

Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta nie uwzględnia bezpieczeństwa personelu medycznego.

- Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, nad którym aktualnie trwają prace w Komisji Prawniczej, to przełomowy dokument w kontekście podwyższania jakości w polskich szpitalach, wymagającym jednak dalszych prac. Eksperti Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali zwracają uwagę na istotną kwestię, jaką jest brak uwzględnienia w zapisach tematu bezpieczeństwa personelu medycznego. Pracownicy ochrony zdrowia są grupą szczególnie narażoną m.in. na wystąpienie zdarzeń niepożądanych oraz ekspozycję na materiał biologiczny, zakłucia i zranienia ostrymi narzędziami, czy kontakt z toksycznymi lekami oraz stres.

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

Zmiana procedur, które wpłyną na bezpieczeństwo personelu, jest od początku priorytetem działania Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali. Jest to problem, który wymaga pracy całego środowiska medycznego. Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, w którego opiniowaniu Koalicja brała czynny udział, jest dobrym początkiem zmian systemowych w omawianym zakresie, potrzebne są jednak dalsze działania legislacyjne, które uwzględnić będą poniższe wytyczne opracowane przez ekspertów.

1. Bezpieczeństwo personelu medycznego – priorytetem we wdrażaniu norm jakościowych i ocenie szpitali powinno być zarówno bezpieczeństwo pacjenta, jak i personelu medycznego. Według proponowanych zapisów w projektach zmian ustawowych rejestr zdarzeń niepożądanych nie obejmuje zdarzeń dot. pracowników medycznych. Warto zwrócić uwagę, że pracownik ochrony zdrowia po ekspozycji na zdarzenie niepożądane, które nie zostało zaraportowane i wobec którego nie zostały podjęte środki zaradcze, może stanowić zagrożenie dla pacjenta.
2. Elektroniczne rejestry zdarzeń niepożądanych – ważne, aby zapisać konieczność tworzenia elektronicznych rejestrów zdarzeń niepożądanych, obejmujące zarówno zdarzenia z udziałem pacjentów, jak i personelu medycznego. Nasz program certyfikacyjny wykazał problem w tym zakresie – aż 75% szpitali nie posiada takiego rejestru w formie elektronicznej.
3. Raportowanie wszystkich zdarzeń niepożądanych, na każdym szczeblu funkcjonowania placówek medycznych – przykładowo, nie powinno dochodzić do sytuacji, w której zgłaszane są jedynie obowiązkowe zakażenia odcewnikowe dot. cewników centralnych, a pomijane są obwodowe, co do których obecnie placówki medycznie nie mają obowiązku raportowania.

4. Analiza finansowa związana z zagadnieniem jakości – w projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta jest bardzo istotny element – analizy klinicznej kwestii jakościowych. Zapis ten pozwoli na stałe reagowanie i sprawniejszą poprawę jakości, dostosowaną do danych pochodzących ze szpitali z całej Polski. Z naszej perspektywy istotną kwestią – aktualnie nieobecną w projekcie – powinno być również wykonywanie analiz finansowych dot. zagadnień jakościowych, czyli jakie koszty ponoszą za sobą występujące zdarzenia niepożądane.
5. Szkolenia – edukacja personelu medycznego powinna być jednym z priorytetów w kontekście wdrożenia nowych zasad dot. bezpieczeństwa i jakości. Cieszymy się, że w projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta szkolenia zostały wspomniane. Proponujemy natomiast, uszczegółowienie tego punktu – z jakiego zakresu szkolenia powinny być prowadzone, a także jak często. Z perspektywy Ekspertów – praktyków branży medycznej, takie szkolenia powinny być organizowane co najmniej raz na kwartał. Zakres szkoleń powinien dotyczyć m.in. ryzyka ekspozycji na materiał biologiczny, ekspozycji na leki cytotoksyczne, prawidłowych praktyk rejestracji zdarzeń niepożądanych dot. pracowników i pacjentów.
6. Korzystanie ze sprzętu bezpiecznego – bezpieczny szpital powinien korzystać z bezpiecznego sprzętu. Rada Ekspertów zaleca weryfikację w tym zakresie – nie powinien bowiem być akredytowany szpital, który takiego sprzętu zapewnia mniej niż połowę z całego sprzętu stosowanego w placówce. Według wytycznych UE, co dokładnie ukazuje opublikowany przez Komisję Europejską terminarz: Medical Devices and in vitro Diagnostic Medical Devices, docelowo do 2025 roku cały sprzęt powinien być zastąpiony sprzętem bezpiecznym i tylko taki będzie dostępny w obrocie.
7. Kryteria jakości – Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali opracowała formularz dla placówek medycznych, zawierający parametry oceny jakości szpitali. Mogą one być wykorzystane w obszarze zapewnienia bezpieczeństwa w ramach ogólnopolskiej akredytacji szpitali. W zapisach zawarto ponad 24 kryteria, które oceniają m.in.: monitorowanie bezpieczeństwa personelu medycznego, rejestrowanie działań niepożądanych dotyczących również dotyczących personelu medycznego, procedury związane z zapobieganiem skażeniom lekiem cytotoksycznym, szkolenia w zakresie podnoszenia bezpieczeństwa i jakości oraz wykorzystanie sprzętu bezpiecznego.

Eksperci Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali zaangażowani w opracowanie Stanowiska:

- Dr n. med. i n. o zdr. Paweł Witt – przewodniczący Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali, Wieloletni prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki
- Prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski – krajowy konsultant w dziedzinie Chirurgii Onkologicznej, specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej, kierownik Katedry Chirurgii Onkologicznej w bydgoskim Centrum Onkologii
- Prof. dr hab. n. med. Tomasz Banasiewicz – kierownik Oddziału Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Szpitala

Klinicznego im. H. Święckiego
w Poznaniu

- Dr n. med. Anna Szczypta – krajowa konsultant w dz. Pielęgniarstwa Epidemiologicznego
- Dr n. o zdr. Maria Kołatek – prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych
- Dr n. med. Mirosława Malara – prezes Europejskiego Stowarzyszenia „Czyste Leczenie”
- Mgr Zofia Małas – prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
- Mgr Mariola Łodzińska – wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- Mgr Maciej Latos – pielęgniarz, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej terapii, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki
- Mgr Marzena Janowska – Naczelna Pielęgniarka Szpitala Klinicznego im. H. Święckiego w Poznaniu
- Mgr Marcin Bicz – zastępca kierownika, Apteka Szpitalna Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku
- Mgr Jerzy Ostouch – prezes Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim