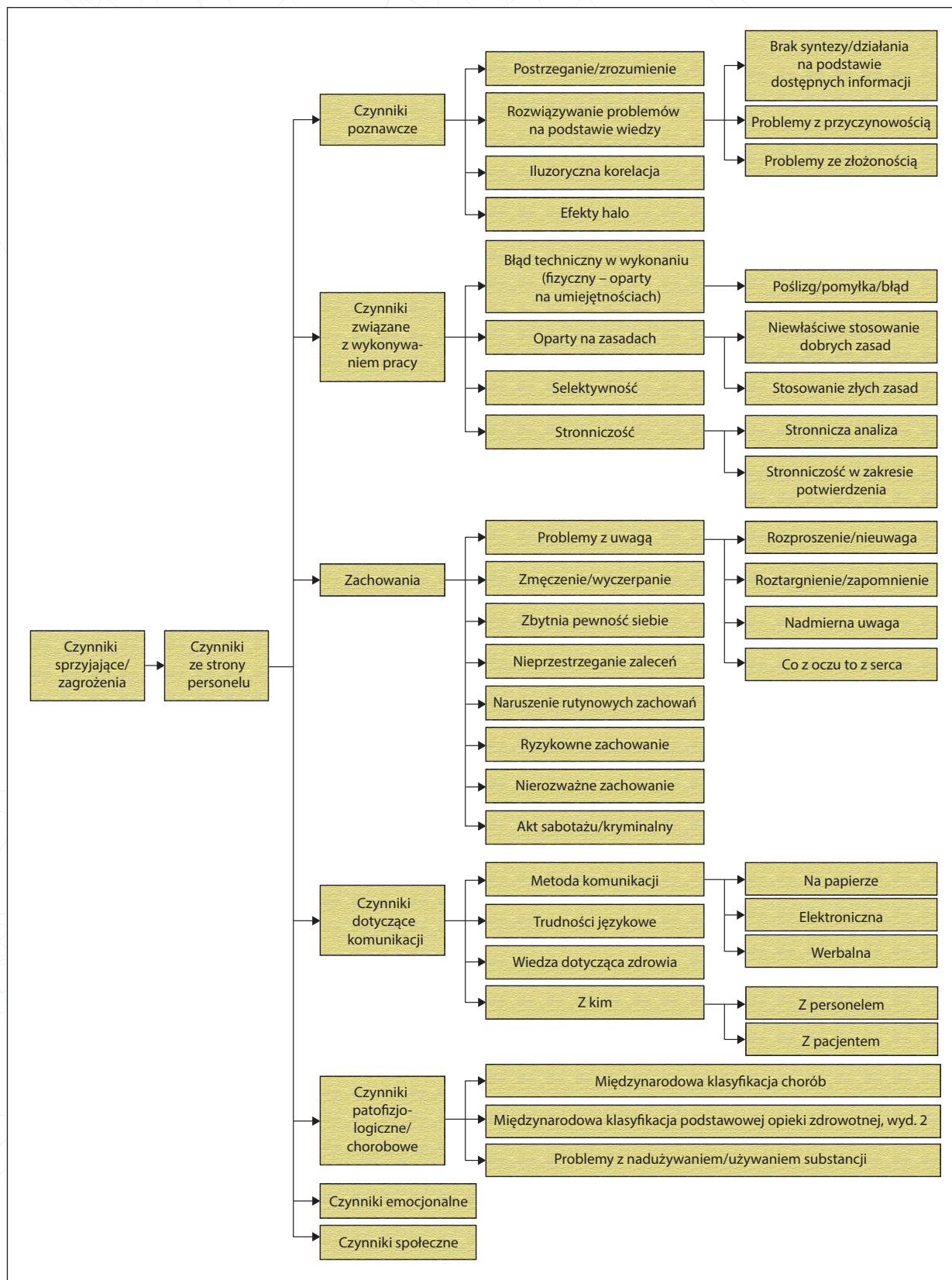


Czynniki sprzyjające/zagrożenia



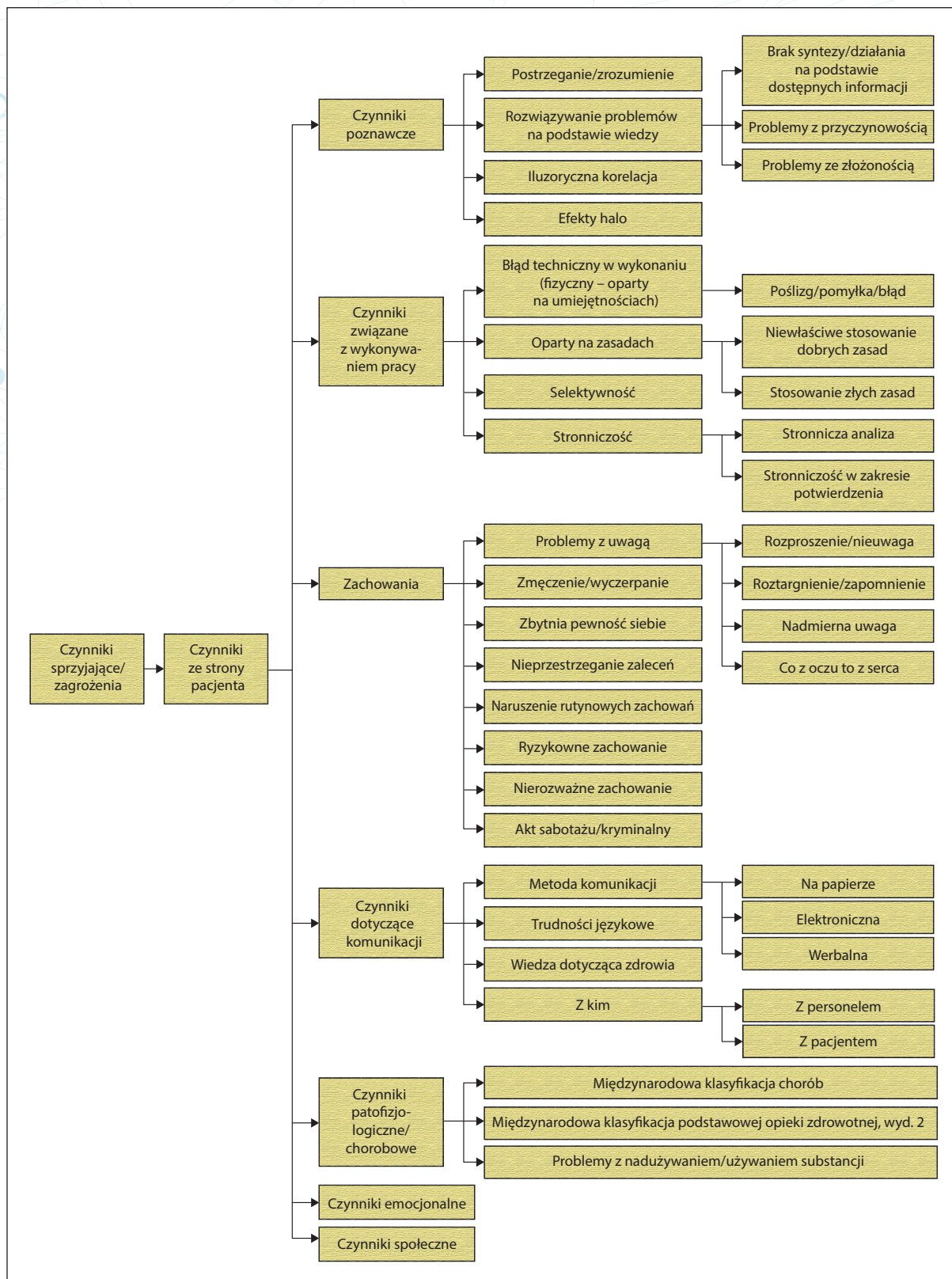
Czynniki sprzyjające/zagrożenia

Czynniki ze strony personelu



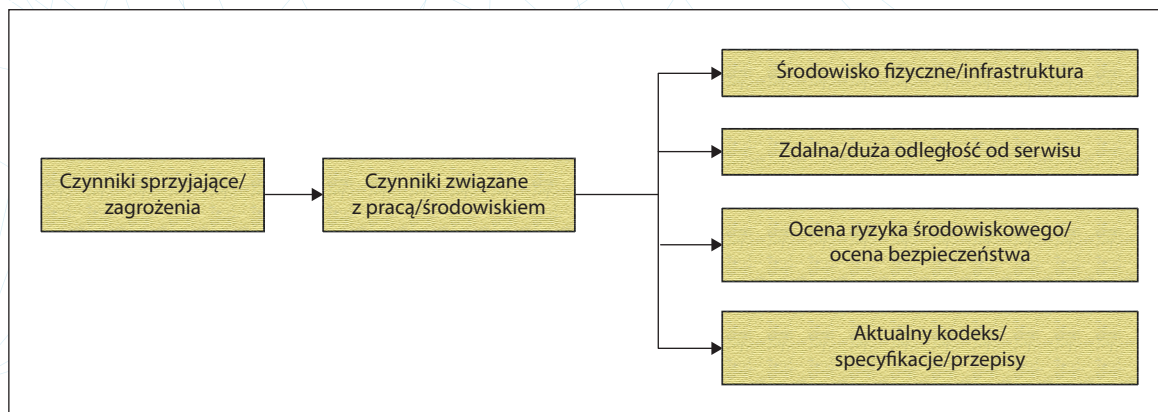
Czynniki sprzyjające/zagrożenia

Czynniki ze strony pacjenta

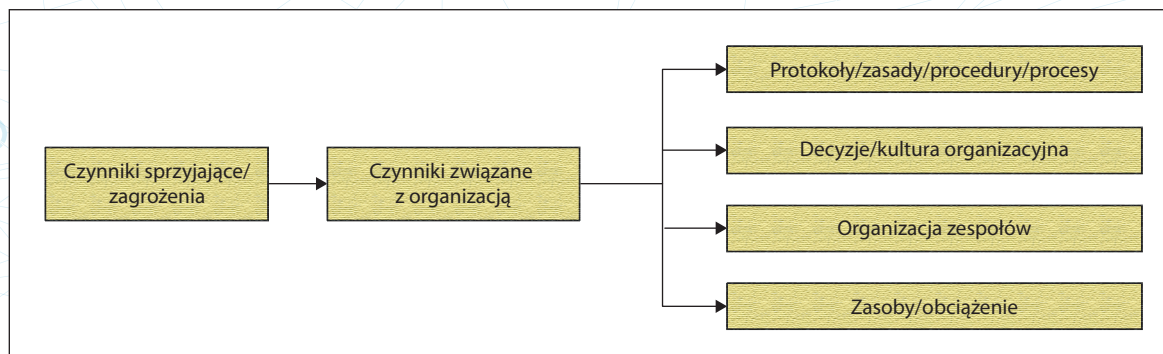


Czynniki sprzyjające/zagrożenia

Czynniki związane z pracą/środowiskiem

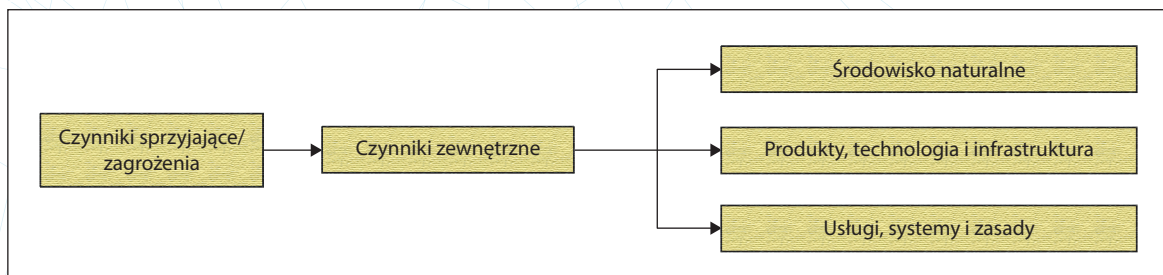


Czynniki sprzyjające/zagrożenia Czynniki związane z organizacją

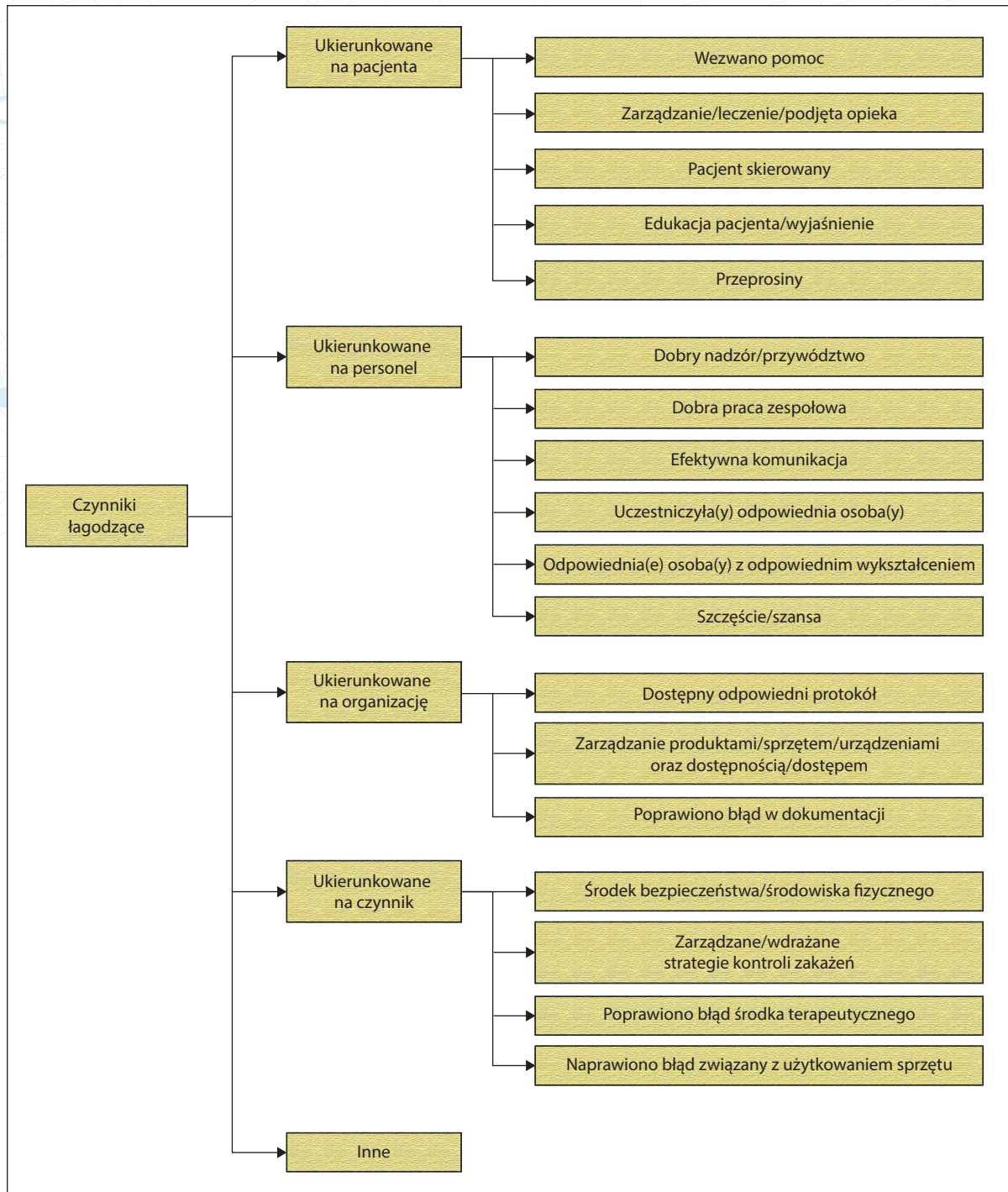


Czynniki sprzyjające/zagrożenia

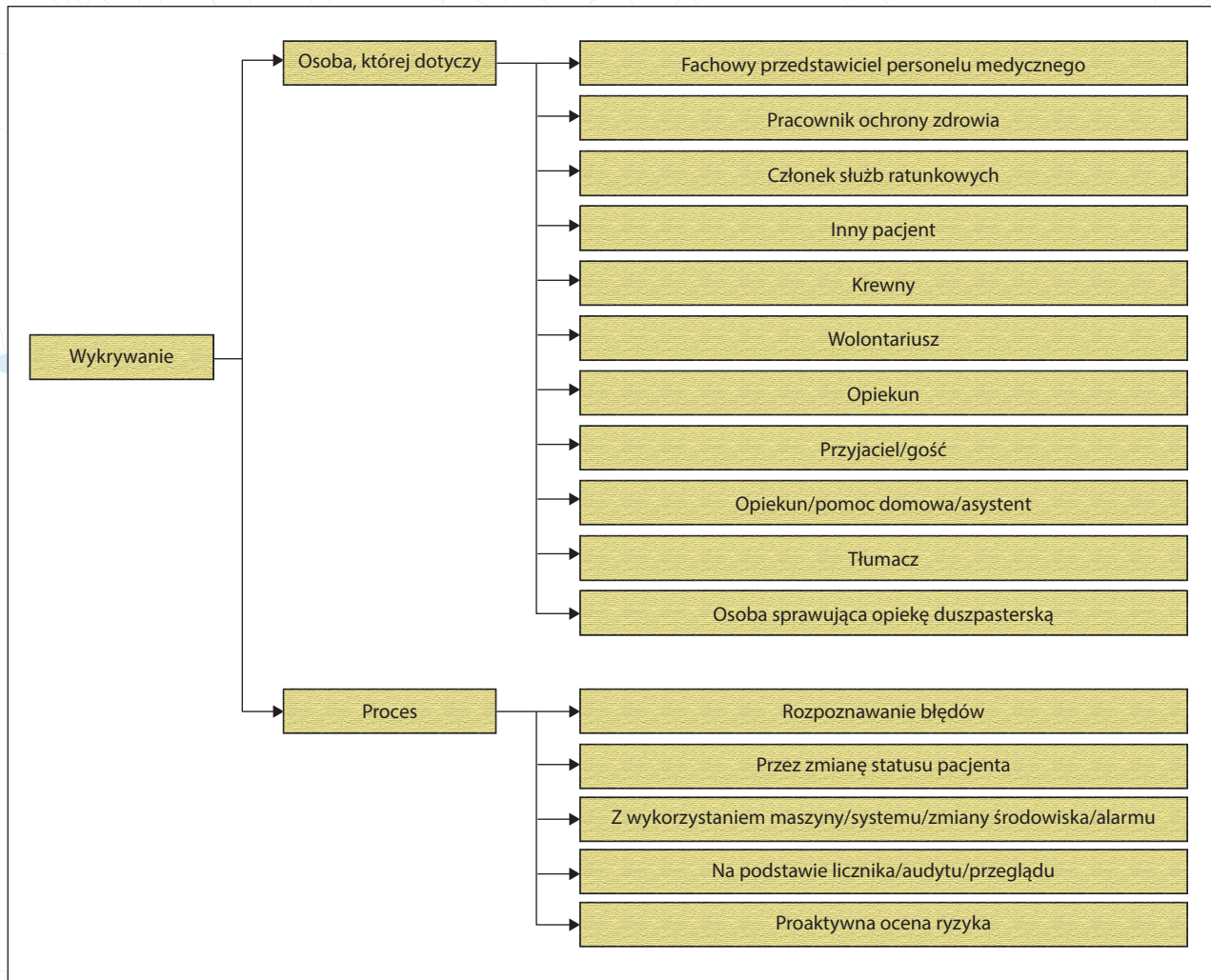
Czynniki zewnętrzne



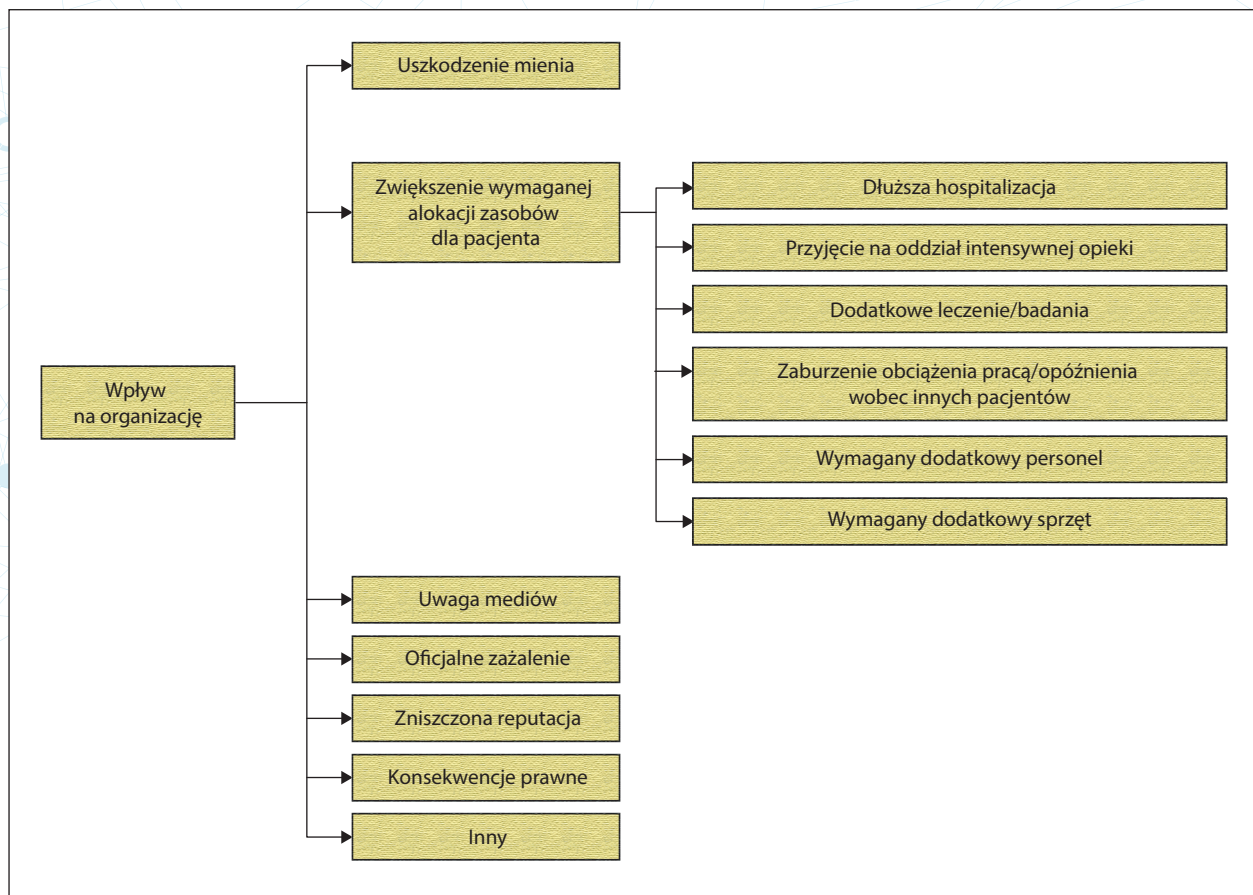
Czynniki łagodzące



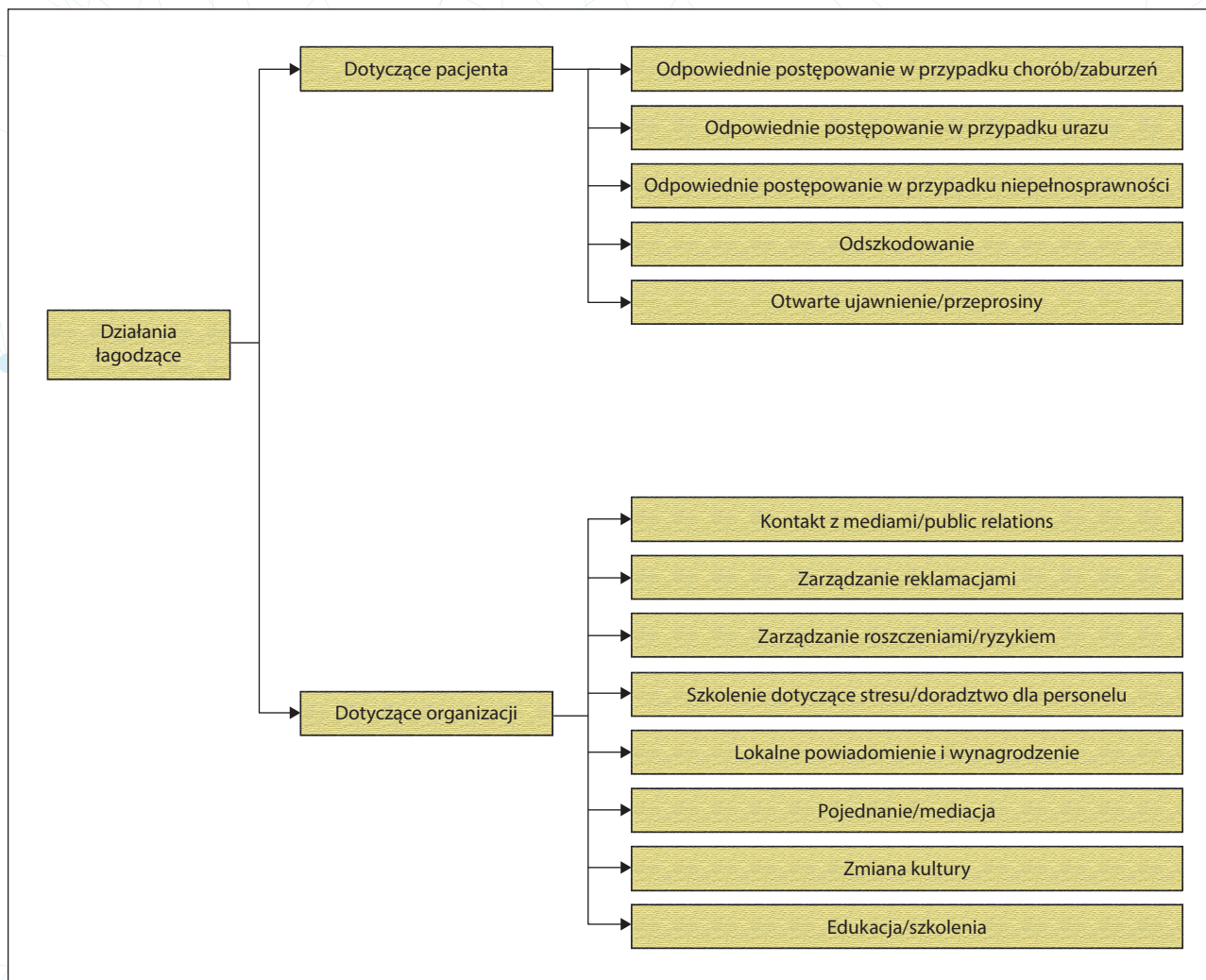
Wykrywanie



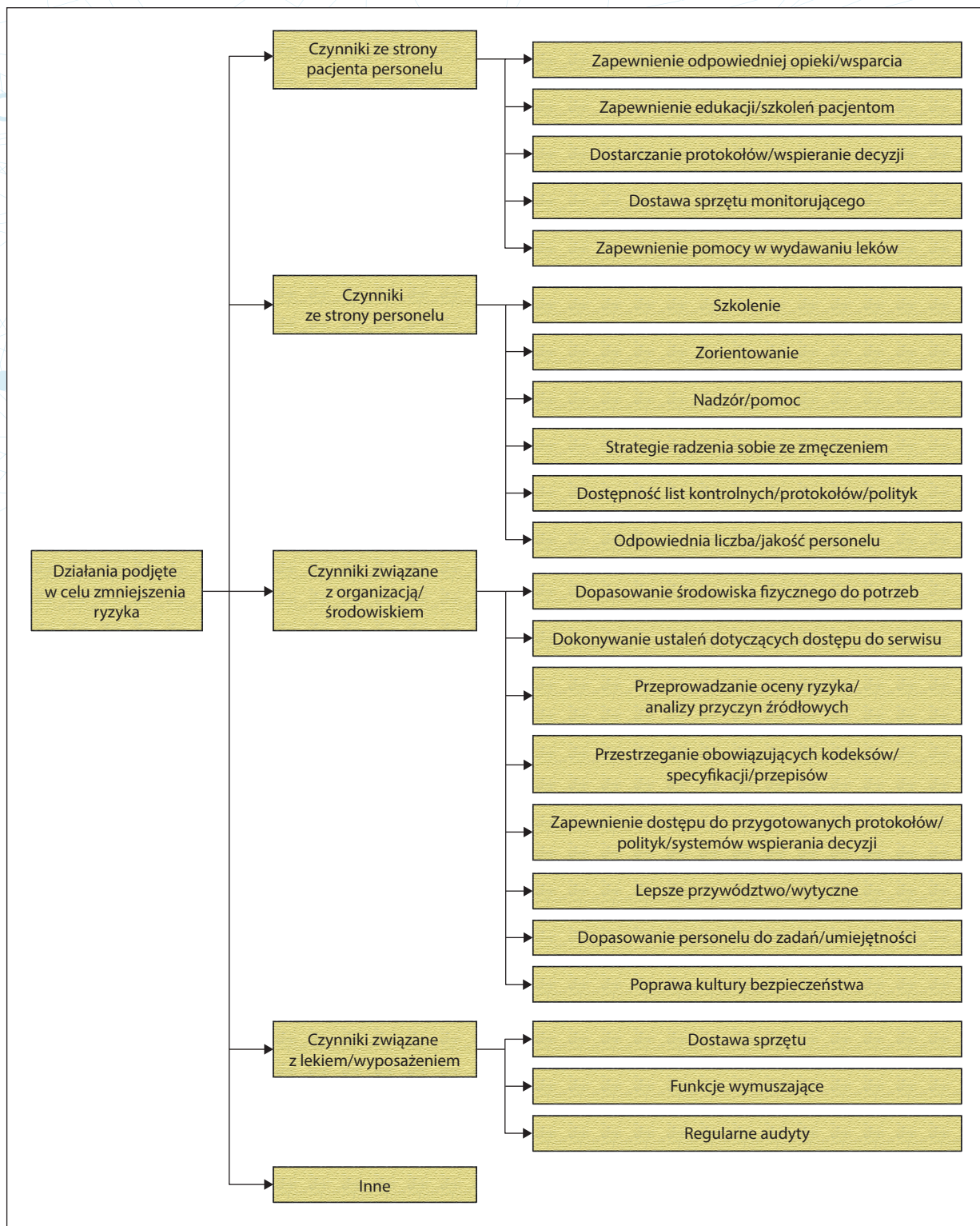
Wpływ na organizację



Działania łagodzące



Działania podjęte w celu zmniejszenia ryzyka





Załącznik techniczny 2

Lista terminów i odniesień uwzględnianych w ramach koncepcyjnych ICPS

Termin	Definicja
<p>Wypadek</p> <p><i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zdarzenie, które wiąże się z uszkodzeniem określonego systemu, zakłócającym bieżące lub przyszłe działanie systemu¹ zob. także 2 2. Niezamierzone i/lub nieoczekiwane zdarzenie lub zdarzenie, które może skutkować obrażeniami lub śmiercią³ 3. Nieplanowane, nieoczekiwane i niepożądane zdarzenie, zwykle mające niekorzystne skutki⁴ 4. Zdarzenie obejmujące uszkodzenie określonego systemu, zakłócające bieżące lub przyszłe działanie systemu¹ 5. Niekorzystny wynik, który NIE jest spowodowany przez przypadek lub zdarzenie losowe⁵
Odpowiedzialny	Bycie pociągniętym do odpowiedzialności ¹⁰⁰
<p>Odpowiedzialność</p> <p><i>Zobacz także odpowiedzialność publiczna</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stopień, w jakim poszczególne osoby odpowiadają przed wyższą władzą; lekarze ponoszą odpowiedzialność przed prawem, przysięgą Hipokratesa i swoimi pacjentami; ... <p>Ostatnio odpowiedzialność lekarza wobec pacjenta została poszerzona o odpowiedzialność wobec ogółu społeczeństwa, ubezpieczycieli i agencji rządowych na wszystkich poziomach³</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Obowiązek dostarczenia wszystkim zainteresowanym dowodów niezbędnych do (1) ustalenia pewności, że zadanie lub obowiązek, za który ktoś jest odpowiedzialny, jest lub został wykonany oraz (2) opisanie sposobu, w jaki to zadanie jest wykonywane lub zostało przeprowadzone. Jeżeli odpowiedzialność została spełniona, organ, który delegował odpowiedzialność, może zostać przekonany poprzez dowód (a nie po prostu stwierdzenie), że przekazane obowiązki lub zadania są lub zostały właściwie wykonane. Odpowiedzialność należy definiować w powiązaniu z odpowiedzialnością za ich wykonanie. Osoba lub organizacja ma odpowiedzialność (to znaczy obowiązek), ponieważ jakaś osoba lub organ posiadający władzę przyznał lub przekazał tę odpowiedzialność. Niewykonanie tego obowiązku pociąga za sobą odpowiedzialność⁶
Działania podjęte w celu ograniczenia szkód	Działania podjęte w celu ograniczenia, zarządzania lub kontrolowania szkody lub prawdopodobieństwa wystąpienia szkody związanej ze zdarzeniem ¹⁰⁰

Termin	Definicja
Błąd aktywny	Błąd występujący na poziomie operatora pierwszego kontaktu, którego skutki są odczuwalne niemal natychmiast ¹
Aktywne awarie	<p>1. Błędy i naruszenia popełniane „na pierwszej linii” systemu... Takie niebezpieczne działania prawdopodobnie będą miały bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo systemu, a ze względu na natychmiastowość ich negatywnych skutków działania te nazywane są awariami aktywnymi⁷</p> <p>2. Awaria spowodowana popełnieniem błędów i naruszeń. Są one trudne do przewidzenia i mają natychmiastowy niekorzystny wpływ na bezpieczeństwo poprzez naruszenie, ominięcie lub wyłączenie istniejących zabezpieczeń⁸</p> <p>3. Aktywne awarie to niebezpieczne działania (błędy i naruszenia) popełniane przez osoby znajdujące się „na pierwszej linii” systemu (chirurgów, anestezjologów, pielęgniarki, lekarzy itp.). Są to ludzie na styku człowiek–system, których działania mogą mieć i czasami mają natychmiastowe negatywne konsekwencje⁹</p> <p>4. Niebezpieczne działania popełniane przez osoby mające bezpośredni kontakt z pacjentem lub systemem. Ich działania i decyzje mogą skutkować błędami, które są w stanie bezpośrednio wpłynąć na bezpieczeństwo¹⁰</p> <p>5. Zdarzenie/działanie/proces, który zostaje podjęty lub ma miejsce w trakcie sprawowania bezpośredniej opieki nad pacjentem i nie osiąga oczekiwanego celu⁵</p>
Niekorzystne zdarzenie związane z urządzeniem <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	Każde zdarzenie, w którym użycie sprzętu medycznego mogło mieć niekorzystne skutki dla pacjenta ²
Zdarzenie niepożądane związane z lekiem (<i>adverse drug event, ADE</i>) <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	<p>1. Uraz pacjenta wynikający z zastosowania leku, z reakcji farmakologicznej na normalną dawkę lub z powodu możliwej do uniknięcia niepożądanego reakcji na lek, wynikającej z błędu¹¹</p> <p>2. Każde zdarzenie, w którym zastosowanie leku (leku biologicznego) w dowolnej dawce, wyrobu medycznego lub produktu żywnościowego specjalnego przeznaczenia (np. suplementu diety, preparatu do początkowego żywienia niemowląt, żywności medycznej) mogło skutkować niepożądanym zdarzeniem w stosunku do pacjenta⁸ zob. także 2</p>

Termin	Definicja
<p>Zdarzenie niepożądane związane z lekiem (<i>adverse drug event, ADE</i>) <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i></p>	<p>3. Ogólny termin określający każdą niepożądaną lub niezamierzoną reakcję na lek podany w dawkach odpowiednich do stanu danej osoby, które można podzielić ze względu na obecność lub brak mechanizmu immunologicznego; ... ADE to reakcje terapeutyczne, które są szkodliwe, niezamierzone i występują po dawkach stosowanych u ludzi w profilaktyce, diagnostyce, leczeniu lub modyfikacji funkcji fizjologicznych; definicja ADE nie obejmuje niepowodzeń terapeutycznych, zatruc lub celowego przedawkowania³</p> <p>4. Uraz wynikający z interwencji związanej z lekami. Mogą one obejmować błędy w przepisywaniu leków, błędy w wydawaniu leków i błędy w podawaniu leków¹²</p> <p>5. Uraz lub szkoda wynikająca z interwencji medycznej związanej z lekiem¹³ zob. także 14</p> <p>6. Uraz powstały na skutek zażywania leków. Uważa się, że ADE związanym z błędem w leczeniu można zapobiec, w przeciwieństwie do ADE, które nie są związane z błędem w leczeniu (np. znane skutki uboczne leku)¹⁵</p> <p>7. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia zdarzenie niepożądane leku to zdarzenie, które jest „szkodliwe i niezamierzone i które występuje przy dawkach stosowanych u człowieka w profilaktyce, diagnostyce, terapii lub modyfikacji funkcji fizjologicznych”. Również uraz powstały w wyniku interwencji medycznej związanej z lekiem. Należy pamiętać, że ta definicja nie obejmuje błędów w przepisywaniu, dostarczaniu lub podawaniu leków, chyba że skutkuje to urazem⁶</p> <p>8. Każde niepożądane działanie leku występujące przy dowolnej dawce, które powoduje którykolwiek z następujących skutków: zgon, zagrażające życiu niepożądane działanie leku, hospitalizacja szpitalna lub przedłużenie istniejącej hospitalizacji, trwała lub znacząca niepełnosprawność/niezdolność do pracy lub wada wrodzona/wada wrodzona. Ważne zdarzenia medyczne, które mogą nie skutkować zgonem, zagrażać życiu lub wymagać hospitalizacji, można uznać za poważne niepożądane działanie leku, jeżeli na podstawie odpowiedniej oceny lekarskiej mogą stanowić zagrożenie dla pacjenta lub uczestnika i mogą wymagać interwencji medycznej lub chirurgicznej, aby zapobiec jednemu ze skutków wymienionych w tej definicji¹⁶</p>
<p>Zdarzenie niepożądane związane z lekiem (<i>adverse drug event, ADE</i>) <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i></p>	<p>9. Podanie [leku] poza ustalonym odstępem czasu od planowej godziny podania, określonej przez każdą placówkę ochrony zdrowia¹⁷</p> <p>10. Uraz spowodowany lekiem lub brakiem leku przeznaczonego do użytku¹⁸</p> <p>11. Zdarzenie niepożądane związane z lekiem¹⁹</p>

Termin	Definicja
<p>Niepożądana reakcja na lek (<i>adverse drug reaction, ADR</i>) Zobacz także zdarzenie niepożądane</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niezamierzone, niepożądane lub nieoczekiwane skutki przepisanych leków lub błędów w stosowaniu leków, które wymagają odstawienia leku lub modyfikacji jego dawki; wymagają wstępnej lub długotrwałej hospitalizacji; skutkować niepełnosprawnością; wymagają leczenia lekiem na receptę; spowodować pogorszenie lub upośledzenie funkcji poznawczych; zagrażają życiu; spowodować śmierć; lub skutkować wadami wrodzonymi¹¹ 2. Niepożądana reakcja związana ze stosowaniem leku, która albo pogarsza skuteczność terapii, albo zwiększa toksyczność, albo jedno i drugie⁸ 3. Niepożądane działanie leku, zwykle z wyłączeniem zamierzonego lub przypadkowego zatrucia oraz nadużywania narkotyków²⁰ 4. Jakakolwiek nieoczekiwana, niezamierzona, niepożądana lub nadmierna reakcja na lek wymagająca zaprzestania jego stosowania (terapeutyczna lub diagnostyczna); wymaga zmiany terapii lekowej; wymaga modyfikacji dawki (z wyjątkiem niewielkich dostosowań dawkowania); wymaga hospitalizacji; przedłuża pobyt w placówce opieki zdrowotnej; wymaga leczenia wspomagającego; znacznie utrudnia rozpoznanie; negatywnie wpływa na rokowanie; lub skutkuje tymczasową lub trwałą krzywdą, kalectwem lub śmiercią²¹ 5. Niepożądany efekt uboczny lub toksyczność spowodowana podaniem leku⁶ 6. Reakcja na produkt leczniczy, która jest szkodliwa i niezamierzona i która występuje w dawkach zwykle stosowanych u człowieka w celu profilaktyki, diagnozowania lub leczenia chorób lub w celu przywrócenia, korekty lub modyfikacji funkcji fizjologicznych²²

Termin	Definicja
<p><i>Zdarzenie niepożądane</i> <i>Zobacz także: wypadek, niepożądane zdarzenie związane z lekiem, niepożądana reakcja na lek, niekorzystne zdarzenie u pacjenta, poważne zdarzenie niepożądane, zły wynik, incydent kliniczny, zdarzenie bliskie wystąpieniu, zdarzenie krytyczne, niebezpieczna sytuacja, nieszczęśliwe zdarzenie związane z lekiem, błąd, zdarzenie, szkoda, zagrożenie, jatrogenne, incydent, uraz, zagrażające życiu niepożądane działanie leku, błąd medyczny, uraz medyczny, nieszczęśliwy wypadek medyczny, błąd medyczny, błąd w leczeniu, nieszczęśliwy wypadek, pomyłka, zdarzenie potencjalnie niebezpieczne, zdarzenie nieprowadzące do szkody, bezpieczeństwo pacjenta, zdarzenie (incydent) związane z bezpieczeństwem pacjenta, potencjalne zdarzenie niepożądane, potencjalne zdarzenie, błąd w przygotowaniu, błąd w przepisywaniu leku, możliwe do uniknięcia zdarzenie niepożądane związane z podaniem leku, zdarzenie niepożądane, któremu można zapobiec, zgon, któremu można zapobiec</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uraz spowodowany leczeniem medycznym lub powikłaniami, a nie chorobą podstawową, który przedłużył hospitalizację lub spowodował niepełnosprawność w momencie wypisu z opieki medycznej, lub jedno i drugie^{23 zob. także 24} 2. Niepożądany wynik leczenia, który może, ale nie musi, być wynikiem błędu²⁵ 3. Zdarzenie lub zaniechanie powstałe w trakcie opieki klinicznej i powodujące uraz fizyczny lub psychiczny pacjenta²⁶ 4. Negatywna konsekwencja opieki skutkująca niezamierzonym urazem lub chorobą, której można było zapobiec lub nie²⁷ 5. Uraz powstały w wyniku leczenia medycznego, który skutkuje wymierną niepełnosprawnością²⁸ 6. Uraz spowodowany leczeniem medycznym (a nie chorobą podstawową), który wydłuża hospitalizację, powoduje niepełnosprawność w momencie wypisu lub jedno i drugie; ... Zdarzenia niepożądane są spowodowane powikłaniami lekowymi, zakażeniami ran i powikłaniami technicznymi, a także zaniedbaniami (spowodowanymi przez) błędami diagnostycznymi, wpadkami terapeutycznymi oraz zdarzeniami mającymi miejsce na izbie przyjęć³ 7. Nieoczekiwane, niepożądane i zwykle nieprzewidziane zdarzenie, takie jak zgon pacjenta, pracownika lub gościa w organizacji opieki zdrowotnej. Zdarzenia takie jak upadek pacjenta lub niewłaściwe podanie leków są również uważane za zdarzenia niepożądane, nawet jeśli nie wywołują trwałych następstw dla pacjenta⁸ 8. Zdarzeniami niepożądanymi są zdarzenia niepożądane, niepowodzenia terapeutyczne, urazy jatrogenne lub inne zdarzenia niepożądane bezpośrednio związane z opieką lub usługami świadczonymi na terenie ośrodka medycznego, przychodni lub innej placówki. Zdarzenia niepożądane mogą wynikać z działań popełnionych lub zaniechanych²⁹ 9. Niepożądane zdarzenie występujące w trakcie opieki medycznej, powodujące wymierną zmianę stanu pacjenta³⁰ 10. Zdarzenie, które powoduje niezamierzoną szkodę dla pacjenta w wyniku działania lub zaniechania, a nie choroby lub stanu pacjenta³¹ 11. Uraz wynikający z interwencji medycznej, a nie ze względu na podstawowy stan pacjenta^{1 zob. także 15, 19, 22} 12. Nieoczekiwane i niepożądane zdarzenie bezpośrednio związane z opieką lub usługami świadczonymi pacjentowi⁵ 13. Zdarzenie, w wyniku którego pacjent doznał szkody¹⁰⁰

Termin	Definicja
Czynniki wywołujące zdarzenia niepożądane	Dane kliniczne dotyczące opieki nad pacjentem wskazujące na uzasadnione prawdopodobieństwo, że zdarzenie niepożądane wystąpiło lub występuje ^{22,31}
Niekorzystny efekt <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	Do niekorzystnego efektu zalicza się przedłużoną hospitalizację, niepełnosprawność lub zgon w momencie wypisu ²
Niekorzystne zdarzenie u pacjenta (<i>adverse patient occurrence, APO</i>) <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	Zdarzenie spełniające jedno lub więcej kryteriów, np.: (1) pacjent doznał obrażeń, niezależnie od tego, czy szpital może ponieść odpowiedzialność; (2) przyjęcie nastąpiło w wyniku niekorzystnego wyniku opieki ambulatoryjnej; (3) pacjent został ponownie przyjęty ze względu na powikłania lub niepełną opiekę podczas poprzedniego przyjęcia; (4) wystąpiły braki w dokumentacji, np. w procedurach świadomej zgody lub w dokumentacji medycznej; (5) przeprowadzono nieplanowaną operację; (6) zastosowano procedury, które nie spełniały szpitalnych kryteriów stosowności; (7) wystąpił problem z użyciem krwi lub składników krwi; (8) doszło do zakażenia szpitalnego (nabytego w szpitalu); (9) zastosowanie leków było niewłaściwe; (10) nastąpiło zatrzymanie akcji serca lub oddechu albo zgon; (11) doszło do zdarzenia (takiego jak upadek pacjenta); (12) nie monitorowano nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych lub prześwietleń; (13) pobyt był wyjątkowo krótki lub długi jak na te objawy; (14) wystąpiły problemy z uzyskaniem usług; lub (15) wystąpiło niezadowolenie pacjenta lub rodziny. Kryteria te są parafrazą systemu analizy zarządzania medycznego służącego do przeglądu opieki, która w dużym stopniu zależy od badań przesiewowych i zgłaszania APO ⁶
Działanie niepożądane	Nieoczekiwana szkoda wynikająca z uzasadnionego działania, w przypadku gdy zastosowano proces właściwy dla sytuacji, w której zdarzenie miało miejsce ¹⁰⁰
Poważne zdarzenie niepożądane <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	Nieoczekiwane zdarzenie powodujące zgon lub poważne obrażenia fizyczne lub psychiczne albo ryzyko ich wystąpienia. Poważne obrażenia obejmują w szczególności utratę kończyny lub funkcji ³²
Lek	1. Substancja chemiczna, substancja biologiczna lub organizm zdolny do wywołania skutku ⁶ 2. Aktywna siła lub substancja zdolna do wywołania efektu ³³ 3. Substancja, przedmiot lub system, który działa powodując zmianę ¹⁰⁰
Komunikat ostrzegawczy	Dane wyjściowe generowane komputerowo, tworzone, gdy rekord spełnia wcześniej określone kryteria ³¹
Działanie łagodzące	Podjęte działanie lub okoliczność zmieniona w celu poprawy lub zrekompensowania szkody powstałej po zdarzeniu ¹⁰⁰
Wiedza asercyjna	Wiedza prymitywna, której nie da się zdefiniować na podstawie innej wiedzy ³¹
Atrybucja	Cechy, właściwości lub cechy kogoś lub czegoś ¹⁰⁰

Termin	Definicja
Zły efekt	Nieosiągnięcie pożądanego rezultatu opieki ¹
Analiza barier	[Metoda, którą] można zastosować do badania wypadków, biorąc pod uwagę przyczyny nieskuteczności barier [błędów] i to, czy istnieją wystarczające bariery ³⁴
Punkt odniesienia (<i>benchmark</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Działania organizacji lub osoby w odniesieniu do danej cechy, których działanie uważa się za cel innych działań. W kontekście reformy opieki zdrowotnej za punkt odniesienia uważa się taki wynik, który zapewnia najlepszą kombinację wyników i kosztów; tj. „najlepszy” możliwy wynik może kosztować tak dużo, że nie można go traktować jako punktu odniesienia⁶ 2. Miara porównawcza wyników¹² 3. Punkt odniesienia lub standard, według którego można coś zmierzyć, porównać lub ocenić, na przykład w przypadku wskaźników wydajności⁸
Testowanie (<i>benchmarking</i>) porównawcze	<ol style="list-style-type: none"> 1. System, w którym ocena opieki zdrowotnej ma na celu zmierzenie jej wyników na podstawie standardów „najlepszych praktyk”. Standardy najlepszych praktyk mogą odzwierciedlać (1) praktykę medyczną opartą na dowodach (jest to praktyka poparta bieżącymi badaniami obejmującymi podobne populacje pacjentów) oraz (2) systemy oparte na wiedzy. W <i>benchmarkingu</i> widoczne jest odejście od anegdotycznej praktyki opartej na doświadczeniu pojedynczego praktyka⁶ 2. Ciągły proces określający, w jaki sposób inne organizacje osiągnęły optymalną wydajność¹² 3. Ciągły pomiar procesu, produktu lub usługi w stosunku do najsilniejszego konkurenta, osób uważanych za liderów branży lub podobnych działań w organizacji w celu znalezienia i wdrożenia sposobów ich ulepszenia. Jest to jeden z fundamentów zarówno kompleksowego zarządzania jakością, jak i ciągłego doskonalenia jakości. Wewnętrzny <i>benchmarking</i> występuje, gdy porównuje się podobne procesy w tej samej organizacji. <i>Benchmarking</i> konkurencyjny ma miejsce, gdy procesy organizacji są porównywane z najlepszymi praktykami w branży. <i>Benchmarking</i> funkcjonalny odnosi się do <i>benchmarkingu</i> podobnej funkcji lub procesu w innej branży⁸
Najlepsze praktyki	Praktyki kliniczne, naukowe lub zawodowe uznawane przez większość specjalistów w danej dziedzinie. Praktyki te są zazwyczaj oparte na dowodach i konsensusie ¹¹
Łagodne błędy	Zdarzenia, które nie powodują szkody lub nie przynoszą niekorzystnego efektu ³⁵
Leki biologiczne	Leki wytwarzane z organizmów żywych i ich produktów, w tym surowice, szczepionki, antygeny i antytoksyny ¹¹

Termin	Definicja
Zaplecze	Zaplecze systemu jest źródłem zasobów i ograniczeń tworzących środowisko, w którym pracują praktycy. Zaplecze jest także źródłem wymagań produkcyjnych, którym muszą sprostać praktycy operujący na pierwszej linii ³⁵
Uzasadnienie na podstawie przypadków	System wspomagania decyzji wykorzystujący bazę danych podobnych przypadków ³¹
Założenie kontinuum przyczynowego	Założenie, że czynnik przyczynowy (awarii) wypadków następczych jest podobny do czynników wywołujących nieistotne zdarzenia potencjalnie wypadkowe ³¹
Czynnik przyczynowy <i>Zobacz także: przyczynowość, przyczyna, przyczyna bezpośrednia, przyczyna poprzedzająca, przyczyna podstawowa</i>	Czynnik, który ukształtował wynik sytuacji ³⁸
Przyczynowość <i>Zobacz także: czynnik przyczynowy, przyczyna, przyczyna bezpośrednia, przyczyna poprzedzająca, przyczyna podstawowa</i>	1. Ustalenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy [zarzucanym] zaniedbaniem a rzekomymi szkodami ³ 2. Czynność wywołująca skutek ⁸ zob. także 22
Przyczyna <i>Zobacz także: przyczynowość, przyczyna bezpośrednia, przyczyna poprzedzająca, przyczyna podstawowa</i>	1. Czynność wywołująca skutek ⁸ 2. Czynnik poprzedzający, który przyczynia się do zdarzenia, skutku, efektu lub rezultatu. Przyczyna może być bliższa w tym sensie, że bezpośrednio poprzedza skutek... Przyczyna może być również odległa... przyczyniając się w ten sposób do efektu ²² zob. także 5
Badanie analizy przyczynowej <i>Zobacz także analiza przyczyn źródłowych</i>	Proces badania i analizowania urazów pacjentów i incydentów gości, który identyfikuje ukryte awarie systemu i ich przyczyny ²
Okoliczność	Jakikolwiek czynnik związany ze zdarzeniem, lekiem lub osobą(-ami) lub wpływający na nie ¹⁰⁰
Klasa	Grupa lub zestaw podobnych rzeczy ¹⁰⁰
Klasyfikacja <i>Zobacz także taksonomia</i>	1. Taksonomia, która porządkuje lub organizuje podobne bądź powiązane terminy w celu łatwego wyszukiwania ² zob. także 31 2. Porządkowanie bytów w grupy lub klasy na podstawie ich podobieństwa ³⁹ 3. Układ pojęć w klasy i ich podziały w celu wyrażenia relacji semantycznych między nimi ¹⁰⁰

Termin	Definicja
Audyt kliniczny	<p>1. Cykl działań obejmujący ocenę opieki, porównanie z pewnym standardem (procesem lub wynikiem), a w idealnym przypadku, w razie potrzeby, interwencje mające na celu poprawę jakości. Większość opiera się... na próbkowaniu na dużą skalę²⁹</p> <p>2. Analiza opieki nad pacjentami ze wspólnymi chorobami w celu zidentyfikowania i skorygowania słabych punktów w leczeniu (najlepiej przy użyciu pisemnych protokołów lub wytycznych)⁴⁰</p> <p>3. Uporządkowany przegląd aktualnych procedur klinicznych w porównaniu z wcześniej ustalonymi standardami. Następnie podejmuje się działania mające na celu usunięcie wszelkich zidentyfikowanych braków w bieżących praktykach. Przegląd jest powtarzany w celu sprawdzenia, czy standardy są spełnione¹⁴</p>
Repozytorium danych klinicznych	Kliniczna baza danych zoptymalizowana pod kątem przechowywania i wyszukiwania informacji o poszczególnych pacjentach oraz wykorzystywana do organizacji opieki nad pacjentem i codziennych działań ³¹
Incydent kliniczny <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	Incydenty w placówkach opieki zdrowotnej wywołane procedurami klinicznymi, które spowodowały lub mogły spowodować nieoczekiwaną szkodę dla pacjenta ¹⁴
System informacji klinicznej	Elementy systemu informacyjnego opieki zdrowotnej zaprojektowane w celu ułatwienia świadczenia opieki nad pacjentem, w tym komunikacji w zakresie zamówień, raportowania wyników, planowania opieki i dokumentacji klinicznej ³¹
Zdarzenia bliskie wystąpienia <i>Zobacz także zdarzenia potencjalnie niepożądane bliskie wystąpienia (near miss), potencjalne zdarzenie niepożądane leku, potencjalne zdarzenie niepożądane, potencjalny błąd, potencjalne zdarzenie</i>	<p>1. Zdarzenie lub sytuacja, która mogła spowodować wypadek, uraz lub chorobę, ale nie spowodowała tego ani przez przypadek, ani w wyniku interwencji podjętej w odpowiednim czasie²⁹ zob. także 2</p> <p>2. Zdarzenie lub sytuacja, która mogła skutkować zdarzeniem niepożądanym, ale nie spowodowała tego ani przez przypadek, ani w wyniku interwencji podjętej w odpowiednim czasie³¹</p> <p>3. Poważny błąd lub nieszczęście, które może spowodować niepożądane zdarzenie, ale nie powoduje tego ze względu na przypadek lub wychwycenie¹⁹</p>
Kognitywistyka	Połączenie dyscyplin obejmujących sztuczną inteligencję, neuronaukę, filozofię i psychologię. W naukach kognitywistycznych psychologia poznawcza jest dyscypliną parasolową dla osób zainteresowanych funkcjami poznawczymi, takimi jak percepcja, uczenie się, pamięć, język, tworzenie koncepcji, rozwiązywanie problemów i myślenie ⁴¹

Termin	Definicja
Zmienność spowodowana częstą przyczyną <i>Zobacz także zmienność procesu, zmienność spowodowana specjalną przyczyną</i>	Zmiana w procesie wynikająca z samego procesu i powstająca w wyniku interakcji zmiennych tego procesu. Zmienność wynikająca ze wspólnej przyczyny jest nieodłączną cechą wszystkich procesów; nie jest to zakłócenie procesu. Można ją usunąć jedynie poprzez wprowadzenie podstawowych zmian w procesie ⁸
Porównywalność	Umiejętność porównywania podobnych danych przechowywanych w różnych systemach komputerowych. Porównywalność wymaga, aby znaczenie danych było spójne w przypadku ich udostępniania różnym stronom ³¹
Kompetencja	1. Posiadanie odpowiednich umiejętności i kwalifikacji ⁴² 2. Umiejętności, wiedza i możliwości jednostki... spełniające określone oczekiwania ¹¹
Skarga	1. Ogólny termin określający objaw, którego dana osoba jest świadoma lub który powoduje dyskomfort ³ 2. Wyraz niezadowolenia ze strony pacjenta lub informatora reprezentujący określone postrzeganie wydarzeń. Skarga może, ale nie musi, ujawnić, że wystąpiła pomyłka lub błąd ⁴³
Powikłanie	1. Niekorzystny z punktu widzenia medycznego stan pacjenta powstały w trakcie udzielania opieki zdrowotnej, niezależnie od miejsca, w którym opieka jest sprawowana ⁸ zob. także 2 2. Rozpoznanie stawiane podczas hospitalizacji, która u około 75% i więcej pacjentów wydłuża pobyt w szpitalu o co najmniej jeden dzień ⁶ 3. Choroba lub uraz powstały w wyniku innej choroby i/lub interwencji w zakresie opieki zdrowotnej ⁵
Pojęcie/koncepcja	Nośnik lub uosobienie znaczenia
Orientacja koncepcyjna	Elementy terminologii są zakodowanymi pojęciami, z możliwie wieloma synonimicznymi reprezentacjami tekstowymi i hierarchicznymi lub definicyjnymi powiązaniem z innymi zakodowanymi pojęciami. Nie istnieją żadne zbędne, dwuznaczne lub niejasne pojęcia ³¹
Trwałość koncepcji	Znaczenie każdego zakodowanego pojęcia w terminologii pozostaje niezmiennione. Jeśli znaczenie pojęcia wymaga zmiany lub udoskonalenia, wprowadza się nowe, zakodowane pojęcie. Żadne wycofane kody nie są usuwane ani ponownie wykorzystywane ³¹
Model koncepcyjny	Model głównych pojęć domeny i ich relacji ³¹

Termin	Definicja
<p>Czynnik przyczyniający się</p> <p><i>Zobacz także: czynnik przyczynowy, przyczynowość, przyczyna, przyczyna bezpośrednia, przyczyna poprzedzająca, przyczyna podstawowa</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czynnik poprzedzający zdarzenie, skutek, rezultat lub wynik podobny do przyczyny. Czynnik dodatkowy może odpowiadać błędowi aktywnemu lub przyczynie jego wystąpienia, na przykład czynnik sytuacyjny lub stan ukryty, który odegrał rolę w wywołaniu efektu²² 2. Dodatkowe przyczyny, niekoniecznie najbardziej podstawowa przyczyna wystąpienia zdarzenia²⁹ 3. Powód(y), czynnik(y) sytuacyjny(e) lub stan(y) ukryty(e), które odegrały rolę w wywołaniu niekorzystnego efektu⁵ 4. Okoliczność, działanie lub wpływ, co do którego uważa się, że odegrało rolę w powstaniu lub rozwoju zdarzenia lub zwiększyło ryzyko wystąpienia zdarzenia¹⁰⁰
Akredytacja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proces uzyskiwania, weryfikacji i oceny kwalifikacji pracownika ochrony zdrowia do świadczenia usług opieki nad pacjentem w ramach lub dla organizacji opieki zdrowotnej... udokumentowany dowód posiadania licencji, wykształcenia, szkolenia, doświadczenia lub innych kwalifikacji¹¹ 2. Proces ustalania uprawnień do członkostwa w szpitalnym personelu medycznym oraz przywilejów przyznawanych lekarzom i innym specjalistom w świetle ich przygotowania akademickiego, posiadania licencji, przeszkolenia i doświadczenia. Przywileje przyznaje organ szpitala, zwykle na podstawie rekomendacji personelu medycznego i za pośrednictwem komisji ds. kwalifikacji personelu medycznego... Kwalifikacje i wyniki są poddawane okresowym przeglądom, a członkostwo personelu medycznego (i/lub przywileje) może zostać odmówione, zmodyfikowane lub odebrane⁶
Kryterium standardowe	<p>Metoda o ustalonej lub powszechnie akceptowanej dokładności ustalania rozpoznania, zapewniająca standard, z którym można porównać nowe testy przesiewowe lub diagnostyczne. Standardy kryteriów można także stosować w badaniach jakości opieki, aby wskazać poziom wyników, uzgodniony przez ekspertów lub innych specjalistów, z którym można porównać indywidualnych lekarzy lub organizacje⁸</p>
Krytyczny incydent	<p>Incydent skutkujący poważną szkodą... pacjenta... gdy istnieje oczywista potrzeba natychmiastowego zbadania i reakcji⁵</p>
<p>Zgłaszanie krytycznych zdarzeń</p> <p><i>Zobacz także raportowanie zdarzeń, raportowanie incydentów</i></p>	<p>Identyfikacja zdarzeń, którym można było zapobiec (tj. zdarzeń, które mogły prowadzić lub doprowadziły do niepożądanego efektu) zgłoszonych przez personel bezpośrednio zaangażowany w dany proces w momencie wykrycia zdarzenia. Zgłoszenia incydentów mogą obejmować zdarzenia należące do dowolnej lub wszystkich trzech podstawowych kategorii: zdarzenia niepożądane, zdarzenia nieprowadzące do szkody i zdarzenia potencjalnie wypadkowe⁴⁴</p>

Termin	Definicja
Technika incydentu krytycznego	Zestaw procedur służących do gromadzenia bezpośrednich obserwacji ludzkich zachowań w taki sposób, aby ułatwić ich potencjalną użyteczność w rozwiązywaniu problemów praktycznych i rozwijaniu szerokich zasad psychologicznych ⁴⁵
Niebezpieczna sytuacja <i>Zobacz także zagrożenie</i>	Istnieją zarówno aktywne, jak i ukryte błędy i niepowodzenia, które stwarzają zagrożenie zwiększające ryzyko szkód ²
Element danych	Podstawowa jednostka informacji posiadająca unikalne znaczenie i podkategorie odrębnych jednostek lub wartości ³¹
Eksploracja danych	Wykorzystanie podstawowego zestawu narzędzi do wydobywania wzorców z danych znajdujących się w bazach danych ³¹
Błąd decyzji	Decyzja, która niepotrzebnie zwiększa ryzyko ⁴⁶
Stopień szkody	Dotkliwość i czas trwania szkody oraz konsekwencje leczenia wynikające z incydentu ¹⁰⁰
Wykrycie	Działanie lub okoliczność, która skutkuje wykryciem zdarzenia ¹⁰⁰
Diagnoza	1. Zespół „objawów” (zaburzeń wyglądu, funkcjonowania lub czucia, których pacjent jest świadomy), „oznak” (zaburzeń, które może wykryć lekarz lub inna osoba) i „wyników” (zaburzeń wykrytych laboratoryjnie, zdjęcie rentgenowskie lub inne procedury diagnostyczne lub odpowiedź na terapię) ⁶ 2. Określenie charakteru choroby, urazu lub wady wrodzonej... dokonane na podstawie oceny podmiotowych (objawów) i przedmiotowych (oznak) objawów choroby ³³
Przyczyna bezpośrednia <i>Zobacz także: czynnik przyczynowy, przyczynowość, przyczyna, przyczyna poprzedzająca, przyczyna podstawowa</i>	Przyczyna uruchamiająca łańcuch zdarzeń wywołujących skutek bez udziału jakiegokolwiek innego niezależnego źródła ⁸

Termin	Definicja
Niepełnosprawność	<p>1. Istotne zakłócenie możliwości normalnego funkcjonowania człowieka¹⁶</p> <p>2. Upośledzenie fizyczne lub psychiczne, które istotnie ogranicza jedną lub więcej głównych aktywności życiowych jednostki²⁷</p> <p>3. Ograniczenie psychicznej lub fizycznej zdolności osoby do funkcjonowania w obszarze pracy, nauki lub innych społecznie wymaganych zajęć w zakresie, w którym można uznać, że dana osoba potrzebuje określonych świadczeń, rekompensaty, zwolnień [i/lub] specjalnego szkolenia ze względu na wspomniane ograniczenia. Niepełnosprawność obejmuje upośledzenie słuchu, mobilności, mowy i wzroku; zakażenie gruźlicą, AIDS lub inną chorobą zakaźną; nowotwór złośliwy; nadużywanie alkoholu lub narkotyków w wywiadzie; lub chorobę psychiczną³</p> <p>4. Wszelkie ograniczenia lub ograniczenia wynikające z upośledzenia możliwości wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uznawanym za normalny dla człowieka zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Upośledzenia, Niepełnosprawności i Ograniczeń (1980) opublikowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Termin niepełnosprawność odzwierciedla następstwa upośledzenia⁸</p> <p>5. Wszelkiego rodzaju upośledzenie budowy lub funkcji ciała, ograniczenie aktywności i/lub ograniczenie uczestnictwa w społeczeństwie, związane z przeszłą lub obecną szkodą¹⁰⁰</p>
Choroba	<p>1. Choroba lub zaburzenie funkcjonowania organizmu lub niektórych tkanek, narządów lub układów. Choroby różnią się od urazów tym, że urazy są wynikiem zewnętrznych czynników fizycznych lub chemicznych⁶</p> <p>2. Dysfunkcja fizjologiczna lub psychiczna¹⁰⁰</p>
Dezynfekcja	Zastosowanie procedury chemicznej, która eliminuje praktycznie wszystkie uznane mikroorganizmy chorobotwórcze, ale niekoniecznie wszystkie formy drobnoustrojów (np. endospory bakteryjne) na obiektach nieożywionych ³⁶
Błąd dozowania	Odstępstwo od polecenia lekarza przepisującego, dokonane przez personel apteki przy wydawaniu leków oddziałom z opieką pielęgniarską lub pacjentom apteki ambulatoryjnej ⁴⁷
Domena	Miejsce wystąpienia błędu w opiece zdrowotnej lub awarii systemu oraz rodzaj z uwzględnieniem osoby uczestniczącej. Podkategorie obejmują okoliczności, personel, pacjenta i cel. Jedna z czterech powiązanych ze sobą subklasyfikacji elementów składających się na błędy w opiece zdrowotnej i awarie systemów ⁴⁸
Alergie na leki	Stan nadwrażliwości wywołany ekspozycją na określony antygen leku, skutkujący szkodliwymi reakcjami immunologicznymi po kolejnej ekspozycji na lek, np. alergia na penicylinę ³⁶

Termin	Definicja
Niekorzystne zdarzenie związane z lekiem <i>Zobacz zdarzenie niepożądane</i>	Szerokie określenie stosowane w odniesieniu do działań niepożądanych leków, błędów w przepisywaniu leków i błędów w leczeniu ⁴⁷
Efektywność	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stopień, w jakim opieka jest świadczona we właściwy sposób, biorąc pod uwagę aktualny stan wiedzy, aby osiągnąć pożądane lub przewidywane rezultaty dla jednostki¹¹ 2. Opieka oparta na wykorzystaniu systematycznie zdobywanych dowodów w celu ustalenia, czy interwencja, taka jak usługa zapobiegawcza, test diagnostyczny lub terapia, daje lepsze wyniki niż rozwiązania alternatywne – w tym alternatywa polegająca na niepodejmowaniu żadnych działań⁴⁹ 3. Stopień, w jakim włożony wysiłek lub podjęte działanie pozwala osiągnąć pożądany efekt (rezultat lub cel)⁶
Skuteczność	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stopień, w jakim wykazano, że opieka nad daną osobą przynosi pożądane lub przewidywane rezultaty¹¹ 2. Stopień, w jakim konkretna interwencja, procedura, schemat lub usługa dają korzystny wynik w idealnych warunkach. Skuteczność jest często niewłaściwie rozumiana jako synonim skuteczności w świadczeniu opieki zdrowotnej; różni się od efektywności, która dotyczy warunków istniejących w rzeczywistości – zwykłych lub normalnych okolicznościach – a nie warunków idealnych⁸
Wydajność	<ol style="list-style-type: none"> 1. Związek pomiędzy wynikami (rezultatami opieki) a zasobami wykorzystanymi do świadczenia opieki¹¹ 2. Stosunek ilości wykonanej pracy do wymaganego wysiłku⁶
Elektroniczna informacja dotycząca zdrowia	Repozytorium elektronicznie utrzymywanych informacji na temat opieki zdrowotnej danej osoby oraz odpowiednich narzędzi do zarządzania informacjami klinicznymi, które zapewniają alerty i przypomnienia, powiązania z zewnętrznymi źródłami wiedzy na temat zdrowia oraz narzędzia do analizy danych ³¹
Elementy wykonania	Określone oczekiwania i/lub struktury dotyczące wykonania lub procesy, które muszą działać, aby organizacja mogła zapewnić bezpieczną opiekę, leczenie i usługi wysokiej jakości ¹¹

Termin	Definicja
Błąd <i>Zobacz też zdarzenie niepożądane</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niemożność wykonania zaplanowanego działania zgodnie z zamierzeniem lub zastosowanie błędnego, niewłaściwego lub nieprawidłowego planu do osiągnięcia celu¹ zob. także 2, 5, 26, 29 2. Niepowodzenie w osiągnięciu zamierzonego celu po podjęciu zaplanowanych działań⁵⁰ 3. Odchylenia w procesie opieki, które mogą, ale nie muszą, wyrządzić szkodę pacjentom²⁵ 4. Niezamierzone odchylenie od standardowych procedur operacyjnych lub wytycznych postępowania w praktyce³ 5. Działanie lub zaniechanie, które spowodowało lub przyczyniło się do powstania niezamierzonej szkody²⁴ 6. Termin ogólny obejmujący wszystkie sytuacje, w których zaplanowana sekwencja czynności umysłowych lub fizycznych nie osiąga zamierzonego rezultatu²² 7. Niewykonanie zaplanowanego działania zgodnie z zamierzeniem lub zastosowanie nieprawidłowego planu¹⁰⁰
Błąd decyzyjny	Decyzja, która niepotrzebnie zwiększa ryzyko ²
Błąd w trakcie działania	<ol style="list-style-type: none"> 1. Błąd powstały w wyniku podjętego działania⁸ zob. także 22 2. Podjęcie wobec pacjenta interwencji medycznej skutkującej zdarzeniem niepożądanym³¹ 3. Niewykonanie zaplanowanego działania zgodnie z zamierzeniem lub użycie złego planu do osiągnięcia celu²
Błąd komunikacji	Brak lub niewłaściwa wymiana informacji, błędna interpretacja lub nieporozumienie ²
Błąd wykonania	Prawidłowe działanie, które nie przebiega zgodnie z założeniem ¹
Błąd w ocenie	Błąd związany z błędnym rozumowaniem ⁵¹
Błąd zaniedbania	Błąd wynikający z nieuwagi lub braku obowiązkowego wysiłku ⁵¹
Błąd pominięcia	<p>Błąd, który pojawia się w wyniku niepodjęcia działania⁸ zob. także 22</p> <p>Niezapewnienie pacjentowi interwencji medycznej, z której prawdopodobnie odniósłby korzyść³¹</p> <p>Niewykonanie niektórych czynności niezbędnych do osiągnięcia zamierzonego celu²</p>
Błąd planowania	Pierwotnie zamierzone działanie nie jest prawidłowe ¹
Błąd procedury <i>Zobacz także błąd związany z zasadami</i>	Postępowano zgodnie z procedurami, doprowadzające do nieprawidłowego wykonania ²
Błąd biegłości <i>Zobacz także błąd związany z wiedzą</i>	Błąd wynikający z braku wiedzy lub umiejętności ²

Termin	Definicja
Błąd naruszenia	<p>1. Świadome nieprzestrzeganie procedur lub przepisów²</p> <p>2. Celowe – ale niekoniecznie naganne – odejście od praktyk uznawanych za konieczne (przez projektantów, menedżerów i agencje regulacyjne) w celu utrzymania bezpiecznego działania potencjalnie niebezpiecznego systemu²²</p> <p>3. Celowe odstępstwo od norm, zasad lub procedur bezpiecznego działania⁵</p>
Kody ważności błędów (<i>error severity codes</i>)	<p>Błąd nie wydarzył się pacjentowi, potencjalne obrażenia. Przykłady: prawidłowo oznaczone opakowanie na zalecany lek, ale pielęgniarka zauważyła, że w butelce znajdują się niewłaściwe tabletki, załadowano niewłaściwe leki do pojemnika lub szuflady na leki, stacja pielęgniarska trzyma wszystkie fiolki z lekami wielodawkowymi w tej samej szufladzie lub pojemniku. Pacjent powinien poinformować technika laboratoryjnego, aby nie pobierał krwi z konkretnego ramienia, brak oznakowania /notatek na zamówieniu lub planie opieki, brak oznakowania w pomieszczeniu.</p> <p>Błąd wydarzył się pacjentowi — brak obrażeń i wpływu na pacjenta. Przykłady: pominięcie antybiotyków, podwójna dawka leków przeciwbólowych, nieprawidłowe wykonanie badań laboratoryjnych, prześwietlenie niewłaściwej kończyny, nieprawidłowe wykonanie testu diagnostycznego.</p> <p>Szkody emocjonalne. Przykłady: ucieczka lub działanie wbrew zaleceniom lekarza (<i>against medical advice, AMA</i>), zaburzenia w zachowaniu, zmiany dotyczące zdrowia behawioralnego wśród rówieśników, bezprawne umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym, nieoczekiwany poród (po wazektomii itp.), strach, a także zachowanie seksualne bez szkody fizycznej oraz stosowanie środków przymusu</p> <p>Drobne tymczasowe. Drobne obrażenia pacjenta lub zwiększone monitorowanie pacjenta lub zmiana planu leczenia (z urazem lub bez). Długość pobytu wydłużona o mniej niż 1 dzień. Przykłady: błąd w ustawieniu lub monitorowaniu stężenia heparyny wymagający zwiększonej liczby badań laboratoryjnych, pominięcie dawki insuliny wymagające zmiany dawkowania przy następnym podaniu i/lub częstsze oznaczanie poziomu glukozy. Stłuczenia, otarcia, rozdarcia skóry, dolegliwości bólowe, niewielka liczba szwów poza twarzą. Drobne obrażenia spowodowane przez siebie (zadrapania lub skaleczenia).</p> <p>Poważne tymczasowe. Tymczasowy uraz, który przekracza niewielki tymczasowy uraz lub wydłuża pobyt o jeden dzień lub dłużej. Przykłady: szwy twarzy, drobne złamania, ciężka reakcja na lek.</p> <p>Drobne trwałe. Trwałe obrażenia, które nie zakłócają podstawowych funkcji życia codziennego. Przykłady: utrata palca, utrata jądra lub jajnika, usunięcie jelita z powodu zaburzeń krążenia, utrata zębów, zachowania seksualne drugiego stopnia (wymuszony kontakt seksualny pod groźbą użycia przemocy lub broni, wymuszony kontakt seksualny powodujący obrażenia lub kontakt seksualny z osobą poniżej 16. roku życia), pozostawienie gąbki/igły</p>

Termin	Definicja
Kody ważności błędów (<i>error severity codes</i>)	Poważne trwałe. Trwały uraz, który wpływa na podstawowe funkcje życia codziennego. Przykłady: złamanie biodra, uszkodzenie nerwów spowodowane niewłaściwym ułożeniem chirurgicznym, utrata kończyny, uszkodzenie narządu zmysłów, napaść na tle seksualnym pierwszego stopnia (przymusowa penetracja seksualna pod groźbą użycia przemocy lub broni, wymuszona penetracja seksualna powodująca obrażenia lub penetracja seksualna osoby poniżej 16. roku życia) Skrajny. Przykłady: uszkodzenie mózgu, poważny paraliż, zgon ²
Zdarzenie	1. Dyskretne, kontrolowane i jasno określone zdarzenie ²⁷ 2. Wszelkie odstępstwa od zwykłej opieki medycznej, które powodują obrażenia pacjenta lub stwarzają ryzyko wyrządzenia mu szkody. Obejmuje błędy, zdarzenia niepożądane, którym można zapobiec i zagrożenia ¹⁹ 3. Coś, co przydarza się pacjentowi lub jest z nim związane ¹⁰⁰
Zgłaszanie wydarzeń <i>Zobacz także zgłaszanie incydentów krytycznych, zgłaszanie incydentów</i>	Podstawowy sposób identyfikacji działań niepożądanych leków i innych zagrożeń. Celem zgłaszania zdarzeń jest usprawnienie postępowania z indywidualnym pacjentem, identyfikacja i naprawa awarii systemów, zapobieganie powtarzającym się zdarzeniom, pomoc w tworzeniu bazy danych na potrzeby zarządzania ryzykiem i poprawy jakości, pomoc w zapewnieniu bezpiecznego środowiska opieki nad pacjentem, zapewnienie odnotowania zdarzenia oraz uzyskania natychmiastowej porady lekarskiej i prawnej ⁵²
Wytyczne oparte na dowodach	1. Oparte na konsensusie podejście do rozwiązywania powtarzających się problemów związanych z zarządzaniem zdrowiem, mające na celu zmniejszenie zmienności praktyk i poprawę wyników zdrowotnych. Podczas opracowywania wytycznych kładzie się nacisk na wykorzystywanie jasnych dowodów z dostępnego piśmiennictwa jako podstawy materiałów doradczych, a nie tylko opinii ekspertów ^{22, 31} 2. Wytyczne opracowane naukowo na podstawie aktualnego piśmiennictwa i oparte na konsensusie ¹¹
Tryb niepowodzenia	Sposób, w jaki proces zakończył się niepowodzeniem lub mógł zakończyć się niepowodzeniem, lub sposób, w jaki zaobserwowano niepowodzenie. Termin ten może również odnosić się do określonych rodzajów niepowodzeń (na przykład złamania, oparzenia, odchylenia od oczekiwanych wartości) lub do stopnia niepowodzenia (np. katastrofalna, częściowa, minimalna) ⁵³
Analiza przyczyn i skutków niepowodzenia (<i>failure mode and effect analysis, FMEA</i>)	1. Systematyczna ocena procesu lub produktu, która pozwala określić lokalizację i mechanizm potencjalnych niepowodzeń ⁵⁴ 2. Metoda oceny ryzyka oparta na jednoczesnej analizie przyczyn niepowodzeń, ich konsekwencji i związanych z nimi czynników ryzyka ⁵⁵ zob. także 22

Termin	Definicja
Analiza drzewa błędów	Systematyczny sposób prospektywnej analizy projektu pod kątem możliwości wystąpienia błędu. Analiza uwzględnia możliwe bezpośrednie przyczyny poprzedzające, które mogą doprowadzić do zdarzenia i poszukuje ich źródeł. Po osiągnięciu tego celu należy określić sposoby uniknięcia błędów poprzez eliminację ich przyczyn ⁸
Pięć zasad podawania leków	Właściwy pacjent, właściwy lek, właściwa dawka, właściwy czas i właściwa droga ⁵⁶
Błąd fiksacji	„Uporczywy” brak weryfikacji rozpoznania lub planu w obliczu łatwo dostępnych dowodów sugerujących konieczność weryfikacji ⁵⁷
Funkcje wymuszające	Coś, co uniemożliwia kontynuację postępowania do czasu rozwiązania problemu ²
Genotyp	Wzorce dotyczące sposobu, w jaki ludzie, zespoły i organizacje koordynują działania, informacje i rozwiązywanie problemów, aby poradzić sobie ze złożonością pojawiających się problemów. Charakterystyka powierzchniowa [fenotyp] zdarzenia, które groziło wypadkiem lub zdarzenia niepożądanego, jest unikalna dla konkretnego otoczenia i ludzi. Wzorce genotypowe pojawiają się ponownie w wielu określonych sytuacjach ⁵⁸
Złoty standard	Metoda, procedura lub pomiar powszechnie akceptowany jako najlepszy z dostępnych. Stanowi punkt odniesienia, względem którego można zmierzyć skuteczność innych metod, procedur lub pomiarów ⁸
Szkoda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tymczasowe lub trwałe upośledzenie fizycznych, emocjonalnych lub psychologicznych funkcji lub struktury ciała i/lub wynikający z nich ból wymagający interwencji¹⁷ zob. także 18, 22 2. Uszkodzenie ciała lub uszczerbek na zdrowiu ludzi. (Czasami szkody nie ograniczają się do zdrowia ludzi i obejmują straty finansowe)⁵⁹ 3. Zgon, choroba, uraz, cierpienie i/lub niepełnosprawność doświadczana przez osobę¹⁵ 4. Wszelkie obrażenia fizyczne lub psychiczne albo uszczerbek na zdrowiu osoby, w tym zarówno obrażenia przejściowe, jak i trwałe⁴⁸ 5. Naruszenie struktury lub funkcji organizmu i/lub jakiegokolwiek szkodliwe skutki z nich wynikające¹⁰⁰

Termin	Definicja
Zagrożenie <i>Zobacz także sytuacja niebezpieczna</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sytuacja lub zdarzenie, które wprowadza lub zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia niekorzystnego zdarzenia wynikającego z niebezpieczeństwa lub zagrożenia, lub które zwiększa zakres niekorzystnego zdarzenia⁸ 2. Potencjalne źródło szkody (np. zagrożeniem może być błąd w samym systemie lub niewłaściwe użycie systemu)⁵⁹ 3. Wszelkie zagrożenia bezpieczeństwa, np.: niebezpieczne praktyki, postępowanie, sprzęt, etykiety, nazwy¹⁹ 4. Zespół okoliczności lub sytuacji, która może zaszkodzić interesom danej osoby, takim jak jej zdrowie lub dobro⁵ 5. Wszystko, co może wyrządzić szkodę⁴⁸ 6. Okoliczność, czynnik lub działanie, które może prowadzić do ryzyka lub je zwiększać¹⁰⁰
Warunki zagrażające	Każdy zespół okoliczności (z wyjątkiem choroby, zaburzenia lub stanu, z powodu którego pacjent jest poddawany opiece, leczeniu i usługom) zdefiniowany przez organizację, który znacząco zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych niekorzystnych następstw ¹¹
Analiza podatności na zagrożenia	Identyfikacja potencjalnych sytuacji awaryjnych oraz bezpośredniego i pośredniego wpływu, jaki te sytuacje awaryjne mogą mieć na działalność organizacji opieki zdrowotnej i popyt na jej usługi ¹¹
Zdrowie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zdrowie to stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności⁶⁰ 2. Stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności¹⁰⁰
Opieka zdrowotna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usługi pracowników ochrony zdrowia i ich przedstawicieli, których celem jest (1) promocja zdrowia; (2) zapobieganie chorobom i urazom; (3) monitorowanie stanu zdrowia; (4) utrzymanie zdrowia; oraz (5) leczenie chorób, zaburzeń i urazów w celu uzyskania wyleczenia lub, w przypadku jego braku, optymalnego komfortu i funkcjonowania (jakości życia)⁶ 2. Opieka świadczona jednostkom lub społecznościom przez przedstawicieli ochrony zdrowia lub przedstawicieli zawodów medycznych w celu promowania, utrzymywania, monitorowania lub przywracania zdrowia. Opieka zdrowotna jest szersza niż opieka medyczna, która obejmuje działania terapeutyczne prowadzone przez lekarza lub pod jego nadzorem⁸ 3. Usługi świadczone jednostkom lub społecznościom w celu promowania, utrzymywania, monitorowania lub przywracania zdrowia¹⁰⁰
Szkody związane z opieką zdrowotną	Szkoda wynikająca lub związana z planami lub działaniami podjętymi w trakcie świadczenia opieki zdrowotnej, a nie z chorobą podstawową lub urazem ¹⁰⁰
Organizacja opieki zdrowotnej	Podmiot udzielający, koordynujący i/lub ubezpieczający świadczenia zdrowotne i medyczne dla ludności ¹

Termin	Definicja
Terminologia dotycząca opieki zdrowotnej	Termin zbiorczy używany do opisu kontinuum zestawu kodów, klasyfikacji i nomenklatury (słownictwa) ³¹
Leki o podwyższonym ryzyku szkody dla pacjenta (<i>high-alert medication</i> , HAM)	1. Leki o najwyższym ryzyku spowodowania szkody w wyniku niewłaściwego użycia (w tym chemioterapia, stężone elektrolity, heparyna, digoksyna dożylna i agoniści receptorów adrenergicznych) ⁶¹ 2. Określone klasy leków, które konsekwentnie uznawano za szczególnie poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów. Leki te obejmują stężone roztwory elektrolitów, takie jak chlorek potasu, dożylną insulinę, środki chemioterapeutyczne, dożylny opioidowe leki przeciwbólowe i leki przeciwzakrzepowe, takie jak heparyna i warfaryna ⁶²
Organizacje wysokiej niezawodności (<i>high reliability organization</i> , HRO)	Organizacje o dużej złożoności i zaawansowanej technologii ⁷ Charakterystyka procesów wewnętrznych i relacji zewnętrznych obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> • silne poczucie misji i celów operacyjnych • wysokie kompetencje techniczne i parametry operacyjne • elastyczność strukturalna i redundancja • obok hierarchicznych wzorców władzy także ciała kolegialne elastycznie podejmujące decyzje • ciągłe poszukiwanie ulepszeń poprzez informację zwrotną z doświadczeń • struktury nagród za wykrywanie i zgłaszanie błędów [oraz] • kulturę organizacyjną niezawodności⁶³
Procedury wysokiego ryzyka	Zabiegi chirurgiczne lub inne, które narażają pacjenta na ryzyko zgonu lub niepełnosprawności ³⁶
Proces wysokiego ryzyka	Proces, który może znacząco wpłynąć na bezpieczeństwo pacjenta, jeśli nie zostanie odpowiednio zaplanowany i/lub wdrożony ³⁶
Stronniczość z perspektywy czasu	1. Informacja o tym, że nastąpił skutek, zwiększa jego postrzegane prawdopodobieństwo ⁶⁴ 2. Tendencja do nadmiernego upraszczania i przypisywania prostych (błąd ludzki) przyczyn zdarzeniom podczas dochodzeń po zdarzeniu (tj. wiedza o wyniku zdarzenia wypacza naszą percepcję czynników przyczyniających się do niego) ²
Zakażenie nabyte w szpitalu <i>Zobacz także zakażenie, zakażenie szpitalne</i>	Zakażenie, które nie było obecne ani nie rozwijało się w momencie przyjęcia pacjenta, a zwykle objawia się później niż trzy doby po przyjęciu pacjenta do szpitala ¹⁴
Błąd ludzki <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	[Termin zwykle] używany do określenia jednej kategorii potencjalnych przyczyn niezadowolających działań lub wyników. . . Badania z różnych dziedzin pokazują, że etykieta błędu ludzkiego jest krzywdząca i niespecyficzna ⁶⁵

Termin	Definicja
Czynniki ludzkie	Badanie wzajemnych powiązań między człowiekiem, narzędziami, sprzętem i metodami, których używa, a środowiskiem, w którym żyje i pracuje ⁶⁶ zob. także 2, 22
Jatrogenny	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choroba lub uraz powstały w wyniku zabiegu diagnostycznego, terapii lub innego elementu opieki zdrowotnej. Choroba jatrogenna jest często mylona z chorobą „szpitalną”, co oznacza po prostu chorobę „występującą w szpitalu” 2. Uraz pochodzący od lekarza lub przez niego spowodowany..., w tym niezamierzona lub niepotrzebna szkoda lub cierpienie wynikające z dowolnego aspektu zarządzania opieką zdrowotną, w tym problemy wynikające z działania lub zaniechania³¹ 3. Każdy niepożądany stan pacjenta powstały w wyniku leczenia przez lekarza (lub innego pracownika ochrony zdrowia)... dotyczący choroby lub urazu wynikającego z zabiegu, terapii lub innego elementu opieki²²
Przyczyna natychmiastowa <i>Zobacz także: czynniki przyczynowe, przyczynowość, przyczyna, przyczyna poprzedzająca, przyczyna podstawowa</i>	Ostatnia z serii lub łańcucha przyczyn zmierzająca do danego skutku i bez udziału jakiegokolwiek dalszej przyczyny, powodująca następnie skutek lub zdarzenie. Niekoniecznie jest to przyczyna bezpośrednia lub najbliższa ⁸
Wpływ	Wynik lub skutek błędu w opiece zdrowotnej lub awarii systemu, powszechnie określany jako szkoda wyrządzona osobie objętej opieką. Szkoda może mieć charakter psychiczny, fizyczny lub niemedyyczny. Jedna z czterech powiązanych ze sobą subklasyfikacji elementów składających się na błędy w opiece zdrowotnej i awarie systemów ⁴⁸
Zdarzenie <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obejmuje uszkodzenie ograniczone do części jednostki, niezależnie od tego, czy awaria zakłóca działanie systemu, czy nie⁶⁷ 2. Coś, co przydarzyło się pacjentowi, wynik kliniczny prawdopodobnie mający szkodliwe lub potencjalnie szkodliwe skutki⁶⁸ 3. Zdarzenie stanowiące wyraźne negatywne odchylenie od „standardu opieki” występującego w placówce opieki zdrowotnej; ... zdarzenia obejmują istotną zamianę leków lub pozostawienie pacjenta bez opieki na dłuższy czas³ 4. Wydarzenie w szpitalu, które nie odpowiada standardom szpitala lub jest nieoczekiwane i niepożądane... Dla każdego zdarzenia tworzony jest raport, aby pomóc w zarządzaniu jakością i ryzykiem⁶ 5. Zdarzenie lub wystąpienie, które zwykle jest nieoczekiwane i niepożądane⁸ 6. Zdarzenie lub okoliczność, która mogła lub doprowadziła do niezamierzonej i/lub niepotrzebnej szkody dla osoby i/lub skargi, straty lub szkody²²

Termin	Definicja
Zdarzenie <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	7. Wszelkie odstępstwa od zwykłej opieki medycznej, które powodują obrażenia pacjenta lub stwarzają ryzyko wyrządzenia mu krzywdy. Obejmuje błędy, zdarzenia niepożądane, którym można zapobiec i zagrożenia ¹⁹ 8. Wydarzenia, procesy, praktyki lub następstwa, które są godne uwagi ze względu na zagrożenia, jakie stwarzają dla pacjentów lub szkody, jakie wyrządzają pacjentom ⁵
Charakterystyka zdarzenia	Wybrane atrybuty zdarzenia ¹⁰⁰
Zgłaszanie incydentu <i>Zobacz także zgłaszanie incydentów krytycznych, zgłaszanie zdarzeń</i>	1. Proces stosowany do dokumentowania zdarzeń, które nie są zgodne z rutynową działalnością szpitala lub opieką nad pacjentem ⁶⁹ 2. W wielu organizacjach opieki zdrowotnej system gromadzenia i zgłaszania zdarzeń niepożądanych u pacjentów, takich jak błędy w stosowaniu leków i awarie sprzętu. Opiera się na raportach z poszczególnych incydentów. Skuteczność zgłaszania incydentów jest ograniczona z kilku powodów, takich jak strach przed sankcjami, niechęć osób niebędących lekarzami do zgłaszania incydentów z udziałem lekarzy, brak zrozumienia, na czym polega incydent podlegający zgłoszeniu oraz brak czasu na formalności ⁸
Typ zdarzenia	Termin opisowy kategorii składającej się z incydentów o wspólnym charakterze, pogrupowanych ze względu na wspólne, uzgodnione cechy ¹⁰⁰
Indywidualne wypadki	Wypadki, w których konkretna osoba lub grupa jest często zarówno sprawcą, jak i ofiarą wypadku. Konsekwencje dla zainteresowanych osób mogą być ogromne, ale ich rozprzestrzenianie się jest ograniczone ⁷
Indywidualne błędy	Błędy wynikające przede wszystkim z braków w wiedzy, umiejętnościach lub uważności lekarza ⁷⁰
Zakażenie <i>Zobacz także: zakażenie nabyte w szpitalu, zakażenie szpitalne</i>	Przeniesienie patogennego mikroorganizmu na żywiciela, z późniejszą inwazją i namnażaniem, z objawami choroby lub bez nich ¹¹
Kontrola zakażeń	1. Zasady i procedury stosowane w celu zapobiegania przeniesieniu infekcji z jednej zakażonej osoby na drugą. Termin ten stosowany jest w związku z ochroną specjalistów i innych pracowników, którzy mogą mieć kontakt z pacjentem zakaźnym, a także ochroną innych pacjentów. Środki kontroli infekcji obejmują noszenie odzieży ochronnej, mycie rąk, środki ostrożności zapobiegające ukłuciom igłą, odkażanie (otoczenia pacjenta i bielizny), usuwanie odpadów i prawidłowe obchodzenie się z próbkami laboratoryjnymi ⁶ 2. Program obejmujący całą organizację, obejmujący zasady i procedury dotyczące nadzoru, zapobiegania, kontroli i raportowania infekcji. Przykłady metod kontroli infekcji obejmują mycie rąk, odzież ochronną, procedury izolacji i ciągły pomiar wydajności ⁸

Termin	Definicja
Świadoma zgoda	<p>1. Proces, w ramach którego lekarz informuje pacjenta o ryzyku i korzyściach związanych z proponowaną terapią oraz pozwala pacjentowi podjąć decyzję, czy terapia zostanie podjęta⁷¹</p> <p>2. Dobrowolnie uzyskana i prawnie udokumentowana zgoda pacjenta na wykonanie określonej procedury lub zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych³</p> <p>3. Termin prawniczy odnoszący się do prawa pacjenta do podejmowania własnych decyzji dotyczących leczenia na podstawie wiedzy o odpowiednich alternatywach oraz korzyściach i ryzyku każdego z nich. „Świadoma zgoda” to zgoda pacjenta po jego pełnym poinformowaniu przez lekarza proponującego leczenie lub procedurę o ryzyku, korzyściach i alternatywach. Brak uzyskania świadomej zgody przed operacją lub rozpoczęciem leczenia może skutkować odpowiedzialnością prawną⁶</p> <p>4. W świetle prawa zasada, że lekarz ma obowiązek ujawnić to, co rozsądnie rozważny lekarz w środowisku medycznym, przy zachowaniu należytej staranności, ujawniłby swoim pacjentom na temat ryzyka obrażeń, jakie może wynikać z proponowanego leczenia, przebiegu leczenia, testów lub badań. Pacjent, kierując się zwyczajną troską o swoje własne dobro i stając przed wyborem, czy poddać się proponowanemu, alternatywnemu leczeniu, testom lub badaniom, czy też nie poddać się wcale, może wówczas inteligentnie dokonać oceny, rozsądnie wyważając prawdopodobne ryzyko z prawdopodobnym korzyści⁸</p> <p>5. Umowa lub zezwolenie z pełną informacją o tym, na co się wyraża zgodę. Pacjent musi zostać poinformowany o charakterze, ryzyku i alternatywach procedury medycznej lub leczenia, zanim lekarz lub inny pracownik ochrony zdrowia rozpocznie takie szkolenie. Po otrzymaniu tej informacji pacjent wyraża zgodę lub odmawia takiego zabiegu lub leczenia¹¹</p> <p>6. Świadoma zgoda to proces, podczas którego lekarz i pacjent omawiają możliwość podjęcia przez pacjenta decyzji o wyrażeniu zgody na proponowaną interwencję zapobiegawczą lub terapeutyczną. Wynikiem tego procesu jest decyzja pacjenta o przyjęciu lub rezygnacji z leczenia. Proces ten ma miejsce w przypadku każdej specjalizacji lekarskiej, ma miejsce za każdym razem, gdy lekarz i pacjent omawiają sytuację medyczną pacjenta i jest dostosowany do potrzeb pacjenta i konkretnej sytuacji medycznej. Świadoma zgoda jest istotnym elementem ogólnej relacji lekarz–pacjent, obejmuje wspólne podejmowanie decyzji, jest wymagana etycznie i prawnie oraz występuje przed jakąkolwiek formą dokumentacji i jest od niej odrębna. Świadoma zgoda nie jest podpisem na dokumencie zgody ani narzędziem pozwalającym uniknąć procesu sądowego⁷²</p>
Uraz (cielesny) Obrażenia	<p>1. Uszkodzenie spowodowane siłą zewnętrzną w porównaniu z „chorobą”, która po prostu wskazuje, że organizm nie jest w zdrowym stanie⁸</p> <p>2. Uszkodzenie tkanek spowodowane czynnikiem lub okolicznością¹⁰⁰</p>

Termin	Definicja
Zamierzone niebezpieczne działania	Zamierzone niebezpieczne działania... to wszelkie zdarzenia będące skutkiem czynu przestępczego, celowo niebezpiecznego działania, czynu związanego z nadużywaniem alkoholu lub substancji, niekompetentnym usługodawcą/personelem – lub – zdarzeniami związanymi z domniemanym lub podejrzewanym znęcaniem się nad pacjentem dowolnego rodzaju ²⁹
Interoperacyjność	Zdolność jednego systemu komputerowego do wymiany danych z innym systemem komputerowym w taki sposób, że przynajmniej wiadomość z systemu wysyłającego może zostać umieszczona w odpowiednim miejscu w systemie odbierającym ³¹
Przyczyna interweniująca	Coś, co dzieje się po akcie zaniedbania i powoduje wynikające z tego obrażenia. Jeżeli przyczyna pośrednia jest istotna, może zwolnić osobę, która pierwotnie dopuściła się zaniedbania, od odpowiedzialności prawnej; w tym przypadku nazywa się to przyczyną „zastępującą” ⁶
Interwencja	1. Akcja lub czynności mające na celu przerwanie biegu zachodzących zdarzeń ⁶ 2. W najszerszym znaczeniu akt lub fakt ingerencji w celu korzystnej zmiany stanu ⁸
Procedura inwazyjna	Zabieg polegający na nakłuciu lub nacięciu skóry bądź wprowadzeniu instrumentu lub ciała obcego do organizmu ³⁶
Izolacja	Środek [w przemyśle] umożliwiający oddzielenie procesu o wysokim prawdopodobieństwie niepowodzenia od innych procesów w celu zminimalizowania wpływu na wytwarzane produkty ⁵⁴
Zasady <i>just culture</i>	Środowisko, w którym stara się zrównoważyć potrzebę uczenia się na błędach i potrzebę podejmowania działań dyscyplinarnych ²²
Błąd w ocenie	Błąd polegający na niewłaściwym zastosowaniu wiedzy do sytuacji klinicznej ⁷³
Błąd zależny od wiedzy <i>Zobacz także błąd biegłości, błąd</i>	1. [Błąd, który] powstaje w nowej sytuacji, gdy rozwiązanie problemu należy znaleźć w danej chwili, bez pomocy wcześniej zaprogramowanych rozwiązań. Wiąże się to z wykorzystaniem powolnego, ograniczonego zasobami, ale potężnego obliczeniowo, świadomego rozumowania w odniesieniu do często niedokładnego i niekompletnego „mentalnego modelu” problemu i jego możliwych przyczyn ⁵⁰ 2. Świadome zastosowanie istniejącej wiedzy do zarządzania nowymi sytuacjami ¹⁰
Pomyłka	1. Zdarzenia wewnętrzne, które zazwyczaj wiążą się z błędami pamięci ⁷ 2. Błędy wynikające z niepowodzeń w wykonaniu i/lub przechowywaniu sekwencji działań... w dużej mierze obejmujące błędy pamięci, które niekoniecznie objawiają się w rzeczywistym zachowaniu i mogą być widoczne jedynie dla osoby, która ich doświadcza ²²

Termin	Definicja
Stan utajony	<p>1. Stany utajone mają miejsce, gdy osoby takie jak menedżerowie lub administratorzy podejmują działania i/lub podejmują decyzje, które mają wpływ na politykę i procedury techniczne lub organizacyjne bądź na środowisko pracy. Ich działania i decyzje mogą mieć w przyszłości niezamierzone konsekwencje, które negatywnie wpływają na opiekę nad pacjentem⁷⁴</p> <p>2. Utajone warunki wynikają z decyzji podjętych przez projektantów, konstruktorów, autorów procedur i kierownictwo najwyższego szczebla. Stany utajone mogą pozostawać uśpione w systemie przez wiele lat, zanim połączą się z aktywnymi awariami i lokalnymi czynnikami wyzwalającymi, tworząc okazję do wypadku... Stany utajone mogą zostać zidentyfikowane i usunięte przed wystąpieniem zdarzenia niepożądanego²²</p> <p>3. Warunki, które mają opóźnione, niezamierzone skutki i mogą mieć wpływ na bezpieczeństwo w pewnym momencie w przyszłości¹⁰</p> <p>4. Wady strukturalne systemu lub „patogeny rezydujące”, które predysponują do niekorzystnych skutków⁵</p>
Błąd utajony	<p>1. Błędy w projekcie, organizacji, szkoleniu lub konserwacji, które prowadzą do błędów operatora i których skutki zazwyczaj pozostają uśpione w systemie przez długi czas¹</p> <p>2. Wada w projekcie, organizacji, szkoleniu lub konserwacji systemu, która prowadzi do błędów operatora i której skutki są zazwyczaj opóźnione lub pozostają uśpione w systemie przez dłuższy czas¹⁹ zob. także 22</p>
Utajone niepowodzenie	<p>1. Opóźnione skutki decyzji podejmowanych na wyższych szczeblach organizacji systemu. Dotyczą one projektowania i budowy maszyn i urządzeń, struktury organizacji, planowania i harmonogramowania, szkoleń i selekcji, prognozowania, budżetowania, alokacji zasobów i tym podobnych. Niekorzystne skutki tych decyzji dla bezpieczeństwa mogą pozostawać utajone przez bardzo długi czas⁷⁵</p> <p>2. Utajone niepowodzenia powstają w wyniku decyzji podejmowanych na wyższych szczeblach organizacji. Ich szkodliwe skutki mogą pozostawać uśpione przez długi czas i stają się widoczne dopiero wtedy, gdy połączą się z lokalnymi czynnikami wyzwalającymi... w celu przełamania zabezpieczeń systemu⁵⁰</p> <p>3. Błąd, który jest spowodowany konsekwencją procesów zarządczych i organizacyjnych i stanowi największe zagrożenie dla złożonych systemów. Utajonych usterek nie można przewidzieć, ale w przypadku ich wykrycia można je skorygować, zanim przyczynią się do nieszczęśliwych wypadków⁸</p> <p>4. Małe, indywidualnie nieszkodliwe usterki systemów, które mogą doprowadzić do katastrofalnych wydarzeń, jeśli występują w określonym połączeniu²</p>

Termin	Definicja
Odpowiedzialność	1. Szerokie pojęcie, odnoszące się do wszelkiego charakteru obowiązku, podatności i odpowiedzialności za czyn przed prawem ³ 2. Szeroki termin prawny obejmujący prawie każdą odpowiedzialność (bezwzględna, warunkową lub prawdopodobną) ⁸
Odpowiedzialność (zawodowa)	Obowiązek prawny będący wynikiem wykonania (lub niewykonania) czegoś, co ktoś robi (lub powinien był zrobić) jako profesjonalista ⁶
Zagrażające życiu niepożądane działanie leku <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	Każde niepożądane działanie leku, które w opinii badacza naraża pacjenta lub osobę na bezpośrednie ryzyko śmierci w wyniku reakcji, która wystąpiła, tj. nie obejmuje reakcji, która, gdyby wystąpiła w cięższej postaci, mogłaby spowodować zgon ¹⁶
Lokalny czynnik wyzwalający	Wada wewnętrzna lub nietypowy stan, który może spowodować błąd ⁷⁶
Strata	(1) Każde zmniejszenie ilości, jakości lub wartości majątku wynikające z wystąpienia niepożądanego zdarzenia. (2) W ubezpieczeniach podstawa roszczenia zgodnie z warunkami polisy ubezpieczeniowej ⁸
Zaniedbanie <i>Zobacz także błąd w sztuce lekarskiej</i>	1. Brak staranności lub umiejętności specjalisty powodujący straty lub obrażenia i skutkujący odpowiedzialnością prawną. Ta wąska definicja oznacza to samo, co „zaniedbanie zawodowe”. Niektórzy używają terminu nadużycie w szerszym zakresie do opisanego wszystkich działań pracownika ochrony zdrowia w trakcie świadczenia opieki zdrowotnej – w tym naruszenia umowy – które mogą skutkować odpowiedzialnością prawną ⁶ 2. Wykroczenie zawodowe lub nieuzasadniony brak umiejętności w wykonywaniu czynności zawodowej – termin, który można zastosować do lekarzy, prawników i księgowych ³ 3. Niewłaściwe lub nieetyczne postępowanie lub nieuzasadniony brak umiejętności osoby zajmującej stanowisko zawodowe lub urzędowe, często stosowane w odniesieniu do lekarzy, dentystów, prawników i urzędników publicznych w celu określenia zaniedbania lub nieumiejętnego wykonywania obowiązków, gdy umiejętności zawodowe są obowiązkowe. Zaniedbanie jest przyczyną powództwa, za które możliwe jest odszkodowanie ⁸
Mapowanie	Proces łączenia terminów z różnych terminologii w celu umożliwienia przeprowadzenia porównań i analiz ³¹
Błąd medyczny <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	Zdarzenie niepożądane lub zdarzenie potencjalnie wypadkowe, któremu przy obecnym stanie wiedzy medycznej można zapobiec ^{28 zob. także 2, 14}
Uraz medyczny <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	Niepożądane zdarzenie u pacjenta, którego można było uniknąć lub nie ⁸

Termin	Definicja
<p>Błąd w sztuce lekarskiej</p> <p><i>Zobacz także zaniedbanie</i></p>	<p>1. Niedbałość lub nieuzasadniony brak umiejętności w wykonywaniu zadania medycznego ze strony lekarza lub strony (np. placówki ochrony zdrowia), w której dochodzi do tej czynności lub zadania; większość przypadków błędów medycznych należy do prawa cywilnego, tj. powództwa wniesionego przez jedną osobę przeciwko drugiej, a nie prawa karnego, tj. pozwu wniesionego przez prokuratora przeciwko osobie(-om) popełniającej przestępstwo; błąd w sztuce lekarskiej opiera się na teorii zaniedbania, czyli zachowania poniżej „standardów staranności” uznawanych przez prawo za ochronę innych przed nieuzasadnionym ryzykiem wyrządzenia krzywdy, tj. odstępstwem od przyjętych standardów opieki, skutkującym wyrządzeniem krzywdy innym; Aby strona skarżąca (powoda) podtrzymała (wygrała) pozew z tytułu zaniedbania, należy domniemywać i udowodnić cztery elementy w sądzie: obowiązek, naruszenie obowiązków, odszkodowanie i związek przyczynowy³</p> <p>2. Wyrok sądu stwierdzający, że doszło do zaniedbania (lub rzadko umyślnego) niezastosowania się do aktualnych standardów opieki, co spowodowało obrażenia lub stratę pacjenta oraz odpowiedzialność prawną usługodawcy odpowiedzialnego za zaniedbanie. Ponieważ ocena nadużyć ma charakter społeczno-prawny i jest dokonywana indywidualnie dla każdego przypadku, a nie na podstawie systematycznej, standardy i procesy ustalania nadużyć mogą różnić się w zależności od obszaru⁸</p>
<p>Nieszczęśliwy wypadek medyczny</p> <p><i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i></p>	<p>Rzeczywiste lub potencjalne poważne naruszenie standardu opieki świadczonej pacjentowi lub pacjentom lub szkoda wyrządzona pacjentowi lub pacjentom w wyniku wykonywania świadczenia zdrowotnego i/lub pracujących w nim pracowników ochrony zdrowia⁷⁷</p>
<p>Błąd medyczny</p>	<p>Popełnienie błędu lub zaniechanie o potencjalnie negatywnych konsekwencjach dla pacjenta, które w momencie jego wystąpienia zostałyby uznane za błędne przez wykwalifikowanych i znających się na rzeczy specjalistów, niezależnie od tego, czy wystąpiły jakiegokolwiek negatywne konsekwencje. Definicja ta nie obejmuje naturalnego przebiegu choroby, która nie reaguje na leczenie, przewidywalnych powikłań prawidłowo wykonanego zabiegu, a także przypadków, w których istnieje uzasadniona różnica zdań co do tego, czy doszło do błędu⁷⁰</p>
<p>Zaniedbanie medyczne</p>	<p>[Brytyjskie] prawo dotyczące zaniedbań medycznych opiera się na dwóch zasadach: pacjent musi zgodzić się na leczenie oraz leczenie musi być prowadzone przez zaangażowanych lekarzy z należytą fachowością. Uznaje jednak, że lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia są odpowiedzialni jedynie za ten rodzaj urazów jatrogennych, który ma miejsce w przypadku naruszenia obowiązku zachowania należytej staranności, w wyniku czego pacjent doznaje urazu. . . . Zasadniczo pacjent musi odnieść niekorzystne skutki odpowiadające „normalnemu” ryzyku⁷⁸</p>

Termin	Definicja
Technologia medyczna	Techniki, leki, sprzęt i procedury stosowane przez pracowników ochrony zdrowia podczas świadczenia opieki medycznej indywidualnym osobom oraz systemy, w ramach których taka opieka jest świadczona ¹
Błąd dotyczący leków <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane leku</i>	<p>1. Każde zdarzenie, któremu można zapobiec, które może powodować lub prowadzić do niewłaściwego stosowania leku lub szkody dla pacjenta, gdy lek znajduje się pod kontrolą pracownika ochrony zdrowia, pacjenta lub konsumenta⁷⁹ zob. także 2,14</p> <p>2. Odstępstwo od sporządzonego odręcznie lub maszynowo zamówienia na leki przez lekarza przepisującego lub od zamówienia wprowadzonego przez lekarza przepisującego do systemu komputerowego. Błędy w leczeniu są zwykle postrzegane jako związane z podawaniem leku, ale mogą obejmować również błędy w zamawianiu lub dostarczaniu leków⁴⁷</p> <p>3. Każde możliwe do uniknięcia zdarzenie, które może spowodować niewłaściwe użycie leku lub zagrożenie bezpieczeństwu pacjenta¹¹</p> <p>4. Błąd w procesach zamawiania, przepisywania, wydawania, podawania lub monitorowania leków, niezależnie od następstw (tj. urazu pacjenta)¹⁵</p> <p>5. Jakikolwiek niepowodzenie w procesie podawania leku⁶</p> <p>6. Rozbieżność między zaleceniami lekarza a stanem odnotowanym. Rodzaje błędów związanych z leczeniem obejmują pominięcie, nieautoryzowany lek, dodatkową dawkę, niewłaściwą dawkę, niewłaściwą postać dawkowania, niewłaściwą dawkę, zepsuty lek, niewłaściwą technikę podawania i niewłaściwy czas. Błędem pominięcia leku jest niepodanie przepisanej dawki; odmowy podania dawki nie uważa się za błąd, jeżeli pielęgniarka odpowiedzialna za podanie dawki próbowała przekonać pacjenta do jej przyjęcia, ale nie udało jej się to zrobić. Dawki wstrzymane zgodnie z pisemnymi zasadami, np. w przypadku zabiegów rentgenowskich, nie są liczone jako błędy pominięcia. Błędem w stosowaniu leku niedozwolonego jest podanie pacjentowi dawki leku, która nie jest dozwolona do jego podania. Przypadki „zastąpienia marki lub leku” są liczone jako niedozwolone błędy w leczeniu tylko wtedy, gdy jest to zabronione przez politykę organizacji. Błąd w niewłaściwej dawce leku ma miejsce, gdy pacjent otrzymuje ilość leku większą lub mniejszą niż zamówiona; zakres dopuszczalnego odchylenia opiera się na definicji każdej organizacji⁸</p> <p>7. Wszelkie zdarzenia, którym można zapobiec (tj. praktyka zawodowa, produkty lecznicze, procedury, systemy, przepisywanie, komunikacja w zakresie zamówień, etykietowanie/opakowanie/nomenklatura produktu, sporządzanie mieszanek, wydawanie, dystrybucja, administrowanie, edukacja, monitorowanie i stosowanie), które mogą powodować lub prowadzić do niewłaściwego stosowania leków lub szkody dla pacjenta, gdy lek znajduje się pod kontrolą pracownika ochrony zdrowia, pacjenta lub konsumenta¹⁸</p>

<p>Błąd dotyczący leków <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane leku</i></p>	<p>8. Odstępstwo od dającej się zinterpretować pisemnej recepty lub zamówienia na leki, w tym pisemna modyfikacja recepty dokonana przez farmaceutę po kontakcie z osobą przepisującą lub zgodnie z polityką apteki [lub] jakiejkolwiek odstępstwo od odniesień zawodowych lub regulacyjnych lub wytycznych mających wpływ na wydawanie procedury²²</p> <p>9. Każde zdarzenie, któremu można zapobiec, które może powodować lub prowadzić do niewłaściwego stosowania leku lub szkody dla pacjenta, gdy lek znajduje się pod kontrolą pracownika ochrony zdrowia, pacjenta lub konsumenta. Takie zdarzenia mogą być związane z praktyką zawodową, produktami, procedurami i systemami opieki zdrowotnej, w tym przepisywaniem leków; komunikacją dotyczącym zamówień; etykietowaniem produktów, pakowaniem i nazewnictwem; dozowaniem; dystrybucją; administracją; edukacją; monitorowaniem i użyciem²²</p>
<p>Bezpieczeństwo leków</p>	<p>Wolność od przypadkowych obrażeń w trakcie stosowania leków; działania mające na celu unikanie, zapobieganie lub korygowanie działań niepożądanych leków, które mogą wynikać ze stosowania leków²²</p>
<p>Mikrosystem</p>	<p>Jednostka organizacyjna zbudowana wokół definicji powtarzalnych kompetencji kluczowych usług. Elementy mikrosystemu obejmują (1) podstawowy zespół pracowników ochrony zdrowia, (2) określoną populację, (3) starannie zaprojektowane procesy pracy oraz (4) środowisko zdolne do łączenia informacji na temat wszystkich aspektów pracy oraz wpływu na pacjenta lub populację wspierające ciągłą ocenę wyników</p>
<p>Nieszczęśliwy wypadek <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i></p>	<p>Wypadek lub niezamierzone działanie, jak w przypadku „zabójstwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku” związanym z pracą; w medycynie termin ten stał się eleganckim eufemizmem oznaczającym błąd terapeutyczny, na przykład nieszczęśliwy wypadek chirurgiczny, w wyniku którego amputowano niewłaściwą nogę³</p>
<p>Błąd <i>Zobacz także: zdarzenie niepożądane, błąd związany z wiedzą, błąd związany z zasadami</i></p>	<p>1. Działanie, które może być dokładnie zgodne z planem, ale plan jest nieadekwatny do osiągnięcia zamierzonego rezultatu⁷</p> <p>2. Błąd związany z zasadami lub wiedzą, będący błędem świadomego myślenia. Błędy związane z zasadami zwykle pojawiają się podczas rozwiązywania problemów, gdy wybrana zostanie zła reguła – albo z powodu błędnego postrzegania sytuacji i tym samym zastosowania niewłaściwej reguły, albo z powodu błędnego zastosowania reguły, zwykle mocnej (często używanej), to wydaje się pasować odpowiednio. Błędy [związane z wiedzą] powstają w wyniku braku wiedzy lub błędnej interpretacji problemu⁸⁰</p> <p>3. Niedobór lub niepowodzenie w ocenie i/lub procesach wnioskowania związanych z wyborem celu lub określeniem środków do jego osiągnięcia, niezależnie od tego, czy działania kierowane przez ten schemat decyzyjny przebiegają zgodnie z planem, czy nie; błędy świadome... włączając błędy związane z zasadami, które pojawiają się podczas rozwiązywania problemu, gdy zostanie wybrana niewłaściwa reguła, oraz błędy związane z wiedzą, które powstają z powodu braku wiedzy lub błędnej interpretacji problemu²²</p>

Nieprawidłowe wykorzystanie	Kiedy wybrano odpowiednią usługę, ale wystąpiły powikłania, którym można było zapobiec, i pacjent nie uzyskał pełnych potencjalnych korzyści z usługi ⁸¹
Czynniki łagodzące <i>Zobacz także ustąpienie zdarzenia</i>	1. Niektóre czynniki, czy to działania, czy zaniechania, takie jak przypadek lub szczęście, mogły złagodzić lub zminimalizować poważniejsze skutki ²² 2. Działanie lub okoliczność, która zapobiega lub łagodzi rozwój zdarzenia prowadzący do wyrządzenia szkody pacjentowi ¹⁰⁰
Działania łagodzące	Działania, które organizacja podejmuje, próbując zmniejszyć nasilenie i skutki potencjalnej sytuacji awaryjnej ¹¹
Monitorowanie	1. Każdy parametr, który jest regularnie i konsekwentnie stosowany do oceny jakości opieki ³ 2. Systematyczne śledzenie w celu gromadzenia informacji i nadzorowania czegoś ⁸ 3. Obserwowanie lub rejestrowanie odpowiednich objawów fizjologicznych lub psychologicznych ⁸²
Błąd monitorowania	1. Nierozpoznanie widocznych danych wymagających reakcji lub niepodjęcie działań w związku z nimi ⁸³ 2. Brak przeglądu przepisanej schematu leczenia pod kątem stosowności i wykrycia problemów lub brak wykorzystania odpowiednich danych klinicznych lub laboratoryjnych w celu odpowiedniej oceny reakcji pacjenta na zaleconą terapię ²²
Sytuacja, która prawie zakończyła się szkodą (near miss) <i>Patrz także: sytuacja bliska wydarzeniu, potencjalne zdarzenie niepożądane leku, potencjalne zdarzenie niepożądane, potencjalny błąd, potencjalne zdarzenie</i>	1. Wydarzenie, które prawie się wydarzyło lub wydarzenie, które miało miejsce, ale o którym nikt nie wie. Jeżeli osoba uczestnicząca w sytuacji, w której doszło do bliskiego zdarzenia, nie zgłosi się, nikt się nie dowie, że do zdarzenia doszło ³⁸ 2. Odchylenie od najlepszych praktyk w świadczeniu opieki zdrowotnej, które doprowadziłoby do niepożądanego szkody dla pacjenta lub misji organizacji, ale któremu udało się zapobiec poprzez zaplanowane lub nieplanowane działania ¹ 3. Zdarzenie lub sytuacja, która mogła spowodować wypadek, uraz bądź chorobę, ale nie spowodowała tego ani przez przypadek, ani w wyniku szybkiej interwencji ² zob. także 29 4. Jakakolwiek zmiana procesu, która nie miała wpływu na wynik, ale której ponowne wystąpienie niesie ze sobą znaczące ryzyko wystąpienia poważnego niekorzystnego wyniku ¹¹ 5. Sytuacja, w której błąd medyczny mógł skutkować wypadkiem, urazem lub chorobą, ale nie spowodował tego ani przez przypadek, ani w wyniku szybkiej interwencji ³⁰ 6. Błąd w popełnieniu lub zaniechanie, który mógł wyrządzić pacjentowi krzywdę, ale do poważnej szkody nie doszło w wyniku przypadku... zapobiegania... lub łagodzenia ³¹ 7. Zdarzenie, które mogło spowodować niepożądane konsekwencje, ale tak się nie stało, ponieważ przez przypadek lub w wyniku szybkiej interwencji do zdarzenia nie doszło ¹⁸

<p>Sytuacja, która prawie zakończyła się szkodą (near miss)</p> <p><i>Patrz także: sytuacja bliska wydarzeniu, potencjalne zdarzenie niepożądane leku, potencjalne zdarzenie niepożądane, potencjalny błąd, potencjalne zdarzenie</i></p>	<p>8. Nieoczekiwane lub nieplanowane zdarzenia podczas świadczenia opieki, które mogły, ale nie doprowadziły do szkody, utraty lub uszkodzenia¹⁴</p> <p>9. Zdarzenie, które nie spowodowało szkody¹⁰⁰</p>
<p>Zaniedbanie</p>	<p>Brak minimalnych usług lub zasobów pozwalających zaspokoić podstawowe potrzeby. Zaniedbanie... może również obejmować umieszczenie osoby w warunkach niebezpiecznych lub bez nadzoru¹¹</p>
<p>Niedbałość</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brak umiejętności, staranności i wiedzy, jakich oczekuje się od w miarę ostrożnego podmiotu świadczącego opiekę zdrowotną⁷⁴ 2. Udzielona opieka nie spełniała standardów opieki, których można zasadnie oczekiwać od przeciętnego lekarza wykwalifikowanego do opieki nad danym pacjentem (SP-SQS 2005) lub była niższa od standardów oczekiwanych od lekarzy w ich społeczności²³ 3. Niezachowanie ostrożności, jaką zachowałaby rozsądna i ostrożna osoba w podobnych okolicznościach⁸ 4. Niezachowanie (zwykle ze strony lekarza lub innego pracownika ochrony zdrowia) zwykłej, rozsądnej, zwyczajowej lub oczekiwanej staranności, ostrożności lub umiejętności (które zwykle lub zwyczajowo zachowywaliby inni renomowani lekarze leczący podobnych pacjentów) w wykonywaniu prawnie uznanego obowiązku, skutkującego przewidywalną szkodą, obrażeniami; lub strata na rzecz innego; zaniedbanie może być aktem zaniedbania (tj. niezamierzonym) lub popełnieniem (tj. zamierzonym), charakteryzującym się nieuwagą, lekkomyślnością, nieuwagą, bezmyślnością lub bezmyślnością; w opiece zdrowotnej zaniedbanie oznacza niespełniające norm odstępstwo od „standardów praktyki medycznej”, które w podobnych okolicznościach stosowałby podobnie przeszkolony specjalista³
<p>Szkody wynikłe z niedbałości</p>	<p>W przypadku urazów powstałych na skutek zaniedbania dobrze znane były standardy opieki i procedury zapobiegania obrażeniom, podobnie jak prawdopodobieństwo odniesienia poważnych obrażeń w przypadku ich nieprzestrzegania⁸⁴</p>
<p>Zdarzenie niepowodujące szkody</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gdy błąd nie powoduje niekorzystnego zdarzenia dla pacjenta, a brak obrażeń jest dziełem przypadku. Różni się to od sytuacji, w której nie doszło do kontuzji, ponieważ „wylapano” błąd⁴⁴ 2. Następuje zdarzenie, które dosięga pacjenta, ale nie powoduje u niego obrażeń. Szkody unika się przez przypadek lub dzięki okolicznościom łagodzącym¹⁸
<p>Nomenklatura</p>	<p>Zbiór specjalistycznych terminów ułatwiających precyzyjną komunikację poprzez eliminację niejasności³¹</p>

Incydent niekliniczny	Zdarzenia w placówkach opieki zdrowotnej niespowodowane procedurami klinicznymi, które spowodowały lub mogły spowodować nieoczekiwane obrażenia pacjenta, na przykład upadek pacjenta ¹⁴
Normalny wypadek	Kiedy interaktywna złożoność i ściśle powiązanie – charakterystyka systemu – nieuchronnie prowadzą do wypadku. ... Dziwne określenie „normalny wypadek” ma sygnalizować, że biorąc pod uwagę charakterystykę systemu, nieuniknione są liczne i nieoczekiwane interakcje błędów. ... systemowe błędy są nieczęste, a nawet rzadkie; nie napawa to jednak optymizmem, skoro mogą powodować katastrofy ⁶⁷
Błąd normatywny	Błąd polegający na nieuznaniu lub „przyznaniu się” do swoich ograniczeń ⁷³
Zakażenie szpitalne Zobacz także zakażenie; zakażenie nabyte w szpitalu	1. Zakażenie nabyte w trakcie korzystania z opieki lub usług w organizacji opieki zdrowotnej ^{8, 11} 2. Nawiązujące do zakładu opieki zdrowotnej lub pochodzące z zakładu opieki zdrowotnej ²²
Niezdolność do pracy	Stan, w którym pracownik nie jest w stanie wykonywać czynności niezbędnych do zadowalającego wykonywania pracy z powodu choroby zawodowej lub wypadku przy pracy ⁸
Ryzyko operacyjne	Prawdopodobieństwo niekorzystnego wyniku i śmierci związanej z operacją i znieczuleniem. Decyzje o przystąpieniu do operacji opierają się na koncepcyjnej ocenie stosunku ryzyka do korzyści, która może być dokładna tylko wtedy, gdy zastosuje się je do grup porównywalnych pacjentów poddawanych podobnym zabiegom. Ryzyko można sklasyfikować jako związane z wykonawcami procedury i związane ze znieczuleniem. Ogólny stan pacjenta można ocenić i punktować za pomocą Skali Stanu Fizycznego Amerykańskiego Towarzystwa Anestezjologów (<i>American Society of Anesthesiologists' Physical Status Scale, ASA-PSS</i>), która, jak stwierdzono, koreluje z wynikiem zabiegu chirurgicznego, chociaż pierwotnie nie została opracowana jako czynnik predykcyjny ryzyka ⁸
Wypadek organizacyjny	Stosunkowo rzadkie, ale często katastrofalne zdarzenia, które mają miejsce w złożonych nowoczesnych technologiach. ... Wypadki organizacyjne mają wiele przyczyn, w których uczestniczy wiele osób działających na różnych szczeblach swoich firm ⁷
Model organizacyjny Zobacz także model osobowy, zarządzanie bezpieczeństwem	[Model, który jest] powiązany z zarządzaniem kryzysowym i można go uznać za rozszerzenie modelu inżynierskiego. Podstawową ideą jest to, że bezpieczeństwo można osiągnąć poprzez brak ukrytych czynników, które zwiększałyby prawdopodobieństwo błędów ludzkich. Bezpieczeństwo mierzone jest metodami proaktywnymi... i oznacza ciągłą kontrolę i dostosowywanie podstawowych procesów systemu, podobnie jak w przypadku kompleksowego zarządzania jakością ⁶³
Wpływ na organizację	Wpływ na organizację, który można w całości lub częściowo przypisać incydentowi ¹⁰⁰

Wynik <i>Zobacz także wynik zdrowotny pacjenta, wpływ na pacjenta</i>	1. Efekt wykonania (lub niewykonania) czynności lub procesu ⁸ 2. Produkt, wynik lub efekt praktyczny ⁵
Nadużycie	Gdy usługa opieki zdrowotnej jest świadczona w okolicznościach, w których potencjalne szkody przewyższają korzyści ⁸¹
Częściowa niepełnosprawność	Choroba lub uraz uniemożliwiający osobie wykonywanie jednej lub więcej funkcji związanych z jej zawodem ⁸
Pacjent	Osoba będąca beneficjentem opieki zdrowotnej ¹⁰⁰
Charakterystyka pacjenta	Wybrane cechy pacjenta ¹⁰⁰
Wynik zdrowotny pacjenta <i>Zobacz także wynik</i>	Wynik dla pacjenta będący rezultatem wykonania (lub niewykonania) jednego lub większej liczby procesów, usług lub działań prowadzonych przez podmioty świadczące opiekę zdrowotną. Wynik zdrowotny pacjenta reprezentuje skumulowany efekt jednego lub większej liczby procesów w określonym czasie, na przykład przeżycie do wypisu po ranie postrzałowej klatki piersiowej lub ostrym zawale serca ⁸
Wpływ na pacjenta	Wpływ na pacjenta, który można w całości lub częściowo przypisać zdarzeniu ¹⁰⁰
Czynnik związany z pacjentem	Niepowodzenia związane z cechami lub stanem pacjenta, na które personel nie ma wpływu i które wpływają na leczenie ¹⁰
Bezpieczeństwo pacjenta <i>Zobacz także bezpieczeństwo</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unikanie, zapobieganie i łagodzenie niekorzystnych skutków lub urazów wynikających z procesów opieki zdrowotnej. Zdarzenia te obejmują „błędy”, „odchylenia” i „wypadki”. Bezpieczeństwo nie jest związane jedynie w osobą, urządzeniem czy oddziałem. Poprawa bezpieczeństwa zależy od poznania, w jaki sposób bezpieczeństwo wyłania się z interakcji wszystkich elementów systemu; nie jest powiązane z osobą, urządzeniem czy działem. Poprawa bezpieczeństwa wynika z poznania w jaki sposób te zintegrowane komponenty zależą od siebie⁸⁵ 2. Wolność od przypadkowych obrażeń; zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta polega na ustanowieniu systemów i procesów operacyjnych, które minimalizują prawdopodobieństwo wystąpienia błędów i maksymalizują prawdopodobieństwo ich rozpoznania i przerwania w przypadku ich wystąpienia¹ 3. Działania podejmowane przez osoby i organizacje w celu ochrony świadczeniobiorców przed szkodą na skutek świadczeń opieki zdrowotnej⁸⁶ 4. Wolność od przypadkowych obrażeń w trakcie opieki medycznej; działania mające na celu uniknięcie, zapobieganie lub korygowanie niekorzystnych skutków, które mogą wynikać ze świadczenia opieki zdrowotnej²² 5. Identyfikacja, analiza i zarządzanie ryzykiem i zdarzeniami związanymi z pacjentem w celu zapewnienia bezpieczniejszej opieki nad pacjentem i zminimalizowania szkód dla pacjentów²²

<p>Bezpieczeństwo pacjenta <i>Zobacz także bezpieczeństwo</i></p>	<p>6. Ograniczanie i łagodzenie niebezpiecznych działań w systemie opieki zdrowotnej, a także poprzez stosowanie najlepszych praktyk, które prowadzą do optymalnych wyników leczenia pacjentów⁵</p> <p>7. Zapobieganie i łagodzenie szkód dla pacjentów⁴⁸</p> <p>8. Wolność pacjenta od niepotrzebnej lub potencjalnej szkody związanej z opieką zdrowotną¹⁰⁰</p>
<p>Dane dotyczące bezpieczeństwa pacjenta</p>	<p>Szerokie i różnorodne informacje, które obejmują między innymi opis zdarzeń związanych z błędami medycznymi lub zdarzeniami potencjalnie wypadkowymi, ich przyczyny, dalsze działania naprawcze, interwencje zmniejszające przyszłe ryzyko i zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjenta³⁰</p>
<p>Incydent związany z bezpieczeństwem pacjenta <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane – określane jako incydent</i></p>	<p>Zdarzenie lub okoliczność, która mogła spowodować lub spowodowała niepotrzebną szkodę pacjenta¹⁰⁰</p>
<p>Śledzenie pacjenta</p>	<p>Proces oceny całkowitego doświadczenia pacjenta w opiece zdrowotnej w organizacji opieki zdrowotnej¹¹</p>
<p>Poprawa wydajności</p>	<p>Ciągłe badanie i dostosowywanie funkcji i procesów organizacji opieki zdrowotnej w celu zwiększenia prawdopodobieństwa osiągnięcia pożądaných wyników i lepszego zaspokojenia potrzeb poszczególnych osób i innych usługobiorców¹¹</p>
<p>Trwała niepełnosprawność</p>	<p>Trwały stan wynikający z choroby lub urazu, który uniemożliwia danej osobie wykonywanie niektórych lub wszystkich funkcji zawodowych⁸</p>
<p>Model osobowy <i>Zobacz także model organizacyjny, zarządzanie bezpieczeństwem</i></p>	<p>Tradycyjne podejście do bezpieczeństwa pracy [do zarządzania bezpieczeństwem] skupiające się głównie na błędach, niebezpiecznych działaniach i obrażeniach ciała. Podstawową ideą jest to, że ludzie mają swobodę wyboru między bezpiecznym a niebezpiecznym zachowaniem. Błędy przypisuje się głównie czynnikom psychologicznym, takim jak nieuwaga, słaba motywacja czy brak umiejętności, dlatego celem interwencji w zakresie zarządzania bezpieczeństwem są pojedyncze osoby⁶³</p>
<p>Fenotyp</p>	<p>1. Problemy z bezpieczeństwem, awarie w określonych obszarach zdrowia, tj. powierzchowne cechy systemu w przeciwieństwie do leżących u ich podstaw mechanizmów: częstość występowania i przyczyny błędów lekarskich popełnianych przez personel medyczny we wszystkich placówkach; operacja lub zabieg na niewłaściwej części ciała; błędy w wykonywaniu czynności niebezpiecznych (operacja, znieczulenie, radioterapia itp.); błędna diagnoza, wybór niewłaściwego leczenia; i zakażenie szpitalne⁸⁵</p> <p>2. Co się dzieje, co ludzie faktycznie robią lub co robią źle, co można zaobserwować. Fenotypy są specyficzne dla lokalnej sytuacji i kontekstu – powierzchownego wyglądu zdarzenia³⁷</p>

Nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii	Nauka i działania związane z wykrywaniem, oceną, zrozumieniem i zapobieganiem niepożądanym skutkom produktów farmaceutycznych ²²
Potencjalne działanie niepożądane leku	Poważny błąd w leczeniu – w tym przypadku może nastąpić niepożądane działanie leku, ale tak się nie stało, czy to przez szczęście, czy dlatego, że został przechwycony i poprawiony ²²
Potencjalne zdarzenie niepożądane <i>Zobacz także: sytuacja, która prawie się wydarzyła, sytuacja, w której doszło do zdarzenia potencjalnie niepożądanego, potencjalne zdarzenie niepożądane leku, potencjalny błąd, potencjalne zdarzenie</i>	1. Poważny błąd lub nieszczęście, które może spowodować niepożądane zdarzenie, ale nie powoduje tego z powodu przypadku lub przechwycenia ¹⁹ 2. Incydent, w którym popełniono błąd, ale nie nastąpiła żadna szkoda ¹³
Potencjalny błąd <i>Zobacz także: sytuacja, która prawie się wydarzyła, potencjalne zdarzenie niepożądane, potencjalne zdarzenie niepożądane leku, potencjalne zdarzenie niepożądane, potencjalne zdarzenie</i>	Okoliczności lub zdarzenia, które mogą (potencjalnie) spowodować błąd ²²
Potencjalne wydarzenie <i>Zobacz także: sytuacja, która prawie się wydarzyła, sytuacja, w której doszło do zdarzenia niepożądanego, potencjalne zdarzenie niepożądane leku, potencjalne zdarzenie niepożądane, potencjalny błąd</i>	Każde zdarzenie, które jeszcze nie miało miejsca, ale według świadczeniodawców lub wykwalifikowanych obserwatorów istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia, jeśli zostaną spełnione odpowiednie warunki ⁴⁸

Zdarzenie potencjalnie podlegające rekompensacie (<i>potentially compensable event</i> , PCE)	Niepożądane zdarzenie związane z opieką nad pacjentem, które ostatecznie może skutkować roszczeniem z tytułu odpowiedzialności cywilnej. Zdarzenie wiąże się z niepełnosprawnością (tymczasową lub trwałą) spowodowaną przez kierownictwo opieki zdrowotnej (w tym działaniami i zaniechaniami ze strony podmiotów świadczących opiekę zdrowotną). ... PCE to nie to samo, co niekorzystne zdarzenie lub zaniedbanie ze strony pacjenta ⁸
Błąd przygotowania	Niezależnie od rodzaju błędu w leczeniu, pominięcia lub popełnienia błędu, który ma miejsce na etapie przygotowania, gdy lek musi zostać sporządzony lub przygotowany przez farmaceutę, pielęgniarkę, samego pacjenta lub opiekuna ²²
Błąd w przepisywaniu <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	1. Błąd lekarza przepisującego lek przy zalecaniu leku ⁴⁷ 2. Błąd lekowy powstały przy przepisywaniu leku, polegający na napisaniu zamówienia leku lub podjęciu decyzji terapeutycznej, objawiający się niezamierzonym odstępstwem od standardów, takimi jak: faktyczna wiedza naukowa, powszechnie uznawane właściwe praktyki, streszczenie o właściwościach produktu leczniczego lub wzmiankach zgodnie z przepisami. Błąd w przepisywaniu może w szczególności dotyczyć: wyboru leku (zgodnie ze wskazaniami, przeciwwskazaniami, znanymi alergiami i charakterystyką pacjenta, jakimkolwiek interakcjami z istniejącymi lekami i innymi czynnikami), dawką, stężeniem, schematem leczenia, postacią farmaceutyczną, drogą podawania, czas trwania leczenia i instrukcje stosowania; ale także nieprzepisanie leku potrzebnego do leczenia już zdiagnozowanej patologii lub zapobiegania niepożądanym skutkom innych leków ²²
Zdarzenie niepożądane leku, któremu można zapobiec <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	Każde niepożądane zdarzenie związane z lekiem, które nie miałyby miejsca, gdyby pacjent otrzymał zwykle standardy opieki odpowiednie dla czasu, w którym to zdarzenie wystąpiło ²²
Zdarzenie niepożądane, któremu można zapobiec <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	Zdarzenie niepożądane, które nie wystąpiłoby, gdyby pacjent otrzymał zwykle standardy opieki, odpowiednie dla tego czasu ²²
Możliwe do zapobiegania	Akceptowane przez społeczność jako możliwe do uniknięcia w określonych okolicznościach ¹⁰⁰
Możliwość zapobiegania	1. Sugeruje, że znane są metody zapobiegania danym urazom i że zdarzenie niepożądane wynika z niezastosowania tej wiedzy ⁸⁴ zob. także 22 2. Błąd w zarządzaniu wynikający z nieprzestrzegania przyjętych praktyk na poziomach indywidualnym lub systemowym ⁸⁷ zob. także 5
Zdarzenie, któremu można zapobiec	Zdarzenie, które można było przewidzieć i na które można było się przygotować, ale które ma miejsce z powodu błędu lub innej awarii systemu ²⁷

Zgon, któremu można zapobiec	Zgon uważa się za możliwy do uniknięcia, jeżeli pacjent otrzymał niewłaściwą opiekę, a zła opieka prawdopodobnie doprowadziła do śmierci pacjenta ¹
Zapobieganie	Modyfikacja systemu... w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia budzącego przerażenie zdarzenia i powrotu do akceptowalnego poziomu ryzyka; wszelkie środki mające na celu zmniejszenie częstotliwości i dotkliwości ryzyka ²²
Priorytetowe obszary zainteresowania	Procesy, systemy lub struktury w organizacji opieki zdrowotnej, które znacząco wpływają na jakość i bezpieczeństwo opieki ¹¹
Proces	1. Szereg powiązanych ze sobą działań prowadzących do osiągnięcia określonego rezultatu ²² 2. Przebieg działania lub sekwencja kroków, łącznie z tym, co i jak się robi ⁵
Zmienność procesu	Rozłożenie wyników procesu w czasie. W każdym procesie zachodzą zmiany i każda zmienność ma swoje przyczyny. Przyczyny są dwojakiego rodzaju: specjalne lub powszechne. W procesie mogą występować oba rodzaje zmienności jednocześnie lub tylko zmienność wynikająca ze wspólnej przyczyny. Działania zarządcze niezbędne do usprawnienia procesu różnią się w zależności od rodzaju zmian, którymi się zajmujemy ⁸
Odpowiedzialność zawodowa	Obowiązek prawny pracownika lub organizacji ochrony zdrowia wynikający z naruszenia (wykonania czegoś, co zostało zrobione, lub niewykonania czegoś, co powinno zostać zrobione), na który prawo przewiduje środek zaradczy. Na przykład lekarz, który nie postawi diagnozy, co doprowadziło do urazu pacjenta, ponosi odpowiedzialność zawodową za szkodę. Odpowiedzialność zawodowa to nie to samo, co zaniedbanie zawodowe ⁸
Zaniedbanie zawodowe	Niezachowanie przez specjalistę, np. lekarza, stopnia staranności uznawanego za uzasadniony w danych okolicznościach, skutkującego niezamierzonym zranieniem innej strony. Zaniedbania zawodowe nie są równoznaczne z odpowiedzialnością zawodową ⁸
Najbliższa przyczyna <i>Zobacz także: czynnik przyczynowy, przyczynowość, przyczyna, przyczyna bezpośrednia, przyczyna podstawowa</i>	1. Działanie lub zaniechanie, które w naturalny i bezpośredni sposób powoduje konsekwencje. Jest to powierzchowna lub oczywista przyczyna zdarzenia. Leczenie jedynie „objawów” lub bezpośredniej szczególnej przyczyny może prowadzić do krótkotrwałej poprawy, ale nie zapobiegnie nawrotowi zmian. W niektórych jurysdykcjach, aby czyn można było uznać za bezpośrednią przyczynę straty lub urazu, należy wykazać, że bez tego działania lub zaniechania szkoda lub strata nie miałyby miejsca ⁸ 2. Termin prawniczy opisujący bezpośrednią przyczynę urazu. Bezpośrednią przyczyną jest ta, która w naturalnym następstwie, niezakłóconym przez czynniki pośredniczące, spowodowała uraz i bez którego uraz by nie nastąpił ⁶

Odpowiedzialność publiczna <i>Zobacz także odpowiedzialność</i>	Powinność lub obowiązek określonych osób i/lub instytucji do udostępniania informacji o swoich działaniach lub wynikach społeczeństwu lub organizacji publicznej lub agencji (lub wyznaczonej przez nią osobie), która sprawuje nadzór i odpowiada przed ogółem społeczeństwa ²⁷
Jakość	Stopień, w jakim usługi zdrowotne dla jednostek i populacji zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pożądaných rezultatów zdrowotnych i są zgodne z aktualną wiedzą zawodową ¹⁰⁰
Kontrola jakości	Proces polegający na mierzeniu wyników, porównywaniu ich z celami i reagowaniu na różnice, gdy wyniki nie osiągają zdefiniowanych celów ¹¹
Jakość opieki	1. Stopień, w jakim usługi zdrowotne dla jednostek i populacji zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pożądaných efektów zdrowotnych i są zgodne z aktualną wiedzą zawodową ^{1 zob. także 2} 2. Stopień, w jakim usługi zdrowotne dla jednostek i populacji zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pożądaných efektów zdrowotnych i są zgodne z aktualną wiedzą zawodową ¹¹ 3. Stopień zgodności z przyjętymi zasadami i praktykami (standardami), stopień dostosowania do potrzeb pacjenta oraz stopień osiągnięcia możliwych wyników leczenia (rezultatów), zgodny z odpowiednią alokacją lub wykorzystaniem zasobów. Wyrażenie jakości opieki niesie ze sobą koncepcję, że jakość nie jest równoznaczna z „więcej” lub „wyższą technologią” lub wyższymi kosztami. Stopień zgodności ze standardami koncentruje się na działaniu świadczeniodawcy, natomiast stopień przystosowania do potrzeb pacjenta wskazuje, że u pacjenta mogą występować schorzenia, które będą wymagały innych zaleceń niż przepisane procedury ⁶
Lekkomyślność	Jednostka wie, że istnieje ryzyko, jest gotowa je podjąć i podejmuje je świadomie... Osoba wykonuje czynność, która stwarza oczywiste ryzyko, a podczas wykonywania tej czynności albo nie pomyślała o możliwości wystąpienia takiego ryzyka, albo uznawszy istnienie takiego ryzyka, podejmuje je dalej ²²
Ustąpienie zdarzenia <i>Zobacz także czynniki łagodzące</i>	Nieformalny zestaw czynników ludzkich, który prowadzi do wykrycia, zrozumienia i skorygowania ryzykownej sytuacji na czas, ograniczając w ten sposób sekwencję do sytuacji bliskiej wypadkowi, zamiast przekształcić ją w potencjalnie niepożądane zdarzenie ²²
Terminologia referencyjna	Terminologie zorientowane na pojęcia, posiadające cechy takie jak gramatyka określająca zasady automatycznego generowania i klasyfikacji nowych pojęć, a także łączenie pojęć atomowych w celu utworzenia wyrażen molekularnych ³¹
Poleganie na czynnościach kontrolnych u ludzi	Brak narzędzi lub „pomocników pamięci”, które mogłyby pomóc w prowadzeniu jednostki przez proces nieużywanych narzędzi. (Pamięć ludzka pogarsza się z biegiem czasu. Opieranie się na pamięci podczas wykonywania wielu zadań jednocześnie jest bardzo podatne na błędy) ²
Poleganie na czujności	Proces opiera się na częstych lub stałych obserwacjach w celu zapewnienia dokładności ²

Zdarzenie podlegające zgłoszeniu	Zdarzenie, sytuacja lub proces, który przyczynia się lub może potencjalnie przyczynić się do urazu pacjenta lub gościa lub do pogorszenia zdolności [praktyków] do zapewnienia optymalnej opieki nad pacjentem. Zdarzenia podlegające zgłoszeniu można ogólnie podzielić na następujące typy w zależności od ich wagi: zdarzenia wartownicze, urazy pacjentów i gości (zdarzenia niepożądane), zdarzenia potencjalnie wypadkowe oraz względy bezpieczeństwa ²
Odporność	Stopień, w jakim system w sposób ciągły zapobiega, wykrywa, łagodzi lub zmniejsza zagrożenia lub zdarzenia ¹⁰⁰
Ryzyko <i>Zobacz także dopuszczalne ryzyko</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prawdopodobieństwo, wysokie lub niskie, że ktoś lub coś dozna szkody w wyniku zagrożenia, pomnożone przez wagę potencjalnej szkody²⁶ 2. Prawdopodobieństwo choroby, urazu lub śmierci wśród różnych grup osób i z różnych przyczyn. O jednostce mówi się, że jest „zagrożona”, jeżeli znajduje się w grupie, w której występuje dany czynnik sprawczy. ...Ta definicja dotyczy zdrowia publicznego⁶ 3. Połączenie prawdopodobieństwa wystąpienia szkody i ciężkości tej szkody⁵⁹ 4. Narażenie na zdarzenia, które mogą zagrozić lub zaszkodzić organizacji lub jej interesom⁸⁸ 5. (1) Szansa wystąpienia choroby, urazu lub śmierci wśród różnych grup osób i z różnych przyczyn. (2) Jakakolwiek mierzalna lub przewidywalna szansa na stratę, obrażenia, niekorzystne skutki, zagrożenie, niebezpieczeństwo, niebezpieczeństwo lub zniszczenie. Ryzyko dla organizacji opieki zdrowotnej może powstać na przykład w wyniku odpowiedzialności ogólnej lub zawodowej albo uszkodzenia mienia fizycznego⁸ 6. Szansa, że wydarzy się coś, co będzie miało wpływ na osoby i/lub organizacje. Mierzy się go w kategoriach prawdopodobieństwa i konsekwencji¹⁴ 7. Prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia, straty lub urazu w systemie opieki zdrowotnej⁵ 8. Możliwość/prawdopodobieństwo wystąpienia lub ponownego wystąpienia zdarzenia pomnożona przez wagę zdarzenia⁴⁸ 9. Prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia¹⁰⁰

Ocena ryzyka	<p>1. Ocena szczegółowo badająca proces, w tym kolejność zdarzeń; ocenia rzeczywiste i potencjalne ryzyko, awarię lub punkty podatności na zagrożenia; oraz w ramach logicznego procesu ustala priorytety obszarów wymagających poprawy na podstawie rzeczywistego lub potencjalnego wpływu na opiekę nad pacjentem (krytyczność)¹¹</p> <p>2. Jakościowe lub ilościowe oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia (niekorzystnych) skutków, które mogą wynikać z narażenia na określone zdarzenia lub procesy lub z braku korzystnych wpływów⁸</p> <p>3. Proces, który pomaga organizacjom zrozumieć zakres ryzyk, na jakie są narażone – zarówno wewnątrz, jak i zewnątrz, poziom zdolności do kontrolowania tych ryzyk, prawdopodobieństwo ich ponownego wystąpienia i ich potencjalne skutki. Obejmuje ono kombinację ilościowego określania ryzyka i stosowania osądu, oceny i równoważenia ryzyka i związanych z nim korzyści oraz porównywania ich, na przykład z kosztami^{14, 22}</p>
Ograniczanie ryzyka	<p>Natychmiastowe działania podjęte w celu zabezpieczenia pacjentów przed powtórzeniem się niepożądanego zdarzenia. Działania mogą obejmować usuwanie i zabezpieczanie zapasów leków z półek aptecznych oraz sprawdzanie lub wymianę zapasów tlenu lub określonych wyrobów medycznych⁸ zob. także 2</p>
Zarządzanie ryzykiem	<p>1. W kontekście działalności szpitala... działania samoobrony mające na celu zapobieganie rzeczywistym lub potencjalnym zagrożeniom strat finansowych w wyniku wypadku, urazu lub błędu w sztuce lekarskiej⁸⁹</p> <p>2. Jeden z wielu systemów lub procesów organizacyjnych mających na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej, jednak skupiający się przede wszystkim na tworzeniu i utrzymywaniu bezpiecznych systemów opieki⁸⁸</p> <p>3. Działania kliniczne, administracyjne i produkcyjne podejmowane przez organizację w celu identyfikacji, oceny i zmniejszenia ryzyka obrażeń pacjentów, personelu i gości oraz ryzyka strat dla samej organizacji¹¹ zob. także 2, 22</p> <p>4. Zestaw działań (planowanie, organizowanie, kierowanie, ocena i wdrażanie) mających na celu zmniejszenie ryzyka obrażeń pacjentów i pracowników oraz zmniejszenie szkód lub strat w mieniu w placówkach opieki zdrowotnej³</p> <p>5. Proces minimalizacji ryzyka ubezpieczenia organizacji przy minimalnych kosztach, zgodnie z celami organizacji. Zarządzanie ryzykiem obejmuje kontrolę ryzyka i finansowanie ryzyka. Kontrola ryzyka obejmuje (1) opracowywanie systemów zapobiegania wypadkom, urazom i innym niekorzystnym zdarzeniom oraz (2) podejmowanie prób postępowania ze zdarzeniami i incydentami, które rzeczywiście mają miejsce, w taki sposób, aby zminimalizować ich koszty. Finansowanie ryzyka obejmuje zapewnienie odpowiedniej ochrony finansowej przed stratą za pośrednictwem zewnętrznej firmy ubezpieczeniowej lub jakiejś formy samoubezpieczenia⁶</p> <p>6. Identyfikacja, ocena, analiza, zrozumienie i reagowanie na kwestie ryzyka w celu osiągnięcia optymalnej równowagi ryzyka, korzyści i kosztów²²</p>

Zarządzanie ryzykiem	<p>7. Działania organizacyjne mające na celu zapobieganie obrażeniom pacjenta lub złagodzenie rzeczywistych strat finansowych w wyniku niekorzystnego wyniku⁵</p> <p>8. Proces identyfikacji, oceny, analizy i zarządzania wszelkimi ryzykami i incydentami na każdym poziomie organizacji oraz agregacji wyników na poziomie korporacyjnym, co ułatwia ustalanie priorytetów i lepsze podejmowanie decyzji w celu osiągnięcia optymalnej równowagi ryzyka, korzyści i kosztów¹⁴</p>
Punkty ryzyka	Określone punkty procesu, które są podatne na błąd lub awarię systemu. Zwykle wynikają one z błędów w początkowym projekcie procesu, wysokiego stopnia zależności od komunikacji, niestandardowych procesów oraz awarii lub braku kopii zapasowych ¹⁶
Przyczyna pierwotna	<p>1. Pierwotna przyczyna niepowodzenia lub nieefektywności procesu¹⁴</p> <p>2. Najbardziej fundamentalna przyczyna wystąpienia zdarzenia²⁹ zob. także 2</p>
<p>Analiza przyczyn źródłowych (<i>root cause analysis, RCA</i>)</p> <p><i>Zobacz także badanie analizy przyczynowej</i></p>	<p>1. Proces identyfikacji podstawowego lub przyczynowego czynnika(ów) leżącego u podstaw różnic w wynikach, w tym wystąpienia lub możliwego wystąpienia zdarzenia wskaźnikowego¹¹ zob. także 2,31</p> <p>2. Systematyczny proces, w ramach którego identyfikowane są czynniki, które przyczyniły się do incydentu¹⁴</p> <p>3. Systematyczny proces badania incydentu krytycznego lub niekorzystnego wyniku w celu określenia wielu czynników leżących u jego podstaw. Analiza koncentruje się na identyfikacji ukrytych warunków leżących u podstaw różnic w wynikach i, jeśli ma to zastosowanie, opracowaniu zaleceń dotyczących ulepszeń, które zmniejszą prawdopodobieństwo wystąpienia podobnego zdarzenia w przyszłości^{5, 18}</p> <p>4. Technika systematycznego dochodzenia, która wykracza poza zainteresowane osoby i ma na celu zrozumienie przyczyn leżących u podstaw zdarzenia oraz kontekstu środowiskowego, w którym doszło do zdarzenia. Analiza koncentruje się na identyfikacji ukrytych warunków leżących u podstaw różnic w wynikach oraz na opracowaniu zaleceń dotyczących ulepszeń, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo ponownego wystąpienia zdarzenia²²</p> <p>5. Proces identyfikacji podstawowych lub dodatkowych czynników przyczynowych, które leżą u podstaw różnic w wynikach związanych z istotnym zagrożeniem lub komunikatami; RCA mają następujące cechy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przegląd ma charakter interdyscyplinarny i angażuje osoby najbliższe procesowi • analiza koncentruje się przede wszystkim na systemach i procesach, a nie na indywidualnych wynikach • analiza sięga głębiej, pytając, co i dlaczego, dopóki nie zostaną sprawdzone wszystkie aspekty procesu i zidentyfikowane zostaną wszystkie czynniki przyczyniające się do tego (przechodząc od patrzenia na przyczyny szczególne do powszechnie występujących)

<p>Analiza przyczyn źródłowych (<i>root cause analysis, RCA</i>) Zobacz także badanie analizy przyczynowej</p>	<ul style="list-style-type: none"> • analiza identyfikuje zmiany, które można wprowadzić w systemach i procesach poprzez przeprojektowanie lub rozwój nowych procesów lub systemów, które poprawiłyby wydajność i zmniejszyły ryzyko wystąpienia istotnego zagrożenia lub informacjami o możliwości jego wystąpienia <p>Dla dokładności RCA musi zawierać:</p> <ul style="list-style-type: none"> • określenie czynników ludzkich i innych najbardziej bezpośrednio związanych ze zdarzeniem lub istotnym zagrożeniem oraz procesów i systemów związanych z jego wystąpieniem (rzadko istnieje tylko jedna przyczyna) • analiza podstawowych systemów poprzez serię pytań „dlaczego” w celu ustalenia, gdzie przeprojektowanie może zmniejszyć ryzyko • identyfikacja ryzyka i jego potencjalnego wpływu na zdarzenie lub sygnalizowane istotne zagrożenie • określenie potencjalnego ulepszenia procesów lub systemów, które będzie miało tendencję do zmniejszania prawdopodobieństwa wystąpienia takich zdarzeń w przyszłości lub stwierdzenie, po analizie, że nie ma możliwości ulepszeń <p>Dla wiarygodności RCA musi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obejmować udział kierownictwa organizacji (może to obejmować powołanie zespołu RCA, bezpośrednie uczestnictwo w zespole RCA, aż do udziału w ustalaniu planu działań naprawczych) oraz osoby najściślej zaangażowane w procesy i systemy objęte analizą • być spójny wewnątrz (tzn. nie zaprzeczają sobie i nie pozostawiają oczywistych pytań bez odpowiedzi) • uwzględniać odpowiednie piśmiennictwo²⁹ <p>6. Systematyczny proces iteracyjny, podczas którego identyfikowane są czynniki przyczyniające się do incydentu poprzez rekonstrukcję sekwencji zdarzeń i wielokrotne zadawanie pytań „dlaczego?” do czasu wyjaśnienia podstawowych przyczyn¹⁰⁰</p>
<p>Baza reguł</p>	<p>Składnik systemu reguł procesu reprezentujący wiedzę w postaci reguł „jeśli-to”³¹</p>
<p>Zachowanie oparte na zasadach</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Znane procedury stosowane w sytuacjach związanych z częstym podejmowaniem decyzji³⁵ 2. Zastosowanie istniejących zasad lub schematów do zarządzania podobnymi sytuacjami¹⁰
<p>Błąd związany z zasadami Zobacz także: błąd proceduralny, błąd</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. [Błąd] dotyczy problemów, dla których dana osoba posiada gotowe rozwiązanie, nabyte w wyniku szkolenia, doświadczenia lub dostępności odpowiednich procedur⁵⁰ 2. Gdy dana osoba nie wykonuje prawidłowo procedury lub protokołu bądź wybiera niewłaściwą procedurę⁷⁴
<p>Bezpieczna opieka</p>	<p>Bezpieczna opieka obejmuje podejmowanie decyzji klinicznych opartych na dowodach, aby zmaksymalizować wyniki zdrowotne jednostki i zminimalizować potencjalne szkody³¹</p>

<p>Bezpieczeństwo <i>Zobacz także bezpieczeństwo pacjenta</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stopień, w jakim ryzyko interwencji... i ryzyko w środowisku opieki jest zmniejszone dla pacjenta i innych osób, w tym pracowników ochrony zdrowia¹¹ 2. Stan bycia bezpiecznym przed doznaniem lub spowodowaniem obrażeń, szkody lub straty; każdą działalność lub element środowiska, dla którego ryzyko związane z jego użytkowaniem i i dysponowaniem uważa się za akceptowalne, uważa się za bezpieczną³ 3. Wolność od niedopuszczalnego ryzyka⁵⁹ 4. Wolność od przypadkowych obrażeń^{1 zob. także 19} 5. Stan, w którym ryzyko zostało zredukowane do akceptowalnego poziomu¹⁴ 6. Wolność od zagrożeń¹⁰⁰
<p>Troska o bezpieczeństwo</p>	<p>Protokoły, procedury, produkty lub sprzęt, które są podatne na problemy lub procesy generujące ryzyko, które mogą pogorszyć zdolność [praktyków] do zapewnienia optymalnej opieki nad pacjentem²</p>
<p>Kultura bezpieczeństwa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. [Kultura charakteryzująca się następującymi] pięcioma wysokiej rangi cechami, które [pracownicy ochrony zdrowia] starają się wdrożyć poprzez zastosowanie solidnych systemów zarządzania bezpieczeństwem. (1) Kultura, w której wszyscy pracownicy (w tym personel pierwszej linii, lekarze i administratorzy) przyjmują odpowiedzialność za bezpieczeństwo swoje, swoich współpracowników, pacjentów i gości. (2) [Kultura, która] stawia bezpieczeństwo ponad cele finansowe i operacyjne. (3) [Kultura, która] zachęca i nagradza identyfikację, komunikację i rozwiązywanie problemów związanych z bezpieczeństwem. (4) [Kultura, która] zapewnia organizacyjne uczenie się na podstawie raportowania zdarzeń niepożądanych. (5) [Kultura, która] zapewnia odpowiednie zasoby, strukturę i odpowiedzialność w celu utrzymania skutecznych systemów bezpieczeństwa.² 2. Kultura bezpieczeństwa organizacji jest zbiorem indywidualnych i grupowych wartości, postaw, postrzegania, kompetencji i wzorców zachowań, które określają zaangażowanie, styl i biegłość w zarządzaniu bezpieczeństwem i higieną pracy w organizacji⁹⁰ 3. Organizacje posiadające efektywną kulturę bezpieczeństwa charakteryzują się stałym zaangażowaniem w bezpieczeństwo jako najwyższym priorytetem, który przenika całą organizację. Do zauważonych elementów zalicza się (1) świadomość wysokiego ryzyka i podatnego na błędy charakteru działań organizacji, (2) środowisko wolne od winy, w którym poszczególne osoby mogą zgłaszać błędy lub inne zagrożenia, (3) oczekiwanie współpracy na różnych szczeblach w celu poszukiwania rozwiązań dla słabych punktów oraz (4) chęć ze strony organizacji do skierowania zasobów w celu rozwiązania problemów związanych z bezpieczeństwem⁷¹ 4. Zintegrowany wzorec zachowań indywidualnych i organizacyjnych, oparty na wspólnych przekonaniach i wartościach, który stale stara się minimalizować szkody dla pacjenta, które mogą wynikać z procesów świadczenia opieki²²

<p>Incydent związany z bezpieczeństwem <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i></p>	<p>Zdarzenie, które w nieco innych okolicznościach mogło być wypadkiem³¹</p>
<p>Zarządzanie bezpieczeństwem <i>Zobacz także model organizacyjny, model osobowy</i></p>	<p>1. Bezpieczeństwo jest zarządzane przez trzy różne strategie kontroli:</p> <ul style="list-style-type: none"> • strategię sprzężenia zwrotnego stosowaną w przypadku rozproszonych źródeł niskiego zagrożenia, której celem jest empiryczna kontrola bezpieczeństwa poprzez ciągłe pomiary zgodnie z pewnym akceptowalnym poziomem bezpieczeństwa, operacjonalizowana z analizą wskaźników wypadków lub obrażeń. ... Metody są zorientowane na wydarzenia z przeszłości • strategię wyprzedzającą, stosowaną w systemach o wysokim ryzyku podlegających szybkim zmianom, mającą na celu kontrolę bezpieczeństwa poprzez właściwy projekt i działanie, biorąc pod uwagę mechanizmy leżące u podstaw zagrożeń systemowych i procesów powodujących wypadki. ... Metody stosowane w celu wsparcia tej strategii są zorientowane na przyszłość • połączoną strategię wyprzedzającą i sprzężenia zwrotnego stosowaną w przypadku skoncentrowanych źródeł wysokich zagrożeń o powolnych zmianach – jej celem jest kontrolowanie bezpieczeństwa poprzez ciągłe dostosowywanie metod wyprzedzających zgodnie z doświadczeniem zdobytym dzięki stosowaniu metod sprzężenia zwrotnego⁹¹ <p>2. Działania wybrane i realizowane przez organizację w celu oceny i kontroli wpływu ryzyka środowiskowego oraz poprawy ogólnego bezpieczeństwa środowiskowego¹¹</p>
<p>Związek semantyczny</p>	<p>Sposób, w jaki rzeczy (takie jak klasy lub pojęcia) są ze sobą powiązane na podstawie ich znaczenia¹⁰⁰</p>
<p>Wydarzenie wartownicze <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i></p>	<p>1. Nieoczekiwane zdarzenie powodujące zgon lub poważne obrażenia fizyczne lub psychiczne albo ryzyko ich wystąpienia. Poważne obrażenia obejmują w szczególności utratę kończyny lub funkcji. Wyrażenie to lub związane z nim ryzyko obejmuje każdą charakterystykę procesu, którego wystąpienie wiązałoby się z ponownymi poważnymi komplikacjami. Takie zdarzenia nazywane są „wartowniczymi”, gdyż sygnalizują potrzebę natychmiastowego dochodzenia i reakcji¹¹ zob. także 2, 18, 22</p> <p>2. Każde zdarzenie, które spowodowało nieoczekiwaną śmierć lub poważną trwałą utratę funkcji, niezwiązane z naturalnym przebiegiem choroby lub stanu chorobowego pacjenta⁴⁸</p> <p>3. Nieoczekiwane zdarzenie lub zmiana powodująca śmierć lub poważne obrażenia fizyczne bądź psychiczne albo ryzyko ich wystąpienia¹</p>
<p>Poważne wydarzenie <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i></p>	<p>1. [Zdarzenie] prowadzące do hospitalizacji lub przedłużające ją, przyczyniające się do śmierci lub powodujące zgon albo związane z chorobą nowotworową lub wadą wrodzoną⁹²</p> <p>2. Zdarzenie, którego skutkiem są śmierć lub utrata części ciała albo kalectwo bądź utrata funkcji organizmu trwające dłużej niż siedem dni lub trwające w chwili wypisu ze stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej lub gdy chodzi o zdarzenie inne niż zdarzenie niepożądane, zdarzenie, którego wystąpienie jest poważne²⁷</p>

Poważne następstwo	Zgon, stan zagrażający życiu, początkowa lub długotrwała hospitalizacja, niepełnosprawność lub wada wrodzona lub gdy konieczna była interwencja, aby zapobiec trwałemu upośledzeniu lub uszkodzeniu ⁹³
Pierwsza linia	1. Praktycy na pierwszej linii w swoich rolach faktycznie wchodziją w interakcję z niebezpiecznym procesem ^{7 zob. także 2} 2. Bezpośredni interfejs człowiek–system lub lekarz–pacjent ⁵⁰ 3. Miejsce, w którym praktycy mają bezpośredni kontakt z niebezpiecznym procesem, pełniąc role... pielęgniarek, lekarzy, techników, farmaceutów i innych osób ³⁷
Efekt uboczny	Znany efekt, inny niż pierwotnie zamierzony, związany z właściwościami farmakologicznymi leku ¹⁰⁰
Zachowanie oparte na umiejętnościach <i>Zobacz także pomyłka</i>	Rutynowe zadania wymagające niewielkiej lub żadnej świadomej uwagi podczas wykonywania ^{35, zobacz także 10}
Potknięcie <i>Zobacz także zachowanie związane z umiejętnościami</i>	1. Niezamierzony błąd lub wykonanie prawidłowo zamierzonego działania ⁵⁵ 2. Nieświadomy błąd w działaniu automatycznym. Potknięcia to błędy w działaniu. Potknięcie ma miejsce wtedy, gdy następuje przerwa w rutynie i odwrócenie uwagi ⁸⁰ 3. Rodzaj błędu wynikający z automatycznego zachowania, gdy podświadome działania mające na celu osiągnięcie naszych celów zostają pokrzyżowane ⁹⁵ 4. Niepowodzenie w wykonywaniu wysoko rozwiniętych umiejętności ^{96 zob. także 10} 5. Błąd wynikający z niepowodzeń na etapie wykonywania i/lub przechowywania sekwencji działań... potencjalnie obserwowalny jako działania niezgodne z planem... Potknięcia odnoszą się do obserwowalnych działań i są powszechnie kojarzone z błędami w zakresie uwagi lub percepcji ²²
Leki o podobnie brzmiących nazwach	Leki o podobnych nazwach, które można łatwo ze sobą pomylić, szczególnie w przypadku poleceń ustnych ⁹⁷
Interesariusz	Osoba zainteresowana działalnością organizacji i posiadająca możliwość wywierania na nią wpływu. Interesariuszami szpitala są na przykład pacjenci, pracownicy, personel medyczny, rząd, ubezpieczyciele, przemysł i społeczeństwo ⁶
Standard	1. Minimalny poziom akceptowalnej wydajności i wyników lub doskonały poziom wyników, lub zakres akceptowalnej wydajności lub akceptowalnych wyników ^{1 zob. także 2} 2. Oświadczenie definiujące oczekiwania dotyczące wyników, struktury lub procesy, które muszą istnieć, aby organizacja mogła zapewnić bezpieczną i wysokiej jakości opiekę, leczenie i usługi ¹¹ 3. Miara jakości lub ilości, ustalona przez władzę, zawód lub zwyczaj, służąca jako kryterium oceny ⁶ 4. Zbiór cech lub ilości opisujących cechy produktu, procesu, usługi, interfejsu lub materiału ³¹

Standard – dane Wzajemna wymiana	Taksonomia, która porządkuje lub organizuje podobne lub powiązane terminy w celu łatwego wyszukiwania ³¹
Standard – klasyfikacja	Systematyczne uporządkowanie lub podział materiałów, produktów, systemów lub usług na grupy na podstawie podobnych cech ¹ zob. także 2
Standard – przewodnik	Szereg opcji lub instrukcji, które nie zalecają określonego sposobu działania ¹ zob. także 2
Standard opieki	<p>1. Poziom kompetencji w wykonywaniu zadań medycznych uznawany za uzasadniony i odzwierciedlający wykwalifikowanego i sumiennego świadczeniodawcę, który zobowiązuje lekarza do ograniczenia swojej praktyki lekarskiej wyłącznie do dziedzin swojej specjalizacji; standardy takie mogą być określone w regulaminie personelu medycznego szpitala lub w standardach opublikowanych przez specjalistyczną uczelnię³</p> <p>2. Zasady i praktyki przyjęte przez przedstawicieli zawodów medycznych, które mają być stosowane u pacjenta w zwykłych okolicznościach. Standardy opieki opracowywane są na podstawie konsensusu ekspertów, na podstawie konkretnych badań (jeśli są dostępne) i doświadczenia ekspertów. „W zwykłych okolicznościach” odnosi się do faktu, że u danego pacjenta mogą wystąpić indywidualne schorzenia, które mają charakter nadrzędny; przy braku takich względów komisja ds. oceny jakości personelu medycznego lub personelu pielęgniarskiego będzie oczekiwać stosowania ogólnie przyjętych zasad i praktyk⁶</p> <p>3. Ogólnie rzecz biorąc, w prawie dotyczącym opieki zdrowotnej stopień opieki, jaki lekarz posiadający przeciętne umiejętności i praktykę w tej samej lub podobnej miejscowości, powinien sprawować w takich samych lub podobnych okolicznościach. Jednakże w sprawach dotyczących specjalizacji niektóre sądy pominęły względy geograficzne, utrzymując, że w przypadku wykonywania specjalizacji lekarskiej lub chirurgicznej certyfikowanej przez komisję standardem powinien być rozsądny specjalista praktykujący medycynę lub chirurgię w tej samej szczególnej dziedzinie. Jeżeli postępowanie lekarza nie spełnia standardów opieki, może on ponosić odpowiedzialność za wszelkie obrażenia lub szkody wynikające z takiego postępowania⁸</p> <p>4. Zasady i praktyki przyjęte przez przedstawicieli zawodów medycznych, które mają być stosowane u pacjenta w zwykłych okolicznościach⁵</p>
Standard – praktyki	Procedura wykonywania jednej lub większej liczby określonych operacji lub funkcji ^{1,2}
Standard – zgłaszanie	Formalnie przyjęte lub zatwierdzone definicje i zasady dotyczące rodzajów zdarzeń zgłaszanych do systemów zgłaszania bezpieczeństwa pacjentów, danych i informacji gromadzonych na temat tych zdarzeń oraz stosowanych formatów zgłaszania ³¹
Standard – specyfikacja	Zestaw wymagań, które należy spełnić, oraz procedury ustalania, czy każde z wymagań jest spełnione ¹ zob. także 2
Standard – terminologia	Dokument zawierający terminy, definicje terminów, opis terminów, objaśnienia symboli, skróty lub akronimy ³¹

Standard – metoda badawcza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedura identyfikacji, pomiaru i oceny materiału, produktu lub systemu¹ 2. Ostateczna procedura identyfikacji, pomiaru i oceny jednej lub większej liczby cech, cech lub właściwości materiału, produktu, systemu lub usługi, która daje wynik testu³¹
Struktura	Rama wspierająca lub istotne części. Obejmuje wszystkie elementy systemu opieki zdrowotnej, które istnieją przed podjęciem jakichkolwiek aktywności lub działań ⁵
Cierpienie	Doświadczenie czegoś subiektywnie nieprzyjemnego ¹⁰⁰
Nadzór	Rutynowe gromadzenie i przegląd danych w celu zbadania zasięgu choroby, śledzenia trendów i wykrywania zmian w występowaniu choroby ³¹
System	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zbiór współzależnych elementów (ludzi, procesów, sprzętu) współdziałających ze sobą dla osiągnięcia wspólnego celu¹ zob. także 2, 19, 22 2. Regularnie oddziałująca na siebie lub współzależna grupa elementów tworzących jedną całość²⁸ 3. Zbiór powiązanych ze sobą części, które współdziałają w dążeniu do wspólnego celu¹¹ 4. Kategoria czynników lub cech, która oddziałuje z cechami innych systemów lub kategorii⁹⁸ 5. Proces, podczas którego zespół ludzi i maszyn (oraz innych niezbędnych zasobów) współpracuje w uporządkowany sposób, aby wykonać dane zadanie⁶
Złożoność systemu	Proces składający się z wielu etapów i/lub punktów decyzyjnych. (Złożone systemy wymagają nadmiernej uwagi i można je ściśle ze sobą łączyć) Przykłady: w dostarczonym naczyniu chirurgicznym brakuje krytycznego elementu lub uzyskano opóźniony lub błędny wynik laboratoryjny; jeżeli nie ma żadnych warunków awaryjnych dla tego typu zdarzeń, mogą wystąpić poważne konsekwencje ²
Projekt systemu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podstawowym celem projektowania systemów zapewniających bezpieczeństwo jest uniemożliwienie poszczególnym osobom popełnienia błędu. Ale ważne jest również, aby zdać sobie sprawę, że błędy nieuchronnie wystąpią, i zaplanować ich naprawę. W idealnym przypadku system automatycznie naprawi błędy, gdy wystąpią. Jeżeli jest to niemożliwe, należy wprowadzić mechanizmy umożliwiające wykrywanie błędów przynajmniej na czas umożliwiający podjęcie działań naprawczych. Dlatego oprócz projektowania środowiska pracy tak, aby zminimalizować prekursorsy psychologiczne, projektanci powinni przekazywać informacje zwrotne za pomocą instrumentów zapewniających funkcje monitorowania oraz wbudowanych buforów i redundancji⁸⁰

Projekt systemu	<p>2. Projektowanie systemów zapewniających bezpieczeństwo wymaga konkretnych, jasnych i konsekwentnych wysiłków na rzecz opracowania kultury pracy zachęcającej do zgłaszania błędów i niebezpiecznych warunków, a także komunikowania się między personelem w zakresie kwestii związanych z bezpieczeństwem...</p> <p>3. Projektowanie procesów opieki zdrowotnej pod kątem bezpieczeństwa obejmuje trzyczęściową strategię: (1) projektowanie systemów zapobiegających błędom, (2) projektowanie procedur pozwalających uwidocznić błędy w przypadku ich wystąpienia oraz (3) projektowanie procedur, które mogą złagodzić szkody dla zdrowia pacjentów przed błędami, które nie zostały wykryte lub przechwycone⁴⁹</p>
Inżynieria systemowa	<p>Efektywne zastosowanie wysiłków naukowych i inżynierskich w celu przekształcenia potrzeby operacyjnej w zdefiniowaną konfigurację systemu poprzez odgórny, iteracyjny proces definiowania wymagań, analizy funkcjonalnej, alokacji, syntezy, optymalizacji projektu, testowania i oceny. (Podczas projektowania i opracowywania systemów medycznych należy zastosować dobrą inżynierię systemową)⁵⁹</p>
Analiza systemów	<p>1. Formalna ocena działania, metody, procedury lub techniki, podczas której bada się całość problemu w celu ulepszenia przepływu pracy³</p> <p>2. Analiza zasobów (personelu, obiektów, sprzętu, materiałów, funduszy i innych elementów), organizacji, administracji, procedur i polityk niezbędnych do wykonania danego zadania. Analiza zazwyczaj dotyczy alternatyw w każdej kategorii oraz ich względnej wydajności i skuteczności⁶</p> <p>3. Analiza zasobów (ludzkich, finansowych, materialnych itd.), organizacji, administracji, procedur i polityk potrzebnych do przeprowadzenia określonego procesu. Analiza zazwyczaj obejmuje listę opcji w każdej kategorii i ich względne zalety⁸</p> <p>4. Ocena funkcjonowania systemów organizacji opieki zdrowotnej¹¹</p>
Podejście systemowe	<p>Stosowanie szybkiego, intensywnego badania, a następnie wielodyscyplinarnej analizy systemów... w celu [odkrycia] zarówno bezpośrednich, jak i systemowych przyczyn błędów... Opiera się na koncepcji, że chociaż jednostki popełniają błędy, cechy systemów, w ramach których pracują, mogą zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia błędów, a także trudniejsze do wykrycia i skorygowania. Co więcej, stoi na stanowisku, że chociaż za jakość swojej pracy muszą odpowiadać poszczególne osoby, więcej błędów zostanie wyeliminowanych poprzez skupienie się na systemach niż na jednostkach. Zastępuje dochodzenie w sprawie winy i skupia się na okolicznościach, a nie na charakterze⁸⁴</p>

Błąd systemowy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Błąd, który nie jest wynikiem działań jednostki, ale przewidywalnego wyniku szeregu działań i czynników składających się na proces diagnostyczny lub leczniczy²⁸ 2. Opóźnione konsekwencje kwestii i decyzji technicznych lub organizacyjnych³⁵ 3. Błąd, który nie jest wynikiem działań jednostki, ale przewidywalnego wyniku szeregu działań i czynników składających się na procesy diagnostyczny lub leczniczy^{2, 28}
Awaria systemów Awaria systemu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Powszechne kategorie [awarii systemów] obejmują błędy w projektowaniu (projektowanie procesu, projektowanie zadań i projektowanie sprzętu) oraz błędy organizacji i środowiska (obecność prekursorów psychologicznych, takich jak warunki w miejscu pracy, harmonogramy itp.; nieodpowiednie budowanie zespołów i niepowodzenia szkoleniowe)⁹⁹ 2. Zdarzenie niepożądane spowodowane błędem lub innego rodzaju awarią systemów lub sprzętu¹⁹ 3. Usterka, awaria lub dysfunkcja metod operacyjnych, procesów lub infrastruktury organizacji¹⁰⁰
Ulepszanie systemu	Wynik lub rezultat kultury, procesów i struktur, które są nakierowane na zapobieganie awariom systemu oraz poprawę bezpieczeństwa i jakości ¹⁰⁰
Taksonomia <i>Zobacz także klasyfikacja</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. System porządkowania informacji o bezpieczeństwie pacjenta, w tym o zagrożeniach bezpieczeństwa pacjenta⁴⁸ 2. System nazewnictwa i organizowania obiektów w grupy o podobnych cechach¹⁴ 3. Teoretyczne studium klasyfikacji, w tym jej podstawy, zasady, procedury i reguły³⁹
Błąd techniczny	Błąd obejmujący kwestie instrumentalne, związane z wiedzą i umiejętnościami ⁷³
Czasowa niepełnosprawność	Choroba lub uraz, który uniemożliwia ubezpieczonemu wykonywanie obowiązków wynikających z jego zwykłego zawodu lub zawodu przez okres przejściowy ⁸
Terminologie	Terminologie definiują, klasyfikują, a w niektórych przypadkach kodują zawartość danych ³¹
Zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów	Każde ryzyko, zdarzenie, błąd, niebezpieczny stan lub zespół okoliczności, które wyrządziły szkodę pacjentowi lub które mogą prowadzić do szkody dla pacjenta ⁴⁸
Dopuszczalne ryzyko <i>Zobacz także ryzyko</i>	Ryzyko akceptowane w danym kontekście na podstawie aktualnych wartości społecznych ⁵⁹
Całkowita niepełnosprawność	Choroba lub uraz uniemożliwiający danej osobie wykonywanie jakichkolwiek obowiązków związanych z jej zawodem lub zawodem lub wykonywanie innego rodzaju pracy za wynagrodzeniem ⁸
Substancja toksyczna	Substancje chemiczne występujące w wystarczającym stężeniu, aby stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzkiego ²⁷

Potknięcia	Niepowodzenia w ruchu całego ciała; błędy te są często określane jako „poślizgnięcie się, potknięcie lub upadek” – przykładem może być wyslizgnięcie się probówki z rąk i jej pęknięcie lub potknięcie się o luźną płytkę na podłodze ⁹⁵
Typ	Dostrzegalny, zewnętrzny lub widoczny proces, który był błędny lub zakończył się niepowodzeniem. Podkategorie typu obejmują komunikację, zarządzanie pacjentem i wyniki kliniczne. Jedna z czterech powiązanych ze sobą subklasyfikacji elementów składających się na błędy i awarie systemów opieki zdrowotnej ⁴⁸
Typologia	Klasyfikacja wielowymiarowa i koncepcyjna. Typologię charakteryzują etykiety lub nazwy ³⁹
Przyczyna podstawowa <i>Zobacz także przyczynowość, czynnik przyczynowy, przyczyna, przyczyna bezpośrednia, przyczyna natychmiastowa, przyczyna najbliższa</i>	Systemy lub przyczyny procesu, które pozwalają na wystąpienie bezpośredniej przyczyny zdarzenia. Przyczyny leżące u podstaw mogą obejmować zmienność przyczyny specjalnej, zmienność przyczyny wspólnej lub jedno i drugie ⁸
Niewykorzystanie	Nieudzielenie świadczenia zdrowotnego, choć przyniosłoby to korzystny dla pacjenta wynik ⁸¹
Nieoczekiwane niekorzystne działanie leku <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	Wszelkie niekorzystne doświadczenia związane z lekiem, których specyfika lub dotkliwość nie są zgodne z aktualną broszurą badacza; lub jeżeli broszura dotycząca badania nie jest wymagana lub dostępna, a której specyfika lub dotkliwość nie jest zgodna z informacjami o ryzyku opisanymi w ogólnym planie badania lub w innym miejscu bieżącego wniosku, ze zmianami. Na przykład zgodnie z tą definicją martwica wątroby byłaby nieoczekiwana (ze względu na większy stopień nasilenia), gdyby broszura badacza odnosiła się jedynie do podwyższonej aktywności enzymów wątrobowych lub zapalenia wątroby. Podobnie mózgową chorobą zakrzepowo-zatorową i zapalenie naczyń mózgowych byłyby nieoczekiwane (ze względu na większą szczegółowość), gdyby broszura badacza wymieniała jedynie incydenty naczyniowo-mózgowe. „Nieoczekiwany” w rozumieniu tej definicji odnosi się do niepożądanego działania leku, którego nie zaobserwowano wcześniej (np. ujętego w broszurze badacza), a nie z punktu widzenia takiego doświadczenia, którego nie można przewidzieć na podstawie właściwości farmakologicznych leku, produktu farmaceutycznego ¹⁶
Niespodziewane zdarzenie niepożądane leku <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	Niepożądane zdarzenie związane z lekiem, które nie wynika z błędu, ale odzwierciedla nieodłączne ryzyko związane z lekami, któremu przy obecnym stanie wiedzy nie można zapobiec ²²

Zdarzenie niepożądane, któremu nie można zapobiec <i>Zobacz także zdarzenie niepożądane</i>	Zdarzenie niepożądane wynikające z powikłania, któremu przy obecnym stanie wiedzy nie można zapobiec ²⁸ zob. także 2, 22
Zmiana	Różnice w wynikach uzyskanych podczas wielokrotnego pomiaru tego samego zjawiska. Źródła zmienności procesu w czasie można podzielić na dwie główne klasy: przyczyny powszechne i przyczyny specjalne. Nadmierne zróżnicowanie często prowadzi do marnotrawstwa i strat, takich jak występowanie niepożądanych skutków zdrowotnych pacjenta i wzrost kosztów usług zdrowotnych ⁸
Naruszenie	Celowe odejście od procedury operacyjnej, normy lub zasad ¹⁰⁰

Indeks skrótów

ADE – *adverse drug event* – zdarzenie niepożądane związane z lekiem

AE – *adverse events* – zdarzenia niepożądane

AMA – *against medical advice* – ucieczka lub działanie wbrew zaleceniom lekarza

APO – *adverse patient occurrence* – niekorzystne zdarzenie u pacjenta

ASA-PSS – *American Society of Anesthesiologists' Physical Status Scale* – Skala Stanu Fizycznego wg Amerykańskiego Towarzystwa Anestezjologów

FMEA – *failure mode and effect analysis* – analiza przyczyn i skutków niepowodzenia

HAM – *high-alert medication* – leki o podwyższonym ryzyku szkody dla pacjenta

HRO – *high reliability organization* – organizacje wysokiej niezawodności

ICPS – *International Classification for Patient Safety* – Międzynarodowa Klasyfikacja Bezpieczeństwa Pacjenta

OPCS – *Operating Procedures Codes Supplement*

PCE – *potentially compensable event* – zdarzenie potencjalnie podlegające rekompensacie

RCA – *root causes analysis* – analiza przyczyn źródłowych

WHA55.18 – *World Health Assembly*

WHO – *World Health Organization* – Światowa Organizacja Zdrowia

Piśmiennictwo


1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press, 2000.
2. Forum of End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association, Renal Physicians Association. National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001.
3. Segen JC. Current Med Talk: A Dictionary of Medical Terms, Slang & Jargon. Stanford, CT: Appleton and Lange, 1995.
4. Senders JW. Medical devices, medical errors, and medical accidents. In: Bogner MS, ed. Human Error in Medicine. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
5. Davies J, Hebert P, Hoffman C, editors. The Canadian Patient Safety Dictionary. Calgary: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and Health Canada. 2003.
6. Slee VN, Slee DA, Schmidt HJ. Health Care Terms, 3d ed. St. Paul, MN: Tringa Press, 1996.
7. Reason JT. Managing the Risks of Organizational Accidents. Aldershof, UK: Ashgate, 1997.
8. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. Lexicon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998.
9. Vincent C, Reason J. Human factors approaches in medicine. In: Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle. Buckingham, UK: Open University Press, 1999.
10. van der Schaaf TW, Habraken MMP. PRISMA-Medical: A brief description. Eindhoven, The Netherlands: Eindhoven University of Technology, 2005.
11. Joint Commission Resources, Inc. 2005 Hospital Accreditation Standards. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, 2005.
12. Cohen MR, Smetzer JL. Risk analysis and treatment. In: Cohen MR, ed. Medication Errors. Washington, DC: American Pharmaceutical Association, 1999.
13. Bates DW, Spell N, Cullen DJ, et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. JAMA 1997;277:307-311.
14. National Audit Office. Department of Health. A Safer Place for Patients: Learning to improve patient safety. London: Comptroller and Auditor General (HC 456 Session 2005-2006). 3 November 2005.
15. Kaushal R, Bates DW. Computerized physician order entry (CPOE) with clinical decision support systems (CDSSs). In: Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment, Number 43. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.
16. United States Food and Drug Administration. Code of Federal Regulations, Title 21, Volume 5. Washington, DC: United States Government Printing Office. 2003.
17. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCC MERP Taxonomy of Medication Errors. Rockville, MD: Office of the Secretariat, United States Pharmacopeia. 1998.
18. Institute for Safe Medication Practices Canada, Canadian Medication Incident Reporting and Prevention System. Definitions of Terms. www.ismp-canada.org/definitions.htm. Accessed 14 February 2006.

19. World Alliance for Patient Safety. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. Geneva: World Health Organization (WHO/EIP/SPO/QPS/05.3). 2005.
20. Rogers S. Risk management in general practice. In: Vincent CA, ed. *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety*. London: BMJ Publications, 2001. pp. 241-259.
21. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on adverse drug reaction monitoring and reporting. *Am J Health-Syst Pharm* 1995;52:417-419.
22. Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms. Council of Europe. 2005.
23. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-376. Page 151 of 154 January 2009 © WHO, 2009. All Rights Reserved. WHO/IER/PSP/2010.2 The International Classification for Patient Safety is not to be reproduced or published without the written consent of WHO. Please refer to the copyright notice (<http://www.who.int/about/copyright/en/>) for more information.
24. Wilson R, Harrison B, Gibberd R, Hamilton J. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care. *Med J Aust* 1999; 170:411-415.
25. Thomas EJ, Brennan TA. Errors and adverse events in medicine: An overview. In: Vincent C, ed. *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety*. London: BMJ Publishing, 2001, pp. 31-43.
26. Department of Health. *Building a Safer NHS for Patients: Implementing an Organisation with a Memory*. London: DOH, 2002.
27. National Quality Forum. *Serious Reportable Events in Healthcare: A Consensus Report*. Washington, DC: National Quality Forum, 2002.
28. Quality Interagency Coordination Task Force. *Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact*. Washington, DC: Quality Interagency Coordination Task Force, 2000.
29. Veterans Health Administration National Center for Patient Safety. *Glossary of Patient Safety Terms*. www.patientsafety.gov/glossary.html. Accessed 7 February 2006.
30. Boxwala A, Dierks M, Keenan M, Jackson S, Hanscom R, Bates D. Organization and Representation of Patient Safety Data: Current Status and Issues around Generalizability and Scalability. *J Am Med Inform Assoc* 2004;11:468-478.
31. Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson S, editors. Institute of Medicine, Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Services. *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. Washington DC: National Academies of Sciences, 2004.
32. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Conducting a Root Cause Analysis in Response to a Sentinel Event*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1996.
33. Pugh M, editor. *Stedman's Medical Dictionary*. 27th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
34. Cromheecke M, Koornneef F, van Gaalen G, de Mol B. Controlling the risks of mechanical heart valve failure using product life cycle-based safety management. In: Vincent C, de Mol B, eds. *Safety in Medicine*. Amsterdam: Pergamon, 2000, pp. 175-192.
35. Battles JB, Kaplan HS, Van der Schaaf TW, Shea CE. The attributes of medical event—reporting systems: Experience with a prototype medical event—reporting system for transfusion medicine. *Arch Pathol Lab Med* 1998;122:231-238.
36. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, 2003.

37. Cook R, Woods DD, Miller C. editors. National Health Care Safety Council - A Tale of Two Stories: Contrasting Views of Patient Safety. A Report from a Workshop on Assembling the Scientific Basis for Progress on Patient Safety. Chicago: National Patient Safety Foundation, 1998.
38. Ammerman M. The Root Cause Analysis Handbook. New York: Quality Resources, 1998.
39. Bailey, KD. Typologies and taxonomies: an introduction to classification techniques. Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences, series no. 07-102. Thousand Oaks, CA: Sage. 1994.
40. Neale G. Reducing risks in the practice of hospital general medicine. In: Vincent CA, ed. Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety. London: BMJ Publications, 2001, pp. 175–195.
41. Bogner MS. A systems approach to medical errors. In: Vincent C, De Mol B, eds. Safety in Medicine. Amsterdam: Pergamon, 2000, pp. 83–100.
42. Brown L., editor. Shorter Oxford English Dictionary on Historical Principles. 5th ed., vol. 102. New York: Oxford University Press, Inc.; 2002.
43. Allsop J, Mulcahy L. Doctors' responses to patient complaints. In: Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle. Buckingham, UK: Open University Press, 1999, pp. 124–140.
44. Wald H, Shojania KG. Incident reporting. In: Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment, Number 43. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.
45. Flanagan JC. The critical incident technique. Psychol Bull 1954;51:327–358.
46. Helmreich RL. On error management: Lessons from aviation. BMJ 2000;320:781–785 Page 152 of 154 January 2009 © WHO, 2009. All Rights Reserved. WHO/IER/PSP/2010.2 The International Classification for Patient Safety is not to be reproduced or published without the written consent of WHO. Please refer to the copyright notice (<http://www.who.int/about/copyright/en/>) for more information.
47. Cohen MR, Kilo CM. High-alert medications: Safeguarding against errors. In: Cohen MR, ed. Medication Errors. Washington, DC: American Pharmaceutical Association, 1999.
48. National Quality Forum. Standardizing a Patient Safety Taxonomy – A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum, 2006.
49. Institute of Medicine. Shaping the Future for Health. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
50. Reason J. Understanding adverse events: The human factor. In: Vincent CA, ed. Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety. London: BMJ Publications, 2001, pp. 9–30.
51. Couch NP, Tilney NL, Rayner AA, Moore FD. The high cost of low-frequency events: The anatomy and economics of surgical mishaps. N Engl J Med 1981;304:634–637.
52. Smetzer JL, Cohen MR, Milazzo CJ. The role of risk management in medication error prevention. In: Cohen MR, ed. Medication Errors. Washington DC: American Pharmaceutical Association. 1999. pp. 19.2–19.3.
53. Joint Commission Resources. Failure Mode and Effects Analysis in Health Care. Oakbrook Terrace, IL: JCR, 2002, p. 7. In: Cohen MR, ed. Medication Errors. Washington, DC: American Pharmaceutical Association, 1999, p. 3.2.
54. Williams E, Talley R. The use of failure mode effect and criticality analysis in a medication error sub-committee. Hosp Pharm 1994;29:331–339.
55. Senders JW, Senders SJ. Failure mode and effects analysis in medicine. In: Cohen MR, ed. Medication Errors. Washington, DC: American Pharmaceutical Association, 1999, p. 3.2.
56. Wakefield DS, Wakefield BJ, Borders T, et al. Understanding and comparing differences in reported medication administration error rates. Am J Medical Qual 1999;14(2):73–80.

57. Gaba DM. Human error in dynamic medical domains. In: Bogner MS, ed. *Human Error in Medicine*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
58. Woods DD. *Behind Human Error: Human Factors Research to Improve Patient Safety*. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.
59. Voges U. Minimisation of risk in medical systems by system design for safety. In: Vincent C, de Mol B, eds. *Safety in Medicine*. Amsterdam: Pergamon, 2000, pp. 217–230.
60. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
61. Joint Commission Resources. Focus on five: High-alert meds. *Joint Commission Perspectives on Patient Safety* May 2001;1(1):11.
62. Gandhi TK, Shojania KG, Bates DW. Protocols for high-risk drugs: Reducing adverse drug events related to anticoagulants. In: *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Evidence Report/Technology Assessment, Number 43. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.
63. Fahlbruch B, Wilpert B, Vincent C. Approaches to safety. In: Vincent C, De Mol B, eds. *Safety in Medicine*. Amsterdam: Pergamon, 2000, pp. 9–30.
64. Fischhoff B. Hindsight ≠ foresight: The effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty. *J Exper Psycho Human Percept Perform* 1975;1:288–299.
65. Cook RI, Woods DD. Operating at the sharp end: The complexity of human error. In: Bogner MS, ed. *Human Error in Medicine*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994, p. 256.
66. Weinger MB, Pantiskas C, Wiklund ME, Carstensen P. Incorporating human factors in the design of medical devices. [Letter to the editor] *JAMA* 1998;280(17):1484.
67. Perrow C. *Normal Accidents: Living with High Risk Technologies*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1999.
68. Vincent C, Taylor-Adams S. The investigation and analysis of clinical incidents. In: Vincent C, ed. *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety*. London: BMJ Publishing, 2001, 439–460.
69. Cullen DJ, Bates DW, Small SD, et al. The incident reporting system does not detect adverse drug events: A problem for quality improvement. *J Quality Improvement* 1996;21:541–548.
70. Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, et al. To tell the truth: Ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. *J Gen Intern Med* 1997;12:770–775. Page 153 of 154 January 2009 © WHO, 2009. All Rights Reserved. WHO/IER/PSP/2010.2 The International Classification for Patient Safety is not to be reproduced or published without the written consent of WHO. Please refer to the copyright notice (<http://www.who.int/about/copyright/en/>) for more information.
71. Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Procedures for obtaining informed consent. In: *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Evidence Report/Technology Assessment, Number 43. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.
72. Sherman HB, McGaghie WC, Unti SM, and Thomas JX. Teaching Pediatric Residents How to Obtain Informed Consent. *Academic Medicine* 2005;80(10 suppl):S10–S13.
73. Bosk CL. *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. Chicago: University of Chicago Press, 1979.
74. Medical Event Reporting System for Transfusion Medicine (MERS-TM). *Patient Safety and the “Just Culture”: A Primer for Health Care Executives*. Prepared by David Marx. New York: Columbia University, 2001.
75. Reason JT. Foreword. In: Bogner MS, ed. *Human Error in Medicine*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994, p. xi.

76. Joint Commission Resources. Root Cause Analysis in Health Care: Tool and Techniques. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, 2003.
77. Donaldson LJ. Medical mishaps: A managerial perspective. In: Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle. Buckingham, UK: Open University Press, 1999, pp. 210–220.
78. Mulcahy L. Medication of medical negligence actions: An option for the future? In: Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle. Buckingham, UK: Open University Press, 1999, pp. 154–167.
79. Cousins DD. Developing a uniform reporting system for preventable adverse drug events. Clin Therap 1998;20(suppl C):C45–C59.
80. Leape LL. Error in medicine. In: Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle. Buckingham, UK: Open University Press, 1999, pp. 20–38.
81. Chassin MR, Galvin RW, and the National Roundtable on Health Care Quality. The urgent need to improve health care quality. JAMA 1998;280:1000–1005.
82. Hartwig SC, Denger SD, Schneider PJ. Severity-indexed, incident report-based medication error-reporting program. Am J Hosp Pharm 1991;48:2611–2616.
83. Cooper JB, Newbower RS, Kitz RJ. An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management: Considerations for prevention and detection. Anesthesiology 1984;60:34–42.
84. Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing medical injury. Qual Rev Bull 1993;19:144–149.
85. Cooper JB, Gaba DM, Liang B, Woods D, Blum LN. The National Patient Safety Foundation Agenda for Research and Development in Patient Safety. MedGenMed. 2(3):E38, 2000.
86. Spath PL. Patient Safety Improvement Guidebook. Forest Grove, OR: Brown-Spath & Associates, 2000.
87. Wilson RM, Runciman WB, Gibbard RW, et al. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995;163:458–471.
88. Walshe K. The development of clinical risk management. In: Vincent CA, ed. Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety. London: BMJ Publications, 2001. pp. 45–60.
89. Kramen SS, Hamm G. Risk management: Extreme honesty may be the best policy. Ann Intern Med 1999;131:963–967.
90. ACSNI Study Group on Human Factors. Organising for Safety (Third Report to Health and Safety Commission. ACSNI Study Group on Human Factors, Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations). London: Health and Safety Commission, 1993.
91. Rasmussen J. Safety Control: Some Basic Distinctions and Research Issues in High Hazard Low Risk Operation. Presented at the NeTWork Workshop on Risk Management. Bad Homburg, Germany, May 1991.
92. Rogers AS, Israel E, Smith CR, et al. Physician knowledge, attitudes, and behavior related to reporting adverse drug events. Arch Intern Med 1988;148:1596–1600.
93. Kessler DA, for the Working Group. Introducing MEDWatch: A new approach to reporting medication and device adverse effects and product problems. JAMA 1993;269:2765–2768. Page 154 of 154 January 2009 © WHO, 2009. All Rights Reserved. WHO/IER/PSP/2010.2 The International Classification for Patient Safety is not to be reproduced or published without the written consent of WHO. Please refer to the copyright notice (<http://www.who.int/about/copyright/en/>) for more information.
94. Norman, 1990. Quoted in: Implementation Planning Study for the Integration of Medical Event Reporting Input and Data Structure for Reporting to AHRQ, CDC, CMS, and FDA. Final Report. Contract No. 290-96-0010. Submitted by The MEDSTAT Group, June 27, 2002.

- 
95. Senders JW, Moray NP. Human Error: Cause, Prediction, and Reduction. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1991, p. 28.
 96. Battles JB, Shea CE. A system of analyzing medical errors to improve GME curricula and programs. Acad Med 2001;76:125–133.
 97. Joint Commission Resources. Standards link: Sound-alike medications. Joint Commission Perspectives on Patient Safety Sept 2001;1(5):2.
 98. Bogner MS. Introduction. In: Bogner MS, ed. Human Error in Medicine. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
 99. Staender S, Kaufmann M, Scheidegger D. Critical incident reporting: Approaches in anaesthesiology. In: Vincent C, de Mol B, eds. Safety in Medicine. Amsterdam: Pergamon, 2000, pp. 65–81.
 100. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web-Based Modified

Opublikowano przez Światową Organizację Zdrowia w 2009 roku pod tytułem More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. January 2009

© World Health Organization 2009

Światowa Organizacja Zdrowia przyznała prawa do tłumaczenia i publikacji wydania w języku polskim Fundacji Bezpieczny Pacjent, która ponosi wyłączną odpowiedzialność za jakość i wierność wersji w języku polskim. W przypadku rozbieżności pomiędzy wersją angielską a wersją w języku polskim, wiążącą i autentyczną wersją będzie oryginalna wersja angielska.

Więcej niż słowa. Ramy koncepcyjne Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta. Wersja 1.1. Końcowy raport techniczny. Styczeń 2009

© Fundacja Bezpieczny Pacjent 2023

Tłumaczenie finansowane z projektu pracy własnej numer N41/DBS/001107

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii UJCM w Krakowie

Opracowanie wersji polskiej

Redaktor merytoryczny: prof. dr hab. n. med. Janusz Andres

Tłumaczenie: Dariusz Stencel

Redaktor prowadzący: Kamila Reclaw

Opracowanie: Wydawnictwo Mimesis (mimesis.com.pl)

ISBN 978-83-68004-00-7 (wersja elektroniczna)