

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

Droga do wyeliminowania możliwych do uniknięcia szkód w ochronie zdrowia





**GLOBALNY PLAN DZIAŁAŃ NA RZECZ POPRAWY
BEZPIECZEŃSTWA PACJENTÓW NA LATA 2021–2030**

**Droga do wyeliminowania możliwych
do uniknięcia szkód w ochronie zdrowia**

Tytuł oryginalny: Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care

ISBN 978-92-4-003270-5 (wersja elektroniczna)

ISBN 978-92-4-003271-2 (wersja drukowana)

© **World Health Organization 2021**

Niektóre prawa zastrzeżone. Praca dostępna na licencji Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO);

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>

Zgodnie z warunkami licencji możliwe jest kopiowanie, ponowne dystrybuowanie i dostosowywanie w celach niekomercyjnych, pod warunkiem odpowiedniego cytowania wskazanego poniżej. W żadnej z form wykorzystania publikacji nie należy sugerować, że WHO popiera jakąkolwiek konkretną organizację, produkty lub usługi. Używanie logo WHO jest niedozwolone. Dostosowanie publikacji wymaga uzyskania tej samej lub odpowiadającej licencji Creative Commons. W przypadku tłumaczenia publikacji należy dodać następujące zastrzeżenie w sugerowanym brzmieniu: „Niniejsze tłumaczenie nie zostało przygotowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść ani dokładność tego tłumaczenia. Oryginalne wydanie angielskie jest wydaniem wiążącym i oryginalnym”.

Wszelkie mediacje dotyczące sporów wynikających z licencji będą prowadzone zgodnie z zasadami mediacji Światowej Organizacji Własności Intelektualnej (World Intellectual Property Organization; <http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Sugerowane dane do cytowania: Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licencja: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Dane dotyczące Katalogowania w trakcie procesu publikacji (CIP, Cataloguing-in-Publication (CIP)). Dane CIP dostępne są na stronie internetowej <http://apps.who.int/iris>.

Sprzedaż, prawa i licencje. Zasady zakupu publikacji WHO umieszczono na stronie <http://apps.who.int/bookorders>. W celu przesłania prośby o wykorzystanie komercyjne i zapytań dotyczących praw i licencji, patrz <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiały trzecich stron. W celu ponownego wykorzystania materiałów z tej publikacji będących własnością trzeciej strony, takich jak tabele, rysunki lub obrazy, obowiązkowo należy ustalić, czy konieczne jest pozwolenie na takie ponowne wykorzystanie i uzyskanie pozwolenia od właściciela praw autorskich. Ryzyko roszczeń wynikających z naruszenia jakiegokolwiek elementu utworu będącego własnością osób trzecich spoczywa wyłącznie na użytkowniku.

Ogólne zastrzeżenia. Zastosowane oznaczenia i prezentacja materiałów w niniejszej publikacji nie oznaczają wyrażenia jakiegokolwiek opinii ze strony WHO dotyczącej statusu prawnego jakiegokolwiek kraju, terytorium, miasta lub obszaru albo jego władz, ani dotyczącej wytyczania jego obszaru czy granic. Kropkowane i przerywane linie na mapach odpowiadają przybliżonym liniom granicznym, które nie zostały jeszcze w pełni uzgodnione.

Wzmianka o konkretnych firmach lub produktach niektórych producentów nie oznacza, że są one zatwierdzone lub polecane przez WHO w odniesieniu do innych o podobnym charakterze, które nie zostały wymienione. Nazwy produktów objętych prawem własności zapisano dużą literą, z zastrzeżeniem możliwych błędów i pominięć.

WHO podjęła wszelkie uzasadnione środki ostrożności w celu zweryfikowania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Opublikowane materiały są jednak rozpowszechniane bez jakiegokolwiek gwarancji, wyraźnej lub dorozumianej. Odpowiedzialność za interpretację i wykorzystanie materiału spoczywa na czytelniku. W żadnym wypadku WHO nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikające z jego użytkowania.

Projekt i układ: Macro Graphics Pvt. Ltd., Indie

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)

Niniejsze tłumaczenie nie zostało stworzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść ani dokładność tego tłumaczenia. Oryginalne wydanie angielskie Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia; 2021.

Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO jest wersją wiążącą i autentyczną.

Ta przetłumaczona praca jest dostępna pod linkiem CC BY-NC-SA 3.0

ISBN 978-83-67081-02-3 (wersja elektroniczna)

ISBN 978-83-67081-03-0 (wersja drukowana)

© Fundacja Bezpieczny Pacjent 2023

www.bezpiecznypacjent.pl

Spis treści

Streszczenie.....	V
Przegląd	VIII
1. Wprowadzenie	1
1.1. Podstawowe informacje	1
1.1.1. Bezpieczeństwo pacjenta jako cel działań.....	2
1.1.2. Globalne koszty opieki prowadzonej bez zachowania bezpieczeństwa.....	2
1.1.3. Ewolucja globalnego ruchu na rzecz bezpieczeństwa pacjentów	3
1.1.4. Choroba koronawirusowa (COVID-19): szersza koncepcja szkód, których można uniknąć.....	5
1.2. Upoważnienie.....	6
1.3. Proces rozwoju	6
2. Wizja, misja i cel	8
3. Główne zasady	9
3.1. Zaangażowanie pacjentów i rodzin jako partnerów w bezpiecznej opiece.....	9
3.2. Osiąganie wyników dzięki pracy zespołowej.....	9
3.3. Analizowanie i udostępnianie danych w celu kształcenia.....	9
3.4. Wykorzystanie dowodów w celu możliwej do osiągnięcia i wymiernej poprawy	10
3.5. Podstawowe zasady i działania w zakresie organizacji opieki zdrowotnej	10
3.6. Wykorzystanie wiedzy naukowej i doświadczenia pacjentów w celu poprawy bezpieczeństwa.....	10
3.7. Kultura bezpieczeństwa w organizacji i świadczeniu opieki zdrowotnej.....	10
4. Partnerzy w działaniu.....	11
4.1. Rządy.....	11
4.2. Placówki opieki zdrowotnej i świadczeniodawcy	11
4.3. Interesariusze.....	12
4.4. Sekretariat WHO.....	12

5. Zakres działania	13
Cel strategiczny 1. Polityki eliminowania możliwych do uniknięcia szkód w ochronie zdrowia.....	16
Cel strategiczny 2. Systemy o wysokim stopniu niezawodności.....	23
Cel strategiczny 3. Bezpieczeństwo procesów klinicznych	31
Cel strategiczny 4. Zaangażowanie pacjenta i rodziny	40
Cel strategiczny 5. Edukacja i umiejętności pracowników ochrony zdrowia a bezpieczeństwo	48
Cel strategiczny 6. Informacja, badania i zarządzanie ryzykiem	54
Cel strategiczny 7. Synergia, partnerstwo i solidarność	63
6. Wdrożenie	69
6.1. Warianty polityki dotyczące wdrożenia globalnego planu działania.....	69
6.2. Kluczowe kamienie milowe w procesie wdrażania globalnego planu działania	69
7. Monitorowanie i raportowanie	73
7.1. Główne wskaźniki.....	73
7.2. Szczegółowe wskaźniki	77
8. Dostosowanie bezpieczeństwa pacjentów do Celów Zrównoważonego Rozwoju Organizacji Narodów Zjednoczonych.....	79
9. Powiązanie rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia WHA72.6 z Globalnym planem działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030	83
Podziękowania	88
Bibliografia.....	90
Załączniki	
Słownik pojęć.....	91
Piśmiennictwo.....	105

Streszczenie

Dlaczego potrzebujemy globalnego planu działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów?

Szkody doświadczane przez pacjentów w związku ze sprawowaniem opieki zdrowotnej bez zachowania bezpieczeństwa są obecnie istotnym i coraz większym globalnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego oraz jedną z głównych przyczyn zgonów i niepełnosprawności na całym świecie. Większości tych szkód można uniknąć. Jakkolwiek w poszczególne krajach dąży się do umożliwienia wszystkim obywatelom powszechnego dostępu do usług zdrowotnych i osiągnięcia celów zrównoważonego rozwoju, korzyści wynikające z poprawy dostępu do usług zdrowotnych mogą zostać ograniczone przez brak zachowania bezpieczeństwa w trakcie opieki zdrowotnej. Tymczasem zdarzenia zagrażające bezpieczeństwu pacjentów mogą spowodować zgon i kalectwo oraz cierpienie ofiar i ich rodzin, a bezpośrednie koszty finansowe i następstwa ekonomiczne niedostatecznego przestrzegania bezpieczeństwa są wysokie. Nagłaśnianie takich zdarzeń z jednej strony często zmniejsza w społeczeństwie poczucie bezpieczeństwa i zaufanie do lokalnych systemów ochrony zdrowia. Z drugiej – pracownicy ochrony zdrowia uczestniczący w poważnych zdarzeniach prowadzących do zgonu lub poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta mogą również doznać trwałych szkód psychicznych oraz głęboko zakorzenionego poczucia winy i samokrytyki.

Decydenci oraz przywódcy polityczni i osoby zarządzające systemami zdrowotnymi na całym świecie docenili korzyści płynące ze strategicznego i skoordynowanego podejścia do bezpieczeństwa pacjentów, odnoszącego się do typowych przyczyn szkód i sposobów zapobiegania. Globalne działania prowadzone w tym zakresie w ostatnich latach doprowadziły do przyjęcia przez 72. Światowe Zgromadzenie Zdrowia (w 2019 r.) rezolucji WHA72.6 w sprawie „Globalnych działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów”.

W rezolucji wzywa się państwa członkowskie oraz w stosownych przypadkach regionalne organizacje integracji gospodarczej do uznania bezpieczeństwa pacjentów za priorytet w politykach i programach sektora opieki zdrowotnej w celu osiągnięcia powszechnego dostępu do usług zdrowotnych. Światowe Zgromadzenie Zdrowia zwróciło się również do Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) o sformułowanie globalnego planu działania dotyczącego bezpieczeństwa pacjentów w porozumieniu z państwami członkowskimi i wszystkimi zainteresowanymi stronami.

Na 74. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia (w 2021 r.) zatwierdzono decyzję WHA74(13) o przyjęciu „Globalnego planu działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030” oraz zwrócono się do Dyrektora Generalnego, by ten złożył sprawozdanie z postępów we wdrażaniu Planu na 76. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 2023 r., a następnie czynił to co dwa lata – do 2031 roku.

Czym jest bezpieczeństwo pacjenta?

Bezpieczeństwo pacjenta to: „zakres zorganizowanych działań tworzących kultury, procesy, procedury, zachowania, technologie i środowiska w opiece zdrowotnej, które konsekwentnie i trwale obniżają ryzyko, zmniejszają częstość występowania możliwych do uniknięcia szkód, zmniejszają prawdopodobieństwo błędów i ograniczają następstwa szkód w przypadku ich wystąpienia”.

Jaka jest skala problemu braku zachowania bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej?

Każdego roku znaczna liczba pacjentów doznaje szkód lub umiera z powodu braku zachowania bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej, co stwarza duże obciążenia związane ze śmiertelnością i niepełnosprawnością na całym

świecie, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach. Szacuje się, że podczas korzystania z opieki szpitalnej w krajach o wysokich dochodach średnio u 1 na 10 pacjentów występuje zdarzenie niepożądane. Dostępne dowody sugerują, że w szpitalach w krajach o niskich i średnich dochodach dochodzi do 134 milionów zdarzeń niepożądanych spowodowanych brakiem zachowania zasad bezpieczeństwa, odpowiadających za około 2,6 miliona zgonów rocznie. Według ostatnich szacunków koszty społeczne szkód odnoszonych przez pacjentów mogą wynosić od jednego do dwóch bilionów USD rocznie.

Cele planowanych działań

Celem „Globalnego planu działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów” jest wyeliminowanie możliwych do uniknięcia szkód w opiece zdrowotnej i wdrożenie wizji „świata, w którym nikt nie jest poszkodowany w opiece zdrowotnej, a każdy pacjent zawsze i wszędzie otrzymuje bezpieczną i pełną szacunku opiekę”.

Ostateczny cel stanowi osiągnięcie maksymalnie możliwego zmniejszenia niemożliwych do uniknięcia szkód związanych z brakiem bezpieczeństwa w ochronie zdrowia

Misją globalnego planu działania jest odpowiednie ukie-
runkowanie polityk, strategii i działań opartych na nauce oraz doświadczeniu pacjentów, a także takie projektowanie systemów i partnerstwa, by móc wyeliminować wszystkie źródła możliwego do uniknięcia ryzyka i szkód dla pacjentów i pracowników ochrony zdrowia.

Na jakich zasadach będzie się opierać wdrażanie tych działań?

Wartości leżące u podstaw kształtowania rozwoju i wdrażania planu działania określa 7 głównych zasad:

- ▶ angażowanie pacjentów i rodzin jako partnerów w bezpiecznej opiece zdrowotnej
- ▶ osiągnięcie wyników dzięki pracy zespołowej
- ▶ analizowanie i udostępnianie danych w celach edukacyjnych
- ▶ przełożenie dowodów na praktyczne i wymierne ulepszenia
- ▶ uwzględnienie charakteru systemu ochrony zdrowia w trakcie określania zasad i prowadzenia działań
- ▶ wykorzystanie wiedzy naukowej i doświadczenia pacjentów w celu poprawy bezpieczeństwa
- ▶ zaszczepienie kultury bezpieczeństwa w organizacji i świadczeniu opieki zdrowotnej.

Kim są kluczowi partnerzy?

Bezpieczeństwo pacjentów to sprawa każdego z nas. Jego poprawa wymaga aktywnego udziału wielu kluczowych

partnerów, począwszy od pacjentów i ich rodzin, a skończywszy na organizacjach rządowych, pozarządowych i zawodowych. Owi kluczowi partnerzy to:

- ▶ **rządy** – ministerstwa zdrowia i ich agencje wykonawcze na szczeblach krajowym i lokalnym, instytucje legislacyjne, inne zainteresowane ministerstwa i organy regulacyjne;
- ▶ **placówki opieki zdrowotnej i świadczeniodawcy** – wszystkie placówki ochrony zdrowia – od ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej po duże szpitale kliniczne, niezależnie od struktury własności i zakresu świadczonych usług;
- ▶ **interesariusze** – organizacje pozarządowe, pacjenci i organizacje pacjentów, organizacje zawodowe oraz stowarzyszenia i towarzystwa naukowe, instytucje akademickie i badawcze oraz organizacje społeczeństwa obywatelskiego;
- ▶ **sekretariat WHO na wszystkich poziomach** – biura krajowe, biura regionalne i centrala.

Jaki jest zakres działania?

Globalny plan określa zakres działania w ramach 7 celów strategicznych i dodatkowo 35 strategii szczegółowych, po pięć w ramach każdego z celów strategicznych, tworząc „7 x 5” celów strategicznych.

W obrębie każdej strategii sugeruje się działania dla czterech kluczowych grup lub kategorii partnerów: rządów, placówek opieki zdrowotnej i świadczeniodawców, interesariuszy i Sekretariatu WHO.

Oto 7 celów strategicznych (CS) „Globalnego planu działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030”:

- ▶ CS1: Doprowadzenie do stanu, w którym całkowita eliminacja możliwych do uniknięcia szkód wyrządzanych pacjentom będzie świadomym nastawieniem i zasadą zaangażowania w planowanie i świadczenie opieki zdrowotnej w każdej sytuacji.
- ▶ CS2: Stworzenie systemu ochrony zdrowia i organizacji zdrowotnych o wysokim stopniu niezawodności codziennie chroniących pacjentów przed szkodami.
- ▶ CS3: Zapewnienie bezpieczeństwa każdego procesu klinicznego.
- ▶ CS4: Zaangażowanie pacjentów i rodzin oraz wzmocnienie ich pozycji w celu uzyskania ich pomocy i wsparcia procesu poprawy bezpieczeństwa systemu ochrony zdrowia
- ▶ CS5: Inspirowanie, edukowanie, rozwój umiejętności i opieka nad każdym pracownikiem ochrony zdrowia mające na celu jego aktywny udział w organizacji i zwiększaniu bezpieczeństwa systemów ochrony zdrowia

- ▶ CS6: Zapewnienie stałego przepływu informacji i wiedzy w celu ograniczania ryzyka, zmniejszania zakresu możliwych do uniknięcia szkód oraz poprawy bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.
- ▶ CS7: Rozwijanie i utrzymywanie wielosektorowej i międzynarodowej współpracy, partnerstwa i solidarności w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki zdrowotnej.
- ▶ zapewnienie dopasowania i spójności krajowej sytuacji i priorytetów z organizacją ochrony zdrowia w poszczególnych państwach;
- ▶ uzgodnienie modelu wdrażania zmiany przez wszystkich partnerów.

Jak będzie przebiegać wdrażanie na poziomach krajowym i regionalnym?

Globalny plan działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030 uwzględnia fakt, że kraje znajdują się na różnych etapach tworzenia sposobów i umiejętności ograniczania możliwych do uniknięcia szkód odnoszonych przez pacjentów w opiece zdrowotnej oraz wzmocnienia krajowych systemów ochrony zdrowia, aby osiągnąć ten cel. Bardzo zróżnicowane są także warunki, w jakich działają owe systemy w poszczególnych krajach. Państwa członkowskie są proszone o ocenę i analizę swojej aktualnej sytuacji w celu określenia obszarów, w których możliwa jest poprawa.

Główne kamienie milowe wdrażania na poziomach krajowym i regionalnym obejmują:

- ▶ dokonanie wszechstronnej oceny głównych zagrożeń bezpieczeństwa pacjenta oraz barier w procesie jego poprawy;
- ▶ zapewnienie znacznego zaangażowania władz politycznych i osób odpowiedzialnych za organizację systemu;
- ▶ organizacja zrównoważonego mechanizmu wdrażania polityk, strategii i planów dotyczących bezpieczeństwa pacjentów (w powiązaniu z istniejącymi krajowymi planami zdrowotnymi oraz polityką bezpieczeństwa i jakości);

Jak będą mierzone ogólne postępy?

Ocena postępów we wdrażaniu globalnego planu działania będzie dokonywana w ramach mechanizmu monitorowania i sprawozdawczości. Obejmuje on zestaw 10 podstawowych wskaźników i globalnych celów dostosowanych do celów strategicznych. Sekretariat WHO zbierze niezbędne dane we współpracy z państwami członkowskimi i partnerami, a następnie przeanalizuje poczynione postępy. Dodatkowa lista szczegółowych wskaźników pomoże krajom w opracowaniu własnych, dostosowanych do lokalnych warunków ocen bezpieczeństwa pacjentów. Postępy we wdrażaniu „Globalnego planu działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030” będą przedstawiane Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia co dwa lata.

W jaki sposób plan działania będzie wspierał cele zrównoważonego rozwoju?

Ze względu na interdyscyplinarny charakter bezpieczeństwa pacjentów, globalny plan działań przyczynia się nie tylko do osiągnięcia SDG 3 (dobre zdrowie i dobre samopoczucie), ale także łączy się z innymi celami zrównoważonego rozwoju (SDG, *sustainable development goals*), w tym SDG 1 (brak ubóstwa), SDG 5 (równość płci), SDG 6 (czystsza woda i lepsze warunki sanitarne), SDG 8 (godna praca i wzrost gospodarczy), SDG 10 (wyrównywanie nierówności) i SDG 12 (odpowiedzialna konsumpcja i produkcja).

Przegląd Globalnego planu działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030

Wizja

Świat, w którym nikt nie doznaje szkody w ramach opieki zdrowotnej, a każdy pacjent zawsze i wszędzie otrzymuje bezpieczną i pełną szacunku opiekę

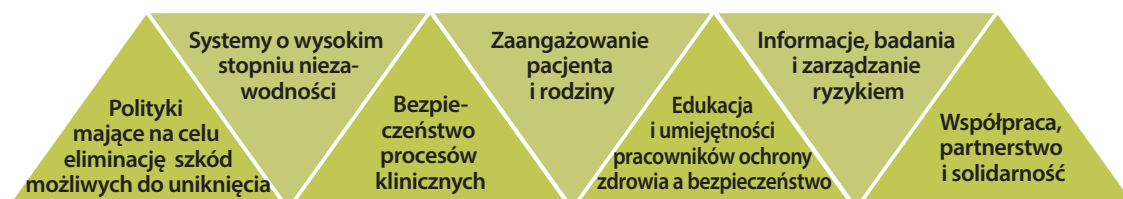
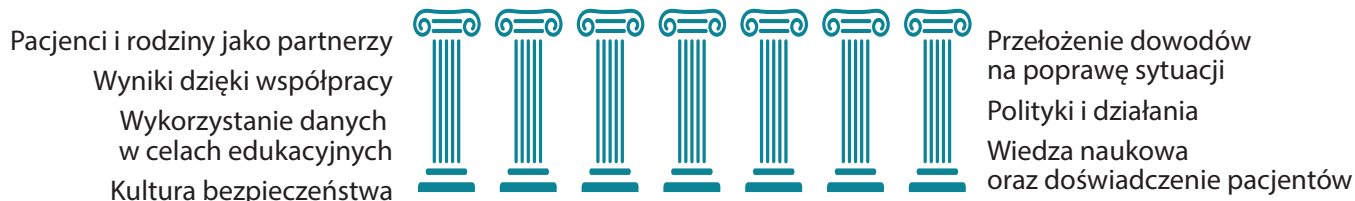


Misja

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

Cel

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



1. Wprowadzenie

W ciągu najbliższych 10 lat Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), jej globalni partnerzy i państwa członkowskie poczynią wszelkie starania w zakresie dostępu do ochrony zdrowia.

Powszechny dostęp do usług zdrowotnych to niezwykle inspirujący cel, dzięki któremu wszystkie osoby i społeczności uzyskają bezpieczne i wysokiej jakości usługi zdrowotne bez piętrzenia trudności finansowych. Należy go osiągnąć, by pozostać na właściwej drodze do realizacji Celów Zrównoważonego Rozwoju Organizacji Narodów Zjednoczonych (SDG) i celów „potrójnego miliarda” w Thirteenth General Programme of Work WHO. Agenda zrównoważonego rozwoju nie zostanie jednak zrealizowana bez zapewnienia bezpieczeństwa usług zdrowotnych. Przy braku takiej pewności nie można w pełni osiągnąć korzyści wynikających z szerszego dostępu, a społeczeństwa tracą zaufanie do usług zdrowotnych i mniej chętnie poszukują opieki zdrowotnej, nawet wtedy, gdy najbardziej jej potrzebują.

W związku z tym na 72. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 2019 roku przyjęto rezolucję WHA72.6 w sprawie „Globalnych działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów”, aby nadać im priorytet i uznać za podstawę organizacji, projektowania, funkcjonowania i oceny wydolności wszystkich systemów ochrony zdrowia. Przyjęcie tej rezolucji było unikalnym kamieniem milowym w globalnych wysiłkach w kierunku podjęcia skoordynowanych działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów i zmniejszenia ich obciążeń zdrowotnych w związku z brakiem przestrzegania tych zasad w opiece zdrowotnej.

W rezolucji zwrócono się do Dyrektora Generalnego WHO o stworzenie globalnego planu działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów w porozumieniu z państwami członkowskimi oraz szerokim gronem partnerów i innych organizacji. W odpowiedzi na rezolucję WHA72.6 i podejmując działania w kierunku globalnego zaangażowania w podejmowanie konkretnych działań, WHO podjęło flagową inicjatywę „Dekada bezpieczeństwa pacjentów 2021–2030”.

Ten ważny krok określa wkład WHO w globalny ruch na rzecz bezpieczeństwa pacjentów.

Dzięki kolejnym kamieniom milowym ta sztandarowa inicjatywa stanie się siłą napędową skutecznej realizacji globalnego planu działania.

Globalny plan działania przedstawiony w niniejszym dokumencie określi zaś strategiczny kierunek konkretnych działań, które mają zostać podjęte przez kraje, organizacje partnerskie, placówki ochrony zdrowia i WHO w celu wdrożenia rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia WHA72.6. W efekcie wzmocni to globalne systemy ochrony zdrowia w zakresie diagnozowania, postępowania, leczenia i opieki, przy jednoczesnym dążeniu do zachowania słynnej maksymy greckiego lekarza Hipokratesa (460–375 p.n.e.) „po pierwsze nie szkodzić”.

1.1. Podstawowe informacje

Każdemu etapowi procesu opieki zdrowotnej towarzyszy nieodłączne ryzyko. Charakter i skala zagrożeń są bardzo zróżnicowane, w zależności od kontekstu świadczenia opieki zdrowotnej i jej dostępności, infrastruktury i zasobów w poszczególnych krajach. Wyzwaniem dla wszystkich systemów ochrony zdrowia i organizacji zapewniających opiekę zdrowotną jest utrzymanie podwyższonej świadomości w celu wykrywania zagrożeń bezpieczeństwa, a także zajęcie się wszystkimi źródłami potencjalnych szkód.

Bezpieczeństwo pacjenta to: „zakres zorganizowanych działań tworzących kulturę, procesy, procedury, zachowania, technologie i środowiska w opiece zdrowotnej, które konsekwentnie i trwale obniżają ryzyko, zmniejszają częstość występowania możliwych do uniknięcia szkód, zmniejszają prawdopodobieństwo błędów i ograniczają następstwa szkód w przypadku ich wystąpienia.

Praktyka dotycząca bezpieczeństwa pacjentów obejmuje skoordynowane działania mające na celu zapobieganie szkodom pacjentów, spowodowanym samymi procesami związanymi z opieką zdrowotną.

Bezpieczeństwo pacjentów jest strategicznym priorytetem nowoczesnej opieki zdrowotnej i stanowi centralny punkt działań podejmowanych przez kraje na rzecz powszechnego dostępu do ochrony zdrowia.

Temat bezpieczeństwa pacjentów podejmowany w ramach stypendiów i badań opiera się na koncepcjach i metodach stosowanych w wielu dyscyplinach, w tym badaniach dotyczących ochrony zdrowia, psychologii stosowanej, nauk behawioralnych, ergonomii, nauk o komunikacji, teorii wypadków i badań systemowych.

1.1.1. Bezpieczeństwo pacjenta jako cel działań

W okresie bezpośrednio po II wojnie światowej, kiedy wiele krajów organizowało swoje systemy ochrony zdrowia, pojęcie bezpieczeństwa ograniczano do tradycyjnych zagrożeń, takich jak pożar, awaria sprzętu, upadki pacjentów i ryzyko zakażenia. Panowało również przekonanie, że pracownicy ochrony zdrowia – dobrze wyszkolony personel (tj. lekarze i pielęgniarki), będą zawsze zachowywać ostrożność i sumiennie wypełniać swoje obowiązki oraz starać się unikać lub minimalizować to, co uważano za nieuniknione „powikłania” opieki zdrowotnej. W tamtym czasie krwawienie pooperacyjne, zagrożenie płodu podczas porodu i zakażenia rany były – i nadal pozostają – stałymi szkodami lub powikłaniami związanymi z opieką zdrowotną. Jest ich też znacznie więcej.

Od dawna w związku z opieką zdrowotną występują też zdarzenia uznawane za nieoczekiwane powikłania, na przykład przetoczenie krwi niewłaściwej grupy, podanie dziecku zbyt dużej dawki leku, przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego po niewłaściwej stronie ciała, i wiele innych, czasami prowadzących do zgonu.

Przez większą część XX wieku takie zdarzenia budziły wielkie zainteresowanie lekarzy i organizatorów systemu ochrony zdrowia, choć od czasu do czasu pojawiały się na pierwszych stronach gazet, wywoływały chwilowe zaniepokojenie opinii publicznej i były przedmiotem zainteresowania prawników zajmujących się sporami medycznymi. Dlaczego? Zasadniczo postrzegano je jako nieunikniony koszt prowadzenia działalności gospodarczej w napiętym, szybko zmieniającym się środowisku nowoczesnej opieki zdrowotnej, która ratowała życie i skutecznie leczyła wiele innych chorób. Argumentowano, że błędy się zdarzają. Były one również postrzegane głównie jako zdarzenia o lokalnym zasięgu, które najlepiej rozwiązywać w ramach postępowania wewnętrznego.

Badania prowadzone w latach 90. XX wieku przyczyniły się do postrzegania bezpieczeństwa przez inny pryzmat. Wykazano, że częstość występowania działań niepożądanych wśród hospitalizowanych pacjentów była znaczna i wcześniej niedoszacowana. Dla określenia tego zjawiska wprowadzono termin „błąd medyczny”, który został powszechnie przyjęty przez decydentów, badaczy,

klinicystów, grupy pacjentów i media. Do powszechnego użytku weszły też inne terminy opisujące błędy w zakresie bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej, takie jak incydent, zdarzenie niepożądane, poważny nieprzewidziany incydent, zdarzenie nigdy wcześniej niewystępujące, sytuacja grożąca wypadkiem i sytuacja bliska zagrożeniu.

Zmiana paradygmatu w myśleniu o bezpieczeństwie w ochronie zdrowia nastąpiła wraz ze świadomością, że nie różni się ona całkowicie od innych branż wysokiego ryzyka, a zdarzenia niepożądane rzadko były efektem błędu pojedynczej osoby. Prawdziwą przyczyną wypadku w lotnictwie lub zdarzenia niepożądanego w opiece zdrowotnej był raczej błąd ludzki, do którego doszło w złożonym skojarzeniu działań i interakcji, procesów, relacji w zespole, komunikacji, ludzkich zachowań, technologii, kultury organizacyjnej, zasad i polityk, jak również charakteru środowiska operacyjnego. Wraz z tą świadomością przyszło pełniejsze zrozumienie, że zły projekt i działanie systemów może spowodować błąd ludzki lub zwielokrotnić jego niekorzystne następstwa, kiedy już wystąpi [1].

W takim systemowym myśleniu o zagrożeniach związanych z opieką zdrowotną termin „błąd medyczny” stał się nieprawidłową nazwą, ponieważ błąd sam w sobie nie był głównym problemem. W praktyce nie można uniknąć szkód wyrządzonych pacjentom wyłącznie przez nakłanianie pracowników ochrony zdrowia do zachowania większej ostrożności. Na początku XXI wieku zaczęto używać terminu „bezpieczeństwo pacjenta”, bardziej holistycznej koncepcji, do określenia zagrożeń dla bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej oraz środków mających na celu przeciwdziałanie tym zagrożeniom i szkodom dla pacjentów [2]. Koncepcja ta odnosiła się do skali problemu niezamierzonych szkód w ramach świadczonej opieki zdrowotnej, wspólnych przyczyn, które doprowadzały do występowania podobnych rodzajów zdarzeń niepożądanych we wszystkich krajach na świecie, potrzeby postrzegania błędu ludzkiego jako czegoś, co należy łagodzić i zapobiegać, a nie eliminować w całości, a także dużego podobieństwa z doświadczeniami innych branż wysokiego ryzyka, co stwarza w związku z tym możliwości wymiany informacji. Alternatywne podejście do bezpieczeństwa pacjenta (*Patient Safety II*) koncentruje się na aktywnym zwiększaniu bezpieczeństwa w ramach opieki zdrowotnej przez skupienie na warunkach, w jakich ludzie odnoszą sukces, a nie porażkę. Z tej perspektywy bezpieczeństwo pacjenta postrzega się w kategoriach zamierzonych i akceptowalnych wyników w możliwym do osiągnięcia zakresie.

1.1.2. Globalne koszty opieki prowadzonej bez zachowania bezpieczeństwa

Skala problemu nieprzestrzegania zasad bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej przyciągnęła większą uwagę opinii

publicznej wraz z opublikowaniem w 1999 roku przez United States Institute of Medicine przełomowego raportu *To err is human: building a safer health system* [3]. W raporcie dokonano ekstrapolacji wskaźnika śmiertelności na podstawie częstości występowania zdarzeń niepożądanych w szpitalach w Stanach Zjednoczonych z dwóch wcześniejszych badań i oszacowano, że co najmniej 44 000, a być może nawet 98 000 osób umiera w szpitalach każdego roku w wyniku błędów medycznych. W 2000 roku Ministerstwo Zdrowia Wielkiej Brytanii opublikowało raport „Organizacja z pamięcią” (*An organisation with a memory*) [4]. Oba raporty dotyczyły kwestii bezpieczeństwa i szkód w opiece zdrowotnej, przedstawiały podobieństwa z innymi branżami wysokiego ryzyka i dostarczały pierwszych szacunków dotyczących obciążeń stwarzanych przez szkody dla pacjentów, co miało stać się nowym priorytetem zdrowotnym i nową dziedziną badań w opiece zdrowotnej.

W ostatnich latach skupiono się również na stratach ekonomicznych i problemach z dostępem do opieki zdrowotnej spowodowanych brakiem przestrzegania zasad bezpieczeństwa, co może stać się główną przeszkodą w organizacji powszechnego dostępu do usług zdrowotnych [5]. Wyniki badań naukowych wykazały, że w krajach o wysokich dochodach zdarzenie niepożądane podczas korzystania z opieki szpitalnej występuje średnio u 1 na 10 pacjentów. [6]. Szacunki dla krajów o niskich i średnich dochodach sugerują, że nawet jeden na czterech pacjentów odnosi szkodę, a rocznie dochodzi do 134 milionów zdarzeń niepożądanych spowodowanych brakiem zachowania zasad bezpieczeństwa, odpowiadających za około 2,6 miliona zgonów rocznie [7]. Ogółem 60% zgonów związanych z warunkami dotyczącymi opieki zdrowotnej w krajach o niskich i średnich dochodach wynika z braku zachowania bezpieczeństwa i z niskiej jakości opieki [8]. Bezpieczeństwo pacjentów najczęściej łączy się z opieką szpitalną, jednak nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa jest problemem ogólnosystemowym. Połowa globalnego obciążenia chorobami związanymi ze szkodą dla pacjentów ma swoje źródło w podstawowej i ambulatoryjnej opiece zdrowotnej [9].

Koszty ekonomiczne niezachowywania zasad bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej można rozumieć na dwa sposoby: bezpośrednie koszty wynikające z marnotrawienia zasobów i pośrednie koszty utraty produktywności w populacji. W krajach o wysokich dochodach nawet 15% wydatków na szpitale można przypisać marnotrawstwu wynikającemu z braku bezpieczeństwa. Na przykład National Health Service w Anglii wypłacił w latach 2017–2018 1,63 miliarda funtów w ramach kosztów postępowania sądowego z powodu zaniedbań w sferze bezpieczeństwa [10].

Główną przyczyną możliwych do uniknięcia szkód w opiece zdrowotnej na całym świecie są praktyki i błędy związane z przyjmowaniem leków wynikające z niezachowania zasad bezpieczeństwa, takie jak nieprawidłowe dawkowanie lub infuzje, niejasne instrukcje, stosowanie skrótów

oraz nieodpowiednie lub nieczytelne recepty. W skali globalnej koszty związane z błędami w leczeniu szacuje się na 42 miliardy USD rocznie [11], nie licząc utraconych zarobków i produktywności ani zwiększonych kosztów opieki zdrowotnej. Stanowi to prawie 1% światowych wydatków na zdrowie. Niezachowanie zasad bezpieczeństwa i niska jakość opieki zdrowotnej prowadzą każdego roku w krajach o niskich i średnich dochodach do utraty produktywności o wartości od 1,4 do 1,6 biliona USD [7].

Dostępne dowody wskazują, że bezpośrednie koszty szkód powstałych w ramach podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, związane z dodatkowymi badaniami, leczeniem i opieką zdrowotną, wynoszą około 2,5% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną, chociaż prawdopodobnie jest to wartość niedoszacowana [12]. Szkody w podstawowej i ambulatoryjnej opiece zdrowotnej często wymagają hospitalizacji. Każdego roku mogą one odpowiadać za ponad 6% hospitalizacji i ponad 7 milionów przyjęć do szpitali w krajach członkowskich Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD, *Organisation for Economic Co-operation and Development*). Stanowi to dodatkowo 15% działań związanych z doraźną opieką zdrowotną spowodowanych szkodami powstałymi w samych szpitalach [6].

Według ostatnich szacunków koszty społeczne szkód wyrządzonych pacjentom mogą wynosić 1–2 bilionów USD rocznie. Podejście oparte na kapitale ludzkim sugeruje, że wyeliminowanie szkód mogłoby zwiększyć globalny wzrost gospodarczy o ponad 0,7% rocznie [13].

1.1.3. Ewolucja globalnego ruchu na rzecz bezpieczeństwa pacjentów

W maju 2002 roku 55. Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję WHA55.18. Wezwano w niej państwa członkowskie do zwrócenia jak największej uwagi na problem bezpieczeństwa pacjentów oraz do ustanowienia i wzmocnienia opartych na dowodach systemów niezbędnych do poprawy bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki zdrowotnej.

Światowy sojusz na rzecz bezpieczeństwa pacjentów (2004–2014)

Następnie, w maju 2004 roku, na 57. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia poparto utworzenie międzynarodowego sojuszu mającego na celu ułatwienie rozwoju polityki i praktyk dotyczących bezpieczeństwa pacjentów we wszystkich państwach członkowskich oraz będącego główną siłą napędową poprawy na całym świecie. W październiku 2004 roku powołano Światowy Sojusz na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów jako robocze partnerstwo między WHO a zewnętrznymi ekspertami, liderami opieki zdrowotnej i organizacjami zawodowymi. Utworzenie owego sojuszu było niezwykle istotnym krokiem w walce o poprawę bezpieczeństwa opieki zdrowotnej

we wszystkich państwach członkowskich. Współpracując z WHO, przyjął on bowiem te obowiązki i szybko zainicjowano program działań, wspierany przez znaczny fundusz przekazany przez rząd Zjednoczonego Królestwa [14].

Światowy Sojusz na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów stworzył wyjątkowe środowisko podejmujące ważne nowe inicjatywy, których poszczególni partnerzy nie byli w stanie lub nie chcieli podejmować samodzielnie. Stał się forum dzielenia się wiedzą i zasobami mającymi na celu poprawę bezpieczeństwa w ochronie zdrowia. Przewidywano, że rozwiązania dotyczące bezpieczeństwa pacjentów, określone i poddane ocenie w ramach jednego lub dwóch systemów ochrony zdrowia lub grupy większych szpitali, zostaną przygotowane w sposób umożliwiający ich wdrożenie globalne lub zastosowanie w wielu krajach. Oczekiwano również, że dodatkowa koordynacja i ułatwienie międzynarodowej wymiany wiedzy i edukacji ograniczy powielanie wysiłków i zminimalizuje straty cennych zasobów.

Podstawowym celem Sojuszu było ułatwienie rozwoju polityki i działań praktycznych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów w państwach członkowskich. Przyjęto, że zostanie to osiągnięte poprzez podjęcie szeregu podstawowych działań i innych krótkoterminowych inicjatyw określonych w rocznym planie prac.

Globalne wyzwania w zakresie bezpieczeństwa pacjentów

Pierwszy plan pracy opracowany przez Sojusz wprowadził koncepcję "globalnych wyzwań w zakresie bezpieczeństwa pacjentów" Global Patient Safety Challenge [dalej określane jako GPSC – przyp. tłum.] Inicjatywa ta określa obciążenia dotyczące bezpieczeństwa pacjentów, które stanowią istotne zagrożenie dla zdrowia, a ponadto określa interwencje pierwszej linii i partnerstwa z krajami w celu rozpowszechniania i wdrażania szczegółowych interwencji. Każde Wyzwanie koncentruje się na obszarze, który stanowi poważne i istotne ryzyko dla zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów.

Tematem pierwszego GPSC w 2005 roku były zakażenia nabyte w związku z opieką zdrowotną pod nazwą *Clean care is safer care* [15]. Temat ten stał się kluczowym elementem początkowych prac WHO, a kilka lat później opublikowano *Safe surgery saves lives*, drugi obszar GPSC [16]. Oba te Wyzwania miały na celu zwiększenie ogólnoświatowego zaangażowania i zapoczątkowanie działań na rzecz odpowiedniego zmniejszenia częstości występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną oraz ryzyka związanego z zabiegami chirurgicznymi.

Skala i tempo realizacji tych Wyzwań były bezprecedensowe. Poskutkowały znacznym i szybkim zaangażowaniem ministrów zdrowia, organizacji zawodowych, urzędów rejestracyjnych, liderów systemów ochrony zdrowia, organizacji społeczeństwa obywatelskiego i pracowników ochrony zdrowia.

Inne inicjatywy Światowego Sojuszu na rzecz Bezpieczeństwa Pacjenta

Oprócz zaplanowania i wdrożenia dwóch globalnych Wyzwań w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, Sojusz określił następujący zakres przełomowych inicjatyw w swoim początkowym programie prac, kontynuowanych przez cały okres jego istnienia:

- ▶ program **Patients for Patient Safety**, prowadzony przez osoby, które doznały uszczerbku na zdrowiu lub przez członków ich rodzin;
- ▶ inicjatywa **Taxonomy for Patient Safety**, zapewniająca spójność norm i terminologii stosowanej w działaniach na rzecz bezpieczeństwa pacjentów, a także system klasyfikacji – International Classification for Patient Safety;
- ▶ inicjatywa **Patient Safety Research** mająca na celu określenie priorytetów badań związanych z bezpieczeństwem pacjentów w krajach o wysokich, średnich i niskich dochodach, a także przygotowywanie projektów i budowanie potencjału;
- ▶ program **Patient Safety Solutions** mający na celu identyfikowanie, opracowywanie i promowanie interwencji na całym świecie w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów;
- ▶ wytyczne **Reporting and Learning** dotyczące najlepszych praktyk w zakresie raportowania i edukacji mających pomóc w planowaniu i rozwijaniu istniejących oraz nowych systemów zgłaszania zdarzeń;
- ▶ wytyczne **Patient Safety Curriculum** (w dwóch wersjach: pierwsza przeznaczona dla szkół medycznych, a druga dla innych grup zawodowych) wspierające edukację w zakresie bezpieczeństwa pacjentów na uczelniach wyższych, w szkołach i placówkach stomatologii, medycyny, położnictwa, pielęgniarstwa i farmacji;
- ▶ **African Partnerships for Patient Safety**, na rzecz budowania trwałego partnerstwa między szpitalami w zakresie bezpieczeństwa pacjentów.

Inicjatywy WHO dotyczące bezpieczeństwa pacjentów (2015–2020)

W 2016 roku *WHO Global Consultation on Setting Priorities for Global Patient Safety* dostarczyło informacji wskazujących, że skala możliwych do uniknięcia szkód w systemach ochrony zdrowia na całym świecie była niedopuszczalnie wysoka, z niewielkimi oznakami poprawy [17]. Opierając się na wcześniejszych pracach WHO przeprowadzonych wspólnie ze Światowym Sojuszem na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów, doprowadzono do konsolidacji i dalszego rozwoju drugiej fazy globalnego programu WHO dotyczącego bezpieczeństwa pacjentów.

W WHO podjęto ważne globalne inicjatywy na rzecz bezpieczeństwa pacjentów, zaangażowano dużą liczbę interesariuszy i partnerów oraz przeprowadzono konsultacje na dużą skalę i na wysokim szczeblu, w tym:

- ▶ **Trzecie WHO Global Patient Safety Challenge: Medication without harm** zaplanowane jako wieloletnia inicjatywa, której celem jest globalne zmniejszenie poważnych, możliwych do uniknięcia szkód związanych ze stosowaniem lekami o 50% w okresie 5 lat;
- ▶ **Global Patient Safety Network**, wysoce interaktywna sieć utworzona we współpracy z państwami członkowskimi, liderami opieki zdrowotnej, międzynarodowymi ekspertami i organizacjami zawodowymi;
- ▶ **Global Ministerial Summits on Patient Safety** inicjowane przez rządy Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Irlandii i Niemiec we współpracy z WHO od 2016 roku jako cykl corocznych szczytów;
- ▶ **Rezolucja Światowego Zgromadzenia Zdrowia WHA72.6** w sprawie „Globalnych działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów”, przyjęta w maju 2019 roku i nakreślająca kompleksową i wieloaspektową strategię bezpieczeństwa pacjentów;
- ▶ **Global Patient Safety Collaborative**, zapoczątkowana we współpracy z rządem Wielkiej Brytanii w celu współpracy z krajami o niskich i średnich dochodach w kierunku zmniejszenia ryzyka możliwych do uniknięcia szkód dla pacjentów;
- ▶ **Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta**, ustanowiony rezolucją Światowego Zgromadzenia Zdrowia WHA72.6, z których pierwszy obchodzono 17 września 2019 roku; w 2020 roku był poświęcony bezpieczeństwu pracowników ochrony zdrowia i zapoczątkował przełomową kartę *Health workers safety: a priority for patient safety, among other advocacy and technical products*;
- ▶ **Publikacja normatywnych wytycznych i narzędzi** dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, w tym *Technical Series on Safer Primary Care, Safe Childbirth Checklist* i towarzyszącego przewodnika wdrażania, modelu minimalnej informacji dla systemów raportowania i edukacji w zakresie zdarzeń związanych z bezpieczeństwem pacjenta (raport techniczny i wytyczne) oraz raportów technicznych dotyczących bezpieczeństwa leków, poza innymi wytycznymi i narzędziami WHO;
- ▶ **Africa Patient Safety Initiative**, forum wysokiego szczebla zorganizowane wspólnie z kluczowymi partnerami w celu współpracy z krajami Afryki nad poprawą bezpieczeństwa pacjentów;
- ▶ **Sztandarowa inicjatywa WHO „Dekada bezpieczeństwa pacjentów 2021–2030”** uruchomiona w celu kierowania i wspierania strategicznych działań

na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na poziomach globalnym, regionalnym i krajowym. Podstawowe działania w ramach inicjatywy przewodniej obejmują sformułowanie „Globalnego planu działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów” i wspieranie jego wdrażania na wszystkich poziomach poprzez grupy wspierające, wytyczne i narzędzia normatywne, partnerstwa strategiczne, kampanie, współpracę, zaangażowanie pacjentów i rodzin, dzielenie się wiedzą i prace techniczne nad budowaniem i wzmacnianiem systemów i praktyk bezpieczeństwa pacjentów.

1.1.4. Choroba koronawirusowa (COVID-19) – szersza koncepcja szkód, których można uniknąć

Następstwa pandemii COVID-19 z 2020 roku zwiększyły świadomość zagrożeń dla pacjentów. Ich stały wpływ na systemy świadczenia opieki zdrowotnej na całym świecie stanie się z czasem jeszcze wyraźniejszy i możliwy do oceny ilościowej. Pojawiły się jednak istotne implikacje dla bezpieczeństwa pacjentów, które stały się silnym impulsem dla wysiłków promujących poprawę bezpieczeństwa na każdym poziomie opieki. Zwiększenie wiedzy na temat samego wirusa SARS-CoV-2 i klinicznych następstw zakażenia ograniczyło obszar niepewności, ale wraz z nową chorobą i innowacyjnymi metodami jej leczenia pojawiło się większe ryzyko możliwych do uniknięcia szkód. Poważnie zagrożone zostało fizyczne i psychiczne bezpieczeństwo pracowników ochrony zdrowia, podobnie jak wydajność i stabilność finansowa systemów ochrony zdrowia. Czynniki sytuacyjne, takie jak braki kadrowe, przesunięcia personelu do pełnienia nieznanych funkcji i „obejścia” stosowane w niektórych sytuacjach zakłóciły funkcjonowanie większości systemów ochrony zdrowia na całym świecie. Pośredni wpływ wirusa na dostęp do niepowiązanych obszarów opieki stał się dodatkową formą poważnej szkody. Opóźnienia wynikały z zaniechania pacjentów, którzy nie szukali opieki z obawy przed zakażeniem, ograniczeń w dostępie do placówek ochrony zdrowia z powodu blokad, a także z sytuacji pacjentów ze złożonymi chorobami przewlekłymi, którzy nie otrzymali standardowej opieki ambulatoryjnej lub profilaktycznej z powodu przeciążenia systemu ochrony zdrowia lub pierwszeństwa przyjęć pacjentów z COVID-19. Wystąpiły też nowe rodzaje błędów diagnostycznych, mniej lub bardziej związane z wirusem [18].

Pomimo tych negatywnych skutków i zagrożeń, pandemia COVID-19 przyniosła pewne krótkoterminowe korzyści w kluczowych obszarach, które mogą być katalizatorem dla kolejnych strategii naprawczych. Wspólne zaangażowanie i odpowiedzialność zjednoczyły interesariuszy opieki zdrowotnej jak nigdy wcześniej. Wielu z nich spon-tanicznie przyjęło kluczowe atrybuty bezpieczeństwa, takie jak przejrzystość, aktywna komunikacja, współpraca i szybkie przyjęcie praktyk służących bezpieczeństwu

pacjentów. Może to być tylko tymczasowy efekt, dotyczący jedynie wybranych sytuacji i krajów, ale wskazujący, jak szybko może zniknąć tradycyjna struktura silosowa i podział na obszary kliniczne w interesie walki ze wspólnym wrogiem.

Pewnym zaskoczeniem okazała się świadomość, że po zakończeniu pandemii COVID-19 przewlekły i powszechny kryzys zdrowia publicznego obejmujący powstawanie możliwych do uniknięcia szkód dla pacjentów i pracowników systemu ochrony zdrowia pozostanie takim samym wyzwaniem jak wcześniej. W ciągu najbliższych pięciu lat światowy ruch na rzecz bezpieczeństwa pacjentów będzie uczył się zarówno na negatywnych, jak i pozytywnych skutkach COVID-19. Będzie to czas na zbudowanie bezpieczniejszych systemów ochrony zdrowia, które zminimalizują szkody dla pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Ten globalny plan działania opiera się na dokładnym zrozumieniu natury możliwych do uniknięcia szkód w opiece zdrowotnej oraz sposobu, w jaki zagrażają one bezpieczeństwu pacjentów w różnych i złożonych sytuacjach na całym świecie. Zrozumienie, w jaki sposób COVID-19 przekłada się na tę sytuację, pomoże wyciągnąć wnioski dotyczące bezpieczeństwa pacjentów zarówno z niepowodzeń, jak i transformacji związanych z pandemią. Wszystko to wskazuje na pilną potrzebę „odbudowania lepszych” i „ugruntowania” pozytywnych zmian, promowania rozpowszechniania strategii bezpieczeństwa i innowacji oraz uczynienia systemów ochrony zdrowia bardziej odpornymi na skutki szkód niż kiedykolwiek wcześniej.

1.2. Upoważnienie

Globalny plan działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030 opracowano na podstawie rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia WHA72.6 w sprawie „Globalnych działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów”. W rezolucji zwrócono się do Dyrektora Generalnego WHO „o sformułowanie globalnego planu działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów w porozumieniu z państwami członkowskimi i wszystkimi zainteresowanymi stronami, w tym z sektora prywatnego”. Plan został przedłożony 74. Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia w 2021 roku na 148. sesji Rady Wykonawczej WHO. Przepisy operacyjne rezolucji WHA72.6 wyznaczają strategiczne i operacyjne granice tego planu działania [19, 20].

1.3. Proces rozwoju

Ten globalny plan działania został opracowany wspólnie w procesie partycypacyjnym z udziałem wiodących międzynarodowych ekspertów w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów. Projekt przeszedł wiele rund konsultacji z zainteresowanymi stronami, w tym z państwami członkowskimi, organizacjami międzynarodowymi, instytucjami akademickimi, grupami pacjentów, organizacjami mierz rządowymi oraz globalnymi, regionalnymi i krajowymi

biurami WHO. Wstępny zarys i ścieżka rozwoju planu działania zostały opracowane przez sekretariat *Patient Safety Flagship* w centrali WHO w Genewie, przy wsparciu i wskazówkach *WHO Patient Safety Envoy* oraz w porozumieniu z odpowiednimi programami technicznymi, jednostkami i departamentami w ramach systemu WHO. Globalne konsultacje WHO przeprowadzono w lutym 2020 roku w siedzibie głównej WHO w Genewie w celu dopracowania pierwszego projektu planu działania. Główni eksperci i praktycy ds. bezpieczeństwa pacjentów z 44 krajów przedstawili konkretne zalecenia dotyczące przyszłego kierunku globalnych działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów o wartości nie do przecenienia. Za pośrednictwem WHO Global Patient Safety Network otrzymano dodatkowe informacje od ekspertów i interesariuszy.

Powołano grupę zadaniową ds. redagowania i przeglądu, której powierzono realizację zaleceń wynikających z tych konsultacji i przygotowanie projektu planu działania. Pierwszy projekt przedyskutowano następnie z państwami członkowskimi w ramach regionalnych komitetów i konsultacji. Zorganizowano dodatkowe spotkania techniczne ze stałymi misjami krajowymi w Genewie. Projekt planu działania został udostępniony w wersji elektronicznej do konsultacji społecznych na stronie internetowej WHO na okres jednego miesiąca. Informacje zwrotne, komentarze i uwagi techniczne państw członkowskich oraz wyniki konsultacji społecznych zostały zweryfikowane i odpowiednio uwzględnione przez grupę zadaniową ds. redagowania i przeglądu. Zaawansowany projekt planu działania został przedłożony na 148. posiedzeniu Zarządu w styczniu 2021 roku do przeglądu, dyskusji i zatwierdzenia. Na 148. sesji Rada Wykonawcza przyjęła decyzję o zarekomendowaniu globalnego planu działania do zatwierdzenia. Siedemdziesiąte czwarte Światowe Zgromadzenie Zdrowia na swoim posiedzeniu w maju 2021 roku podjęło decyzję o przyjęciu „Globalnego planu działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030”. Światowe Zgromadzenie Zdrowia zwróciło się również do Dyrektora Generalnego o złożenie sprawozdania z postępów w realizacji globalnego planu działania na 76. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 2023 roku, a następnie co dwa lata do 2031 roku.

Piśmiennictwo – rozdział 1

1. Mannion R, Braithwaite J. False dawns and new horizons in patient safety research and practice. *Int J Health Policy Manag.* 2017;6:685–9 (<https://dx.doi.org/10.15171%2Fijhpm.2017.115>, accessed 16 July 2021).
2. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.* Washington (DC): National Academies Press; 2001 (<https://www.nap.edu/read/10027>, accessed 16 July 2021).
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system.*

- Washington (DC): National Academies Press; 2000 (<https://www.nap.edu/read/9728/chapter/1>, accessed 16 July 2021).
4. Department of Health. An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. London: The Stationery Office; 2000 (https://qi.elft.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/08/r_02-an-organisation-with-a-memory-l-donaldson.pdf, accessed 16 July 2021).
 5. World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development & International Bank for Reconstruction and Development. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>, accessed 16 July 2021).
 6. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers No. 96. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 (<https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>, accessed 16 July 2021).
 7. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Board on Global Health; Committee on Improving the Quality of Health Care Globally. Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide. Washington (DC): National Academies Press; 2018 (<https://doi.org/10.17226/25152>, accessed 16 July 2021).
 8. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
 9. Woods D, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB, Brennan TA. Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to a hospital admission. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:127–31. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.021147>
 10. NHS Resolution presses ahead with mediation as litigation decreases but claims costs continue to rise. London: NHS Resolution; 12th July 2018 (<https://resolution.nhs.uk/2018/07/12/nhs-resolution-presses-ahead-with-mediation-as-litigation-decreases-but-claims-costs-continue-to-rise/>, accessed 16 July 2021).
 11. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. Parsippany (NJ), United States of America: IMS Institute for Healthcare Informatics; 2012 (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2222541, accessed 16 July 2021).
 12. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind. OECD Health Working Papers No. 106. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018 (<https://doi.org/10.1787/baf425ad-en>, accessed 16 July 2021).
 13. Slawomirski L, Klazinga N. Economics of patient safety: from analysis to action. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2020 (<http://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>, accessed 16 July 2021).
 14. World Alliance for Patient Safety: forward programme. Geneva: World Health Organization; 2004 (https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf, accessed 16 July 2021).
 15. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge 2005–2006. Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization; 2005 (<https://www.who.int/news/item/13-10-2005-launch-of-the-global-patient-safety-challenge-clean-care-is-safer-care>, accessed 16 July 2021).
 16. World Alliance for Patient Safety. The second WHO Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70080/WHO_IER_PSP_2008.07_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 16 July 2021).
 17. WHO global consultation: setting priorities for global patient safety. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/patientsafety/executive-summary_florence.pdf, accessed 16 July 2021).
 18. Ensuring a safe environment for patients and staff in COVID-19 health-care facilities. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCF_assessment-Safe_environment-2020.1, accessed 16 July 2021).
 19. Resolution WHA72.6. Global action on patient safety. In: Seventy-second World Health Assembly, Geneva, 20–24 May 2019. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf, accessed 16 July 2021).
 20. Patient safety: global action on patient safety: report by the Director-General. In: Seventy-second World Health Assembly, Geneva, 20–24 May 2019. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf, accessed 16 July 2021).

2.

Wizja, misja i cel



Wizja

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



Misja

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



Cel

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

3. Główne zasady

Dużym wyzwaniem jest stworzenie systemu umożliwiającego poprawę powszechnego dostępu do usług medycznych, w trakcie których pacjenci są bezpieczniejsi niż obecnie, zwłaszcza w sytuacji, kiedy otrzymują opiekę zdrowotną w dowolnym miejscu na świecie. Właśnie temu wyzwaniu poświęcony jest „Globalny plan działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030”. Przedstawione poniżej siedem głównych zasad określa zestaw wartości leżących u podstaw rozwoju i ram wdrażania działań zaproponowanych w globalnym planie działania. Ramy obejmują zaś 7 celów strategicznych i 35 strategii.

3.1. Zaangażowanie pacjentów i rodzin jako partnerstwo w bezpiecznej opiece

Bezpieczną opiekę zdrowotną należy postrzegać jako podstawowe prawo człowieka. Opieka zdrowotna jest przede wszystkim usługą, dlatego zawsze powinna być współtworzona z użytkownikami. Uzyskanie bezpiecznej opieki wymaga poinformowania, zaangażowania i traktowania pacjentów jako pełnoprawnych partnerów w procesie organizacji opieki. W wielu częściach świata ma to miejsce znacznie rzadziej, niż powinno. Pacjenci, rodziny i opiekunowie są żywo zainteresowani własnym zdrowiem i zdrowiem swoich społeczności. Bezpieczeństwo pacjentów zależy od ich pełnego zaangażowania jako użytkowników systemu ochrony zdrowia i osób, które najlepiej znają całą historię pacjenta. Pacjenci i rodziny powinni być zaangażowani na każdym poziomie opieki zdrowotnej, począwszy od kształtowania polityki i planowania, poprzez nadzór nad wynikami, po pełną świadomą zgodę i wspólne podejmowanie decyzji w miejscu sprawowania opieki. Pacjenci, rodziny i społeczności mają istotny wkład w bezpieczeństwo pacjentów.

3.2. Osiąganie wyników dzięki pracy zespołowej

W ramach ogólnoświatowego zasięgu inicjatywy Dekada bezpieczeństwa pacjentów 2021–2030 WHO dostarczy

krajom wytyczne dotyczące polityki i narzędzi jej wdrażania, w celu poprawy bezpieczeństwa opieki zdrowotnej w miejscu jej świadczenia. Na szczeblu lokalnym z pewnością pojawią się przełomowe innowacje i nowsze modele bezpieczniejszej opieki. Powinny one stanowić wkład w globalne systemy edukacji, mające na celu prze-modelowanie zasad polityki i promowanie globalnego dyskursu na temat bezpieczeństwa pacjentów. Zamiast jednokierunkowego przepływu interwencji, konieczny jest ekosystem współpracy, w którym wszyscy (od decydentów globalnych po świadczeniodawców pierwszej linii) wnoszą swój wkład, dzielą się doświadczeniem i wiedzą. Wszystkie interwencje dotyczące bezpieczeństwa pacjentów będą musiały być starannie zaprojektowane i dostosowane do priorytetów krajów i społeczności, a także do ich konkretnych potrzeb wdrożeniowych. Światowa Organizacja Zdrowia będzie działać w kierunku ograniczenia szkód w każdym kraju poprzez dialog polityczny, wsparcie strategiczne i pomoc techniczną w celu bezpieczniejszego świadczenia usług. Globalne działania mogą pomóc, ale siła planu będzie leżeć w pasji i zaangażowaniu w zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów wykazanych na poziomach krajowym i lokalnym.

3.3. Analizowanie i udostępnianie danych w celu kształcenia

Systemy raportowania, które gromadzą dane o zdarzeniach niepożądanych i incydentach występujących w miejscu świadczenia opieki, są szeroko rozpowszechnione na całym świecie. W 2020 roku WHO opracowała dokument „Systemy zgłaszania i uczenia się na podstawie analizy zdarzeń niepożądanych: raport techniczny i wytyczne”. Dostępne są także inne źródła takich danych, obejmujące roszczenia z tytułu błędów w sztuce lekarskiej, doświadczenia pacjentów i parametry uzyskiwanych wyników, audyty opieki klinicznej, przeglądy dokumentacji medycznej, ankiety, audyty dotyczące istotnych zdarzeń oraz dane z nadzoru bezpieczeństwa produktów krwiopochodnych, leków, szczepionek i wyrobów medycznych. Gromadzenie informacji z różnych

źródła umożliwiają lepsze zrozumienie przyczyn incydentów związanych z bezpieczeństwem i opracowanie działań zapobiegających. Zbyt często gromadzi się jednak ogromne ilości danych, a większość dostępnego czasu i zasobów jest przeznaczana na ich przechowywanie. Mniej czasu poświęca się na analizę i udostępnianie ich w sposób, który jest użyteczny dla nauki i może niezawodnie i konsekwentnie przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa pacjentów. Należy również uwzględnić kwestie jakości i wiarygodności danych, które najlepiej można rozwiązać poprzez budowanie kultury zaufania do sprawozdawczości. Wykorzystanie takich danych w celu dostarczenia informacji na temat wzorców i trendów dotyczących rodzajów występujących szkód jest zawsze interesujące, należy jednak położyć silny nacisk na ich wpływ na poprawę bezpieczeństwa opieki zdrowotnej w przyszłości.

3.4. Wykorzystanie dowodów w celu możliwej do osiągnięcia i wymiernej poprawy

Słabością wielu obszarów opieki zdrowotnej, w tym bezpieczeństwa pacjentów, jest zbyt wolne przekładanie dowodów skuteczności na rutynową praktykę, co czasami określa się luką między wiedzą a działaniem. Dostępne jest również bogate doświadczenie świadczeniodawców i pacjentów oraz wiedza taktyczna, możliwa do wykorzystania w trakcie projektowania i testowania rozwiązań służących poprawie bezpieczeństwa pacjentów. Podczas określania działań mających na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów należy w pełni zrozumieć proces zmian i wykorzystać zdobytą już wiedzę na temat doskonalenia nauki w celu osiągnięcia pożądanego rezultatu. Oznacza to również ściśle współpracę w placówkach ochrony zdrowia i obszarze usług klinicznych z liderami, kierownikami, profesjonalnym personelem i przedstawicielami pacjentów. Ważne jest również, aby wspierać centra doskonałości, uczyć się od nich i zwiększać zakres sprawdzonych najlepszych praktyk.

3.5. Podstawowe zasady i działania w zakresie organizacji opieki zdrowotnej

Większość uwagi i wysiłków badawczych w zakresie bezpieczeństwa pacjentów skupiono na doświadczeniach systemów ochrony zdrowia o wysokich zasobach i dużych grup szpitalnych. Wiele dobrego dzieje się jednak w systemach o niskich zasobach. Po pierwsze, stało się jasne, że polityki i rozwiązania w zakresie bezpieczeństwa pacjentów muszą być dostosowane do lokalnych warunków. Nie da się ich bezpośrednio przełożyć, zwłaszcza w sytuacji, kiedy kultura, tradycje, organizacja systemu ochrony zdrowia i poziom infrastruktury znacznie się różnią. Po drugie, nauka to nie tylko przepływ wiedzy w jedną stronę. Doświadczenia w opracowywaniu rozwiązań w zakresie bezpieczeństwa pacjentów przy ograniczonych zasobach mogą być przydatne dla

organizujących programy w dobrze wyposażonych systemach ochrony zdrowia, a także dla zwykle preferowanego kierunku przepływu najlepszych praktyk „Północ-Południe”.

3.6. Wykorzystanie własnej wiedzy naukowej oraz doświadczenia pacjentów w celu poprawy bezpieczeństwa

Obecnie opracowywanie bezpiecznych świadczeń dla pacjentów obejmuje nie tylko umiejętności planowania, projektowania i inwestycji strategicznych, ale również istnienie grup wsparcia, podnoszenie świadomości, zaangażowanie polityczne, perswazję i działania lokalne. Tradycyjnie wiedza naukowa i techniczna pochodzi od decydentów, liderów systemów ochrony zdrowia, pracowników ochrony zdrowia, naukowców i menedżerów, a zaangażowanie – od obywateli, organizacji społeczeństwa obywatelskiego i rzeczników pacjentów. Sformułowanie i realizacja planu wymagają wiedzy naukowej i technicznej, ale muszą też mieć poparcie i pozytywne nastawienie tych, którzy pamiętają, że zbyt wielu byłych pacjentów i rodzin poniosło straty i poważne szkody w wyniku wadliwej opieki zdrowotnej. Skuteczną kombinacją przekładającą się na proces doskonalenia tworzą dwa elementy – nauka i osobiste doświadczenie.

3.7. Kultura bezpieczeństwa w organizacji i świadczeniu opieki zdrowotnej

Rozwój kultury bezpieczeństwa jest podstawą wszelkich trwałych wysiłków na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjentów. Interwencje polityczne i legislacyjne mogą zapewnić sprzyjające środowisko dla rozwoju kultury bezpieczeństwa. Ostatecznie jednak kultura bezpieczeństwa musi przeniknąć do postaw, przekonań, wartości, umiejętności oraz praktyk pracowników ochrony zdrowia, menedżerów i liderów organizacji opieki zdrowotnej. Kultura bezpieczeństwa musi przeplatać się z ogólną filozofią i kulturą organizacyjną. Kraje i organizacje mogą określić własne optymalne sposoby osiągnięcia kultury bezpieczeństwa, chociaż pewne elementy pozostają fundamentalne. Zaangażowanie liderów, przejrzystość, otwarta i pełna szacunku komunikacja, uczenie się na błędach i najlepszych praktykach oraz rozsądna równowaga między polityką braku winy a odpowiedzialnością to nieodzowne elementy kultury bezpieczeństwa. Silna kultura bezpieczeństwa jest nie tylko podstawą ograniczania szkód dla pacjentów, ale ma również kluczowe znaczenie dla zapewnienia bezpiecznego środowiska pracy dla pracowników ochrony zdrowia. Dotyczy to także psychologicznego bezpieczeństwa środowiska pracy, w którym pracownicy ochrony zdrowia mogą wypowiadać się na temat bezpieczeństwa pacjentów i innych kwestii bez obawy o negatywne konsekwencje.

4. Partnerzy w działaniu

Kompleksowe działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów we wszystkich krajach na całym świecie są złożonym przedsięwzięciem i wymagają wspólnych wysiłków wielu zainteresowanych stron, od decydentów po pracowników ochrony zdrowia. Aby osiągnąć zamierzenia i cele strategiczne „Globalnego planu działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030”, partnerstwa muszą się rozwijać zarówno na poziomie strategicznym, jak i operacyjnym. Taka współpraca nada szczególnej wartości wysiłkom na rzecz bezpieczeństwa pacjentów i wzmocni wysiłki poszczególnych organizacji.

Pracując razem nad realizacją wizji planu działania i poprawą bezpieczeństwa opieki dla wszystkich, partnerzy mogą również przyspieszyć postęp w osiągnięciu własnych celów. Poniżej określono cztery szerokie kategorie partnerów wspierających wdrażanie globalnego planu działania. Plan działania przewiduje również, że pacjenci, rodziny i społeczności będą kluczowymi partnerami na wszystkich poziomach działania.

4.1. Rządy

- ▶ Rządy krajowe i regionalne
- ▶ Parlament i organy ustawodawcze niższego szczebla
- ▶ Ministerstwa zdrowia
- ▶ Krajowe i regionalne wyspecjalizowane agencje i organy pomocnicze, na przykład krajowe instytuty, ośrodki lub agencje zajmujące się bezpieczeństwem pacjentów i jakością, w tym agencje planowania, organy wdrażające programy, instytucje zdrowia publicznego i agencje medycyny pracy
- ▶ Inne ministerstwa bezpośrednio lub pośrednio zaangażowane w zdrowie, w tym ministerstwa edukacji, finansów, pracy i spraw społecznych, spraw konsumenckich, sprawiedliwości i administracji terytorialnej
- ▶ Krajowe i regionalne organy regulacyjne, w tym agencje ustalające normy, licencjonujące i akredytujące oraz organy dochodzeniowe ds. bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej

4.2. Placówki opieki zdrowotnej i świadczeniodawcy

- ▶ Placówki medyczne drugiego i trzeciego stopnia referencyjności oraz organizacje opieki zdrowotnej
- ▶ Placówki i świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej
- ▶ Zakłady i świadczeniodawcy opieki długoterminowej
- ▶ Świadczeniodawcy opieki paliatywnej
- ▶ Ośrodki i świadczeniodawcy zdrowia psychicznego
- ▶ Świadczeniodawcy opieki przedszpitalnej
- ▶ Specjalistyczne kliniki i świadczeniodawcy usług diagnostycznych
- ▶ Placówki zajmujące się zaburzeniami związanymi z używaniem substancji toksycznych i ośrodki opieki nad osobami z demencją
- ▶ Społeczni świadczeniodawcy usług zdrowotnych
- ▶ Świadczeniodawcy usług opieki zdrowotnej domowej i na poziomie społeczności
- ▶ Regionalne i okręgowe zespoły zarządzające ochroną zdrowia

4.3. Interesariusze

- ▶ Organizacje międzyrządowe, np. Komisja Europejska, OECD
- ▶ Międzynarodowe i krajowe organizacje pozarządowe
- ▶ Międzynarodowe organizacje rozwojowe
- ▶ Międzynarodowe i niezależne organy normalizacyjne i agencje akredytacyjne
- ▶ Międzynarodowe i krajowe organizacje zawodowe oraz towarzystwa i stowarzyszenia naukowe
- ▶ Uniwersytety, instytucje akademickie, ośrodki edukacyjne oraz inne międzynarodowe i krajowe instytucje szkoleniowe i budujące potencjał
- ▶ Instytucje badawcze
- ▶ Międzynarodowe i krajowe konsorcja i stowarzyszenia świadczeniodawców
- ▶ Związki zawodowe i inne organizacje pracownicze reprezentujące pracowników ochrony zdrowia
- ▶ Międzynarodowe i krajowe organizacje społeczeństwa obywatelskiego, w tym organizacje pacjentów
- ▶ Grupy i organizacje społeczne
- ▶ Media, w tym media drukowane, elektroniczne i społecznościowe
- ▶ Organizacja Narodów Zjednoczonych i inne organizacje międzynarodowe
- ▶ Partnerzy rozwojowi, darczyńcy i agencje finansujące
- ▶ Przemysł farmaceutyczny i urzędów medycznych
- ▶ Branża technologii informatycznych w opiece zdrowotnej
- ▶ Podmioty sektora prywatnego, w tym przedsiębiorstwa komercyjne (przemysł) i organizacje świadczące usługi zdrowotne
- ▶ Organizacje zajmujące się ubezpieczeniami zdrowotnymi i obsługą

4.4. Sekretariat WHO

- ▶ WHO na wszystkich poziomach — biura krajowe, biura regionalne i centrala
- ▶ Biura WHO w różnych regionach geograficznych

5. Zakres działania

Ramy obejmują 7 celów strategicznych, które można osiągnąć za pomocą 35 szczegółowych strategii:

Stworzenie systemu ochrony zdrowia i organizacji zdrowotnych o wysokim stopniu niezawodności codziennie chroniących pacjentów przed szkodami

Zaangażowanie pacjentów i rodzin oraz wzmocnienie ich pozycji w celu uzyskania ich pomocy i wsparcia procesu poprawy bezpieczeństwa systemu ochrony zdrowia

Zapewnienie stałego przepływu informacji i wiedzy w celu ograniczania ryzyka, zmniejszania zakresu możliwych do uniknięcia szkód oraz poprawy bezpieczeństwa opieki zdrowotnej

1

Doprowadzenie do stanu, w którym całkowita eliminacja możliwych do uniknięcia szkód wyrządzanych pacjentom będzie świadomym nastawieniem i zasadą zaangażowania w planowanie i organizację każdego systemu ochrony zdrowia

2

Zapewnienie bezpieczeństwa każdego procesu klinicznego

4

Inspirowanie, edukowanie, rozwój umiejętności i opieka nad każdym pracownikiem ochrony zdrowia mające na celu jego aktywny udział w organizacji i zwiększaniu bezpieczeństwa systemów ochrony zdrowia

5

6

Rozwijanie i utrzymywanie wielosektorowej i międzynarodowej współpracy, partnerstwa i solidarności w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki zdrowotnej

7

Ramy działania systemu „7 × 5” celów strategicznych

1		Polityki mające na celu wyeliminowanie możliwości uniknięcia szkód w opiece zdrowotnej	1.1. Polityka bezpieczeństwa pacjentów, strategia i ramy wdrażania	1.2. Mobilizacja i alokacja zasobów	1.3. Ochronne działania legislacyjne	1.4. Normy bezpieczeństwa, regulacje i akredytacje	1.5. Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta i GPSC
2		Systemy o wysokiej niezawodności	2.1. Przejrzystość, otwartość i kultura braku obwiniania	2.2. Dobre zarządzanie systemem ochrony zdrowia	2.3. Zdolność przywódcza w zakresie funkcji klinicznych i kierowniczych	2.4. Czynniki ludzkie/ergonomia w budowie odporności systemów opieki zdrowotnej	2.5. Bezpieczeństwo pacjentów w sytuacjach nagłych i w sytuacjach skrajnych przeciwności
3		Bezpieczeństwo procesów klinicznych	3.1. Bezpieczeństwo procedur klinicznych obciążonych ryzykiem	3.2. GPSC: <i>Medication without harm</i>	3.3. Zapobieganie i kontrola zakażeń oraz oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe	3.4. Bezpieczeństwo wyrobów medycznych, leków, krwi i szczepionek	3.5. Bezpieczeństwo pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej i w przenoszeniu opieki
4		Zaangażowanie pacjenta i rodziny	4.1. Tworzenie polityki i programów we współpracy z pacjentami	4.2. Uczenie się na doświadczeniach pacjentów w celu poprawy bezpieczeństwa	4.3. Rzecznicy pacjentów i orędownicy bezpieczeństwa pacjentów	4.4. Ujawnianie ofiarom zdarzeń niepożądanych faktów związanych z bezpieczeństwem pacjentów	4.5. Informowanie i edukacja pacjentów i ich rodzin
5		Edukacja i umiejętności pracowników ochrony zdrowia a bezpieczeństwo	5.1. Bezpieczeństwo pacjenta w kształceniu i szkoleniu zawodowym	5.2. Centra doskonalenia edukacji i szkoleniach w zakresie bezpieczeństwa pacjentów	5.3. Kompetencje w zakresie bezpieczeństwa pacjenta jako wymagania regulacyjne	5.4. Powiązanie bezpieczeństwa pacjentów z systemem ocen pracowników ochrony zdrowia	5.5. Bezpieczne środowisko pracy dla pracowników ochrony zdrowia
6		Informacja, badania i zarządzanie ryzykiem	6.1. Systemy zgłaszania i oceny incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów	6.2. Systemy informacyjne dotyczące bezpieczeństwa pacjentów	6.3. Systemy nadzoru nad bezpieczeństwem pacjentów	6.4. Programy badań nad bezpieczeństwem pacjentów	6.5. Technologia cyfrowa dla bezpieczeństwa pacjenta
7		Synergia, partnerstwo i solidarność	7.1. Zaangażowanie interesariuszy	7.2. Wspólne zrozumienie i wspólne zaangażowanie	7.3. Sieci bezpieczeństwa i współpraca na rzecz bezpieczeństwa pacjentów	7.4. Ponadgraniczne i wielosektorowe inicjatywy na rzecz bezpieczeństwa pacjentów	7.5. Dostosowanie do programów i inicjatyw technicznych

Cele strategiczne i strategie realizacji

Niewiele dużych organizacji w jakimkolwiek sektorze na świecie działa skutecznie bez jasnego, prostego zestawu celów, które regulują działania strategiczne i operacyjne oraz są rozumiane i akceptowane przez wszystkich pracowników. Ustanowienie ich na wysokim poziomie systemu pomaga skoncentrować wszystkie istniejące polityki i działania systemu opieki zdrowotnej na wspólnym celu. Jeśli nie ma ich wiele i są odpowiednio sformułowane, mogą umożliwić przegląd postępów na poziomie strategicznym, a także na poziomie zespołu klinicznego. Cele nie powinny tworzyć dodatkowego obciążenia ani zastępować istniejących mierników wydajności w poszczególnych krajach, systemach i placówkach. Zamiast tego powinny służyć ujednoczeniu pracy kierownictwa, wysiłków menedżerów oraz opieki lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia. Powinny umożliwić testowanie wszystkich elementów, od codziennej pracy klinicznej po istotne strategiczne decyzje dotyczące projektowania systemów opieki zdrowotnej. Powinny one również zapewnić proste ramy odpowiedzialności publicznej.

Taki jest zamysł siedmiu celów strategicznych przewidzianych w ramach globalnego planu działania. Są one wystarczająco szerokie, aby objąć niezliczone zadania wymagane dla zmniejszenia ryzyka i poprawy bezpieczeństwa opieki nad pacjentem w każdej części świata.

Sformułowano je zaś tak, aby w ich zakresie całkowicie dopuszczalne było tworzenie programów działania wpisujących się w lokalne potrzeby i priorytety oraz kształtowanych przez określony kontekst. Taki jest właśnie ich cel – mają wzmacniać, a nie ograniczać. Na przykład Cel 2 ma znaczenie niezależnie od tego, czy „wysoka niezawodność” jest rozwijana w szpitalu klinicznym w Europie Zachodniej, czy w wiejskim ośrodku zdrowia w biednym kraju w Afryce Zachodniej. Każdy cel ma na uwadze jak najlepsze działanie w ramach swojego kontekstu operacyjnego i dostępności zasobów.

Z kolei Cel 3, który dotyczy ważnego obszaru projektowania i obsługi procesów oraz ścieżek bezpiecznej opieki, ma zastosowanie zarówno do zaawansowanych technologicznie usług położniczych w dużym kanadyjskim mieście, jak i do usług w odległej części Sierra Leone, gdzie dąży się do zmniejszenia śmiertelności matek z powodu krwotoku poporodowego.

Cele strategiczne mają również być łatwe do zrozumienia i wyobrażenia, proste do zakomunikowania oraz mieć podnoszący na duchu i inspirujący ton, a także powinno ich być tyle, aby nadmiar nie zniechęcał i nie powodował przeciążenia w realizacji. Ramy działania są dodatkowo wyjaśnione za pomocą 35 strategii, po 5 w ramach każdego z 7 celów strategicznych, tworząc system „7 x 5”. Każda strategia została dodatkowo rozwinięta w sugerowane działania dla 4 grup partnerów: rządów, placówek i usług opieki zdrowotnej, interesariuszy i Sekretariatu WHO.

Cel strategiczny 1

Polityki mające na celu wyeliminowanie możliwych do uniknięcia szkód w opiece zdrowotnej

Doprowadzenie do stanu, w którym całkowita eliminacja możliwych do uniknięcia szkód wyrządzanych pacjentom będzie świadomym nastawieniem i zasadą zaangażowania w planowanie i świadczenie opieki zdrowotnej w każdej sytuacji



Ten pierwszy cel, odnoszący się do idei *make zero avoidable harm*, został bardzo dokładnie oceniony. W środowiskach zajmujących się zdrowiem na całym świecie toczą się spory na temat zasadności ustalania głównego lub nadrzędnego celu. Z jednej strony niektórzy twierdzą, że bez przekonującej wizji program nie będzie miał szans na przyjęcie jako jeden z wielu globalnych programów zdrowotnych ukierunkowanych na wysoce pożądaną i korzystną dla ludzkości wynik. Z drugiej – wyznaczenie nieosiągalnego celu jest demoralizujące i demotywuujące oraz nie przyciągnie ludzi do jego realizacji. Globalny plan działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030 określa raczej wizję i filozofię zerowej szkody niż konkretny cel.

Tymczasem potrzeba odważnego, holistycznego celu, który odnosiłby się do samego istnienia szkód, wynika z konieczności przyjęcia pełnej odpowiedzialności za definitywne rozwiązanie problemów leżących u podstaw bezpieczeństwa, ryzyka i szkód w opiece zdrowotnej. Dyskurs na temat bezpieczeństwa pacjentów i jego wieloaspektowy charakter w ciągu ostatnich 20 lat nie był wystarczający, aby przywódcy, klinicyści i menedżerowie skoncentrowali się i zaangażowali we wprowadzanie istotnej poprawy w tym właśnie zakresie. Nie wpłynęły na to także szokujące liczby, które malują surowy obraz. Do dziś systemy i placówki opieki zdrowotnej zapewniają bardzo zróżnicowane poziomy skuteczności w zakresie bezpieczeństwa pacjentów. Można to zaobserwować na całym świecie, w poszczególnych

krajach, regionach i miejscowościach, we wszystkich dziedzinach opieki. Błędy powodowane przez wadliwe systemy są powszechne i nadal szkodzą ludziom. Problemy spotykane w każdym systemie opieki zdrowotnej, ale przez lata okazały się w większości trudne do rozwiązania.

Zmniejszenie obecnie niedopuszczalnych poziomów możliwych do uniknięcia szkód jest jednak całkowicie w zasięgu ręki. Z pewnością osiągnięcie zerowej szkody jest mało prawdopodobne w przewidywalnej skali czasowej, ale nikt nie odważy się polemizować ze stwierdzeniem, że nie powinno się tolerować absolutnie żadnej krzywdy wyrządzonej odbiorcy usług opieki zdrowotnej. Sprowadzenie liczby do zera na razie nie będzie możliwe, jednak nastawienie na „zero szkód” i ramy odniesienia dla planowania i świadczenia opieki zdrowotnej byłyby epokową zmianą w stosunku do obecnego status quo, w którym poziom możliwych do uniknięcia szkód jest wciąż zbyt wysoki. Nowy paradygmat w opiece zdrowotnej powstałby w efekcie oparcia każdej myśli w każdym planie, każdego kroku w projektowaniu każdego programu, każdej decyzji podczas każdego spotkania klinicznego, każdej okazji do dowiedzenia się, kiedy coś pójdzie nie tak – na tej właśnie filozofii. Będzie to proces naprawdę prowadzący do zmiany i daleki od bycia czysto idealistycznym i niematerialnym; mający potencjał do znacznego zmniejszenia liczby zgonów, niepełnosprawności oraz obrażeń fizycznych i psychicznych spowodowanych brakiem zapewnienia bezpiecznej opieki.

Cel strategiczny 1:

Doprowadzenie do stanu, w którym całkowita eliminacja możliwych do uniknięcia szkód wyrządzanych pacjentom będzie świadomym nastawieniem i zasadą zaangażowania w planowanie i świadczenie opieki zdrowotnej w każdej sytuacji.

STRATEGIA 1.1:

Opracowanie kompleksowej polityki bezpieczeństwa pacjentów, strategii, ram instytucjonalnych i planu działania dla krajowego systemu opieki zdrowotnej i wszystkich jego elementów jako kluczowego priorytetu w działaniach na rzecz powszechnego dostępu do usług medycznych

Działania dla rządów

- ▶ Uznanie bezpieczeństwa pacjentów za priorytet zdrowotny w politykach i programach sektora opieki zdrowotnej. Uczynienie ich niezbędnym elementem wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej w celu osiągnięcia powszechnego dostępu do usług medycznych.
- ▶ Ustanowienie krajowego programu bezpieczeństwa pacjentów wspieranego przez politykę bezpieczeństwa pacjentów, strategię, ramy instytucjonalne i plan działania w kontekście opieki zdrowotnej w kraju, w tym ogólne priorytety i cele zdrowotne. Ustanowienie obecnych poziomów i źródeł możliwych do uniknięcia zagrożeń i szkód. Określenie dostępnych zasobów oraz wyznaczenie dostawców usług zarówno z sektora publicznego, jak i prywatnego.
- ▶ Współpraca z innymi krajami, organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, organizacjami pacjentów, organizacjami zawodowymi, instytucjami akademickimi i badawczymi, przemysłem i innymi zainteresowanymi stronami w celu promowania, ustalania priorytetów i osadzania bezpieczeństwa pacjentów we wszystkich politykach i strategiach zdrowotnych.
- ▶ Sporządzenie mapy istniejącej krajowej polityki zdrowotnej i krajobrazu strategii, w tym powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, podstawowej opieki zdrowotnej, jakości opieki i pracowników ochrony zdrowia, w celu stworzenia maksymalnych możliwości synergii z ramami polityki bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Zintegrowanie wdrażania z programami technicznymi o krytycznym znaczeniu dla bezpieczeństwa, takimi jak bezpieczeństwo chirurgiczne, bezpieczeństwo leków, bezpieczeństwo leczenia krwią, ochrona przed promieniowaniem, bezpieczeństwo szczepień, bezpieczeństwo urządzeń medycznych, zapobieganie zakażeniom i ich kontrola oraz oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe, przy jednoczesnym ustanowieniu krajowego programu bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Dostosowanie wytycznych technicznych WHO dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, strategii wdrażania i narzędzi do warunków krajowych oraz budowanie potencjału w zakresie bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Stworzenie krajowej karty bezpieczeństwa pacjenta, która zawiera standardy instytucjonalne oraz prawa i obowiązki pacjentów i pracowników ochrony zdrowia.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Wyraźne publiczne zobowiązanie, że organizacja pracuje nad ukierunkowaniem kultury i praktyk na wyeliminowanie możliwych do uniknięcia szkód.
- ▶ Wdrożenie na poziomie placówki procesów i praktyk odpowiadających wytycznym dotyczącym bezpieczeństwa pacjentów, protokołom i standardowym procedurom operacyjnym.
- ▶ Dokonywanie przeglądu postępów w zakresie działań dotyczących bezpieczeństwa pacjentów w trakcie spotkań głównego komitetu zarządzającego organizacji i na wszystkich innych kluczowych spotkaniach organów zarządzających.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Promowanie bezpieczeństwa pacjentów jako strategicznego priorytetu dla państw członkowskich i organizacji opieki zdrowotnej.
- ▶ Współpraca z organizacjami zawodowymi i organizacjami pacjentów w celu opracowania i wdrożenia zamierzeń, celów i wartości dotyczących bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Udział, wspieranie i ułatwianie implementacji programów bezpieczeństwa pacjentów na poziomach lokalnym, krajowym i globalnym.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Zapewnienie wsparcia i wytycznych na wysokim szczeblu oraz poziomach globalnym, regionalnym i krajowym, w celu stworzenia wizji wyeliminowania możliwych do uniknięcia szkód w opiece zdrowotnej.

- ▶ Określenie bezpieczeństwa pacjentów jako kluczowego priorytetu strategicznego w pracy WHO w ramach programu powszechnego dostępu do ochrony zdrowia oraz w globalnych strategiach i interwencjach mających na celu jego osiągnięcie.
- ▶ Opracowanie i rozpowszechnianie wytycznych i narzędzi do formułowania krajowej polityki bezpieczeństwa pacjentów, strategii, ram i planów działania.
- ▶ Zbieranie i rozpowszechnianie najlepszych praktyk w zakresie opracowywania i wdrażania zasad, strategii i planów dotyczących bezpieczeństwa pacjentów.

STRATEGIA 1.2:

Pozyskanie i przydzielenie odpowiednich środków koniecznych do wdrożenia bezpieczeństwa pacjentów na każdym poziomie systemu opieki zdrowotnej

Działania dla rządów

- ▶ Przydzielenie odpowiednich zasobów ludzkich i stabilnych środków finansowych na krajowy plan bezpieczeństwa pacjentów w ramach struktury finansowej systemu opieki zdrowotnej za pomocą mechanizmów, takich jak określony budżet, ubezpieczenie zdrowotne lub inne.
- ▶ Opracowanie rocznego budżetu i planu zasobów ludzkich dla krajowego planu działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Podjęcie kroków w celu ograniczenia hospitalizacji poprzez optymalne planowanie zasobów, kontrolę dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, podstawy naukowe i projektowanie procesów oraz inne interwencje oparte na dowodach.
- ▶ Przyznanie wystarczających funduszy na zapewnienie bezpieczeństwa personelu, z uwzględnieniem potrzeb, i ustanowienie skutecznego planowania zasobów ludzkich w celu zapewnienia odpowiedniej liczby pracowników ochrony zdrowia – wszystko w celu zaspokojenia potrzeb pacjentów i całej populacji.
- ▶ Ocena systemu finansowania opieki zdrowotnej w kraju pod kątem tego, czy można go dostosować w taki sposób, aby nagradzać organizacje zdrowotne, które osiągają odpowiednie wyniki w zakresie bezpieczeństwa pacjentów.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Włączenie działań na rzecz wdrożenia bezpieczeństwa pacjentów do ogólnego planu operacyjnego organizacji, w tym rocznego budżetu i planu zasobów ludzkich.
- ▶ Przeznaczenie odpowiednich środków finansowych na wdrożenie bezpieczeństwa pacjentów na poziomie organizacyjnym.
- ▶ Zapewnienie odpowiedniego poziomu zatrudnienia z uwzględnieniem odpowiednich umiejętności; rozwój systemów informacyjnych na podstawie wiarygodnych danych w czasie rzeczywistym, uzgodnione wskaźniki, testy porównawcze i najlepsze praktyki w celu informowania o planowaniu opartym na dowodach.
- ▶ Zapewnienie optymalnego personelu, infrastruktury, układu i przepływ procesów, w celu ograniczenia przeludnienia w placówkach opieki zdrowotnej.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Opowiadanie się za zapewnieniem właściwych zasobów ludzkich i finansowych w celu rozwiązania najpoważniejszych problemów związanych z bezpieczeństwem pacjentów.
- ▶ Zaangażowanie sektora prywatnego do pomocy w określeniu jego roli w poprawie bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Opublikowanie rozwiązań w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, w celu zdobycia poparcia społecznego.
- ▶ Propagowanie działań mających na celu rozwiązanie problemu przeludnienia w placówkach opieki zdrowotnej na poziomach lokalnym, krajowym i globalnym.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Wspieranie państw członkowskich i partnerów na rzecz wypracowania trwałych mechanizmów finansowych i alokacji odpowiednich środków wymaganych do wdrożenia bezpieczeństwa pacjentów. Wspieranie mobilizacji zasobów.
- ▶ Stworzenie struktur organizacyjnych z konkretnymi zespołami do realizacji tego celu zespołami i zapewnienie odpowiednich zasobów ludzkich i finansowych w całej WHO na działania związane z bezpieczeństwem pacjentów.

- Mobilizowanie, przydzielanie i udzielanie wskazówek dotyczących oceny i pozyskiwania odpowiednich środków na kampanie, inicjatywy, programy i konsultacje dotyczące bezpieczeństwa pacjentów oraz na współpracę krajową i wsparcie techniczne.
- Opracowanie wytycznych i zaleceń dotyczących polityk i narzędzi ograniczających przeładnienie w placówkach opieki zdrowotnej.

STRATEGIA 1.3:

Stosowanie selektywnego prawodawstwa w celu ułatwienia świadczenia bezpiecznej opieki nad pacjentem oraz ochrony pacjentów i pracowników sektora zdrowia przed możliwymi do uniknięcia szkodami

Działania dla rządów

- Przejrzenie i opracowanie ustawodawstwa regulującego krajowy system ochrony zdrowia, w celu ułatwienia formułowania i wdrażania zasad bezpieczeństwa pacjentów, praktyk i norm zachowania.
- Opracowanie ustawodawstwa chroniącego pracowników sektora zdrowia przed działaniami odwetowymi lub karnymi w przypadku zgłoszenia zdarzenia niepożądanego; wprowadzenie obowiązkowych systemów licencjonowania dla pracowników ochrony zdrowia, uwzględniających aspekty bezpieczeństwa pacjentów; uznanie bezpieczeństwa pacjentów za prawo człowieka obejmujące dostęp do bezpiecznych leków, wyrobów medycznych, produktów krwiopochodnych i podstawowych usług zdrowotnych.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- Wykorzystanie możliwości wynikających z istniejącego ustawodawstwa krajowego w celu wzmocnienia środków ochrony pacjentów i pracowników sektora zdrowia przed możliwymi do uniknięcia szkodami oraz systematycznej poprawy bezpieczeństwa pacjentów.
- Mapowanie wymagań regulacyjnych i ustawowych mających zastosowanie w placówkach ochrony zdrowia i zapewnienie pełnej zgodności, w tym uzyskiwanie i terminowe odnawianie wszystkich licencji.

Działania dla interesariuszy

- Koordynowanie działań organizacji zawodowych, organizacji społeczeństwa obywatelskiego, grup pacjentów i społeczności oraz innych organizacji zainteresowanych bezpieczeństwem pacjentów, w celu określenia zakresu nowych przepisów, a następnie nakłanianie ustawodawców i rządów krajowych do wprowadzenia takich środków.
- Współpraca z organizacjami kierowanymi przez pacjentów, w celu podniesienia świadomości społecznej na temat wpływu, jaki bezpieczny personel ma na pacjentów, rodziny i społeczności.

Działania dla Sekretariatu WHO

- Zapewnienie wsparcia organizacyjnego i technicznego państwom członkowskim w opracowywaniu i zmienianiu prawodawstwa w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów i bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia.
- Gromadzenie i rozpowszechnianie najlepszych praktyk w prawodawstwie w zakresie ochrony pacjentów i pracowników sektora zdrowia przed możliwymi do uniknięcia szkodami.

STRATEGIA 1.4:

Dostosowanie działań regulacyjnych, kontrolnych i akredytacyjnych opieki zdrowotnej w celu poprawy wyników w zakresie bezpieczeństwa pacjentów

Działania dla rządów

- Zdefiniowanie i wprowadzenie minimalnych standardów bezpieczeństwa pacjentów do wymagań prawnych dla placówek ochrony zdrowia.
- Uwzględnienie lub zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów jako kluczowego elementu dobrowolnych standardów i kryteriów przyznawania akredytacji.
- Włączenie wymagań dotyczących bezpieczeństwa pacjentów do oceny działania systemu opieki zdrowotnej.
- Ustanowienie wymogów bezpieczeństwa pacjentów w programach licencjonowania i odnawiania licencji dla pracowników ochrony zdrowia.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- Wdrożenie wymagań licencyjnych, regulacyjnych i akredytacyjnych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów we wszystkich obszarach usług.
- Regularne informowanie całego personelu o systemach licencjonowania, regulacji i akredytacji w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, do których organizacja jest zobowiązana.

- ▶ Wprowadzenie kultury ciągłego doskonalenia bezpieczeństwa pacjentów przy zastosowaniu zasad poprawy jakości.
- ▶ Przekazywanie rządowi krajowemu informacji na temat sposobów ulepszenia systemów licencjonowania, regulacji i akredytacji w celu ułatwienia osiągnięcia wyższych standardów bezpieczeństwa pacjentów.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Odpowiednie odniesienie się do wymogów bezpieczeństwa pacjentów w międzynarodowych standardach i programach akredytacyjnych.
- ▶ Organizowanie spotkań z badaczami i instytucjami badawczymi w celu stworzenia bazy dowodów naukowych (w tym w razie potrzeby zlecenia nowych badań) dotyczących skuteczności systemów licencjonowania, regulacji i akredytacji w poprawie bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Zgromadzenie ekspertów, liderów systemów opieki zdrowotnej i organizacji społeczeństwa obywatelskiego w celu ustalenia sposobów interpretacji i wykorzystania informacji dotyczących wyników w zakresie bezpieczeństwa pacjentów uzyskanych w procesach licencjonowania, regulacji i akredytacji placówek i pracowników ochrony zdrowia.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Zapewnienie wsparcia technicznego i wskazówek ekspertów państwom członkowskim w celu włączenia środków wzmacniających bezpieczeństwo pacjentów do krajowych systemów licencjonowania, regulacji i akredytacji opieki zdrowotnej.
- ▶ Opracowanie wytycznych normatywnych dotyczących minimalnych standardów bezpieczeństwa pacjentów.

STRATEGIA 1.5:

Maksymalne podniesienie znaczenia Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta i GPSC jako sposobu na utrzymanie zainteresowania opinii publicznej i politycznej bezpieczeństwem pacjentów

Działania dla rządów

- ▶ Uczestnictwo w opracowywaniu corocznej globalnej kampanii Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta.
- ▶ Coroczne dostosowywanie, rozwijanie i uruchamianie ogólnokrajowych kampanii związanych z tematem Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta.
- ▶ Coroczne obchody Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta 17 września połączone z organizacją zajęć i wydarzeń (na przykład oświetlenie najbardziej znanych zabytków na pomarańczowo) oraz edukowanie opinii publicznej na temat znaczenia bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Zaangażowanie wszystkich powiązanych interesariuszy i zainicjowanie trwałych działań na temat Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta.
- ▶ Ponowne przedstawienie zaangażowania rządu w bezpieczeństwo pacjentów oraz zaprezentowanie osiągnięć i postępów w organizacji Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta.
- ▶ Przyjmowanie i wdrażanie rocznych celów Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta oraz innych produktów technicznych związanych z tym tematem.
- ▶ Monitorowanie i ocena efektów oraz wpływu Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta.
- ▶ Zobowiązanie się do ustalania priorytetów i podejmowania działań w kierunku osiągnięcia celów globalnych wyzwań związanych z bezpieczeństwem pacjentów z wymaganym przywództwem, koordynacją, eksperckimi strukturami doradczymi oraz monitorowaniem i oceną.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Coroczne podkreślenie i celebrowanie Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta.
- ▶ Coroczne dostosowanie i opracowanie lokalnych kampanii zgodnych z kampanią ogólnokrajową i tematem Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta.
- ▶ Przedstawienie pracy i osiągnięć dotyczących bezpieczeństwa pacjentów w miejscu opieki w ciągu poprzedniego roku w ramach komunikacji związanej ze Światowym Dniem Bezpieczeństwa Pacjenta.

- ▶ Wdrażanie rocznych celów Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta.
- ▶ Wdrożenie działań wymaganych przez GPSC na poziomie świadczenia usług opieki zdrowotnej.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Pomoc w kształtowaniu i wzmocnianiu przesłania Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta każdego roku za pośrednictwem sieci i partnerów.
- ▶ Wspieranie realizacji corocznych celów Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta.
- ▶ Współpraca przy wdrażaniu istniejących GPSC.
- ▶ Udział w projektowaniu nowych GPSC.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Coroczne opracowanie globalnej kampanii z okazji Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta, obejmujące wybór tematu, kluczowe przesłania, produkcję materiałów komunikacyjnych oraz podsumowanie i rozpowszechnianie historii sukcesu.
- ▶ Publikowanie zbioru corocznych celów Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta powiązanych z dorocznym tematem skoncentrowanych działań.
- ▶ Organizacja wydarzenia z okazji Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta i koordynowanie działań w regionach WHO, państwach członkowskich, organizacjach zawodowych i organizacjach społeczeństwa obywatelskiego.
- ▶ Ocena efektów i znaczenia Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta.
- ▶ Opracowanie GPSC WHO na podstawie wniosków wyciągniętych z poprzednich wyzwań.
- ▶ Opracowanie narzędzi wdrażania i zapewnienie wsparcia technicznego państwom członkowskim w realizacji celów i działań GPSC.
- ▶ Opracowanie narzędzi monitorowania i ewaluacji do oceny postępów i możliwych ulepszeń w zakresie GPSC WHO i Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta.

Pomocne źródła

Canadian Patient Safety Institute. 2019. Strengthening commitment for improvement together: a policy framework for patient safety. Edmonton, Alberta; CPSI/ICSP (<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/PolicyFrameworkforPatientSafetyCanada/Documents/PolicyFramework%20Document%20ENG%20FINAL.pdf>, accessed 16 July 2021).

Government of India. 2018. National patient safety implementation framework (2018–2025) India. New Delhi: Government of India, Ministry of Health and Family Welfare (https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/national%20patient%20safety%20implimentation_for%20web.pdf, accessed 16 July 2021).

Government of South Africa. 2016. National policy for patient safety incident reporting and learning in the public health sector of South Africa. Government of South Africa, Department of Health (<http://www.kznhealth.gov.za/family/National-Policy-Patient-Safety-Incident-Reporting-Learning-South-Africa-July-2016.pdf>, accessed 16 July 2021).

Government of Spain. 2015. Patient safety strategy for the National Health System 2015–2020. Government of Spain, Ministry of Health, Social Services and Equality (<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Spanish-Patient-Safety-Strategy-2015-2020.pdf>, accessed 16 July 2021).

Health Service Executive, Ireland. 2019. Patient safety strategy 2019–2024: building a better health service. HSE, Ireland (<https://www.hse.ie/eng/about/qavd/patient-safety/hse-patient-safety-strategy-2019-2024.pdf>, accessed 16 July 2021).

Institute for Healthcare Improvement. 2020. Safer together: a national action plan to advance patient safety. Boston (MA), United States of America: Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/National-Steering-Committee-Patient-Safety/Pages/National-Action-Plan-to-Advance-Patient-Safety.aspx>, accessed 16 July 2021).

International Organization for Standardization. 2015. Quality management principles. Geneva: ISO for Standardization (<https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/en/PUB100080.pdf>, accessed 16 July 2021).

National Health Service. 2019. The NHS patient safety strategy: safer culture, safer systems, safer patients. London: NHS England and NHS Improvement (https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/08/190708_Patient_Safety_Strategy_for_website_v4.pdf, accessed 16 July 2021).

Pan American Health Organization. Strategy and plan of action to improve quality of care in health service delivery 2020–2025. 2019. 71st Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. Washington (DC): Pan American Health Organization (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51621>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2008. Aide-mémoire for national health policy makers: good policy process for blood safety and availability. Geneva: WHO (https://www.who.int/docs/default-source/searo/blt/aide-memoiregoodpolicyprocessen.pdf?sfvrsn=3f0032f4_2, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2018. Handbook for national quality policy and strategy. Geneva: WHO (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?ua=1>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization Regional Office for Africa. 2014. Guide for developing national patient safety policy and strategic plan. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa (https://www.who.int/patientsafety/policies/2014_guidenationalpolicy.pdf?ua=1, accessed 16 July 2021).

World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2015. Patient safety tool kit. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/195709/EMROPUB_2015_EN_1856.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 16 July 2021).

World Health Organization Regional Office for Europe. 2008. Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf, accessed 16 July 2021).

World Health Organization Regional Office for South-East Asia. 2015. Regional strategy for patient safety in the WHO South-East Asia Region (2016–2025). New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/205839>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. (2021). Action framework for safe and affordable surgery in the Western Pacific Region (2021-2030). Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340914>, accessed 16 July 2021).

Cel strategiczny 2

Systemy o wysokim stopniu niezawodności

Stworzenie systemu ochrony zdrowia i organizacji zdrowotnych o wysokim stopniu niezawodności, które codziennie chronią pacjentów przed szkodami

Kluczowym czynnikiem sukcesu w branżach wysokiego ryzyka innych niż ochrona zdrowia jest nacisk kładziony na zapobieganie wypadkom, szkodom i błędom, które mają poważne konsekwencje. Koncepcja wyłaniająca się z tego podejścia zakłada odporność (*resilience*), czyli możliwość i zdolność organizacji do ciągłego utrzymywania bezpiecznego stanu działania oraz szybkiego odzyskiwania i przywracania bezpiecznego stanu w sytuacjach kryzysowych, niezgodnych z planem. Takie organizacje mają zdolność przewidywania problemów, wykorzystywania danych do monitorowania procesów i warunków pracy, reagowania na sygnały w oczekiwaniu na wyzwania oraz konsekwentnego uczenia się na sukcesach i porażkach.

Promowanie odporności stanowi podstawę jej praktycznego zastosowania w koncepcji *organizacji o wysokiej niezawodności*. Prace akademickie w tej dziedzinie są obszerne i mają na celu zidentyfikowanie organizacji, których wyniki w zakresie bezpieczeństwa są nienaganne, zwłaszcza w złożonych dziedzinach, gdzie awaria może być katastrofalna. Większość badań dotyczyła branż i sytuacji operacyjnych poza systemem ochrony zdrowia, jednak koncepcja ta wywołała debatę dotyczącą bezpieczeństwa pacjentów na temat tego, czy nie nazbyt polegano na uczeniu się na błędach, a niewystarczający nacisk został położony na zrozumienie, co tworzy sukces.

Te dwie szkoły myślenia nazwano *Patient safety I* i *Patient safety II*. W rzeczywistości osiągnięcie postępu w zakresie bezpieczeństwa pacjentów wymaga zastosowania obu tych rozwiązań. Wyciągnięcie wniosków z możliwych do uniknięcia incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów i ich przyczyn powinno być możliwe w takim samym stopniu, jak wnioskowanie na podstawie zgłoszonych przez zewnętrznych recenzentów wzorcowych zachowań bądź metod lub pozytywnych zmian. Dyscyplina naukowa zajmująca się bezpieczeństwem pacjentów oraz narzędzia i metody opracowane w celu wyciągania wniosków z incydentów mają ustaloną ontologię ze znormalizowanymi koncepcjami i uzgodnionymi definicjami oraz preferowanymi warunkami dla rzetelnych badań. Systemy socjotechniczne są złożone. To, że w jednym miejscu uważa się, że dane czynniki doprowadziły do incyduentu, nie oznacza, że w innym miejscu te same czynniki nie przyczynią się do pozytywnych rozwiązań. Osoby odpowiedzialne za poprawę i utrzymanie bezpieczeństwa w organizacjach muszą inwestować w mechanizmy uczenia się reagujące na zarówno dobre, jak i złe sygnały. Można jednak śmiało powiedzieć, że sposobom budowania organizacji o wysokiej niezawodności w ochronie zdrowia poświęcono znacznie mniej strategicznej uwagi, dlatego ważne jest, aby był to jeden z siedmiu celów strategicznych w tym globalnym planie działania.

Charakterystyka organizacji o wysokiej niezawodności

Duże zainteresowanie społeczności zajmującej się bezpieczeństwem pacjentów wzbudziła praca Karla Weicka i Kathleen Sutcliffe. Badacze ci wyodrębnili na podstawie analizy wielu organizacji i sytuacji pięć cech organizacji o wysokiej niezawodności:

- ▶ **Analiza niepowodzeń.** Organizacje o wysokiej niezawodności wyróżniają się tym, że traktują każdą drobną usterkę jako potencjalny i ważny objaw słabości całego systemu mogący nieść poważne konsekwencje w przyszłości.
- ▶ **Unikanie uproszczeń.** Inną cechą organizacji o wysokiej niezawodności jest unikanie upraszczania procesów, technologii i czynników środowiskowych w celu skupienia się tylko na niewielkiej liczbie zadań. Niektóre aspekty zrozumienia złożonej operacji można oczywiście uprościć, ale do pełnego zachowania bezpieczeństwa niezbędna jest o wiele bardziej zniuansowana i holistyczna akceptacja owej złożoności.
- ▶ **Analiza zachodzących procesów.** W organizacjach o wysokiej niezawodności kładzie się duży nacisk na małe zmiany mogące potencjalnie wpływać na cały system. Polega to na poszerzeniu perspektywy, tak aby skupienie się na jednej rzeczy nie miało negatywnych skutków dla innej. Wrażliwość na tego rodzaju proces wymaga skupienia na tym, co tak naprawdę robimy, niezależnie od przyjętych intencji, projektów czy planów.
- ▶ **Wykształcenie odporności.** Cechą charakterystyczną organizacji o wysokiej niezawodności nie jest to, że jest ona wolna od błędów, ale to, że błędy jej nie wyłączają z działania. Odporność oznacza zatem niewykluczanie zaistnienia małych błędów przy jednoczesnym umożliwieniu dalszego bezpiecznego funkcjonowania.
- ▶ **Szacunek dla wiedzy.** Piątą i ostatnią spójną cechą organizacji o wysokiej niezawodności jest polityka kulturowania różnorodności. Każdy ze złożonych aspektów systemu musi być zrozumiały i rozumiany. Autorytet ukształtuje się sam wokół osoby o największej wiedzy, niezależnie od jej statusu w organizacji. Hierarchie nie gwarantują, a mogą nawet przeszkadzać w utrzymywaniu bezpiecznych systemów, podobnie jak szacunek jedynie dla autorytetu, a nie dla wiedzy

Kultura bezpieczeństwa i przywództwo

Kiedy wspomina się o kulturze w odniesieniu do bezpieczeństwa pacjentów, większość ludzi myśli o często dyskutowanej koncepcji kultury „bez obwiniania”. Przeważnie o błędach decydują niepowodzenia spowodowane przez źle zaprojektowane systemy, dlatego obwinianie i karanie jednostki jest niesprawiedliwe i błędne. Kultura

oparta na obwinianiu i rewanżu ostatecznie okaże się niebezpieczna, ponieważ jednostki będą się bały przyznać do błędów i zamiast tego będą je ukrywać. Jeśli w organizacji zdrowotnej dominuje kultura obwiniania i strachu, wdrożenie sensownego programu bezpieczeństwa pacjentów jest niemożliwe.

Pomimo sukcesu tej polityki w innych sektorach, takich jak lotnictwo, idea nieobwiniającej postawy wobec poważnych, możliwych do uniknięcia zdarzeń, które szkodzą pacjentom, wydaje się wątpliwa dla opinii publicznej i mediów. Dzieje się tak, ponieważ wydaje się, że odrzuca jakąkolwiek formę odpowiedzialności jednostek. Podejmowano próby zajęcia się aspektem terminologicznym, przyjmując nazwę „sprawiedliwa kultura” (*Just culture*), według której uznaje się złożoność sytuacji i zdarzeń oraz przyznaje, że chociaż większość niepowodzeń w zakresie bezpieczeństwa pacjentów jest wynikiem słabych systemów, to istnieją sytuacje, w których do odpowiedzialności powinna zostać pociągnięta jednostka, na przykład gdy doszło do lekkomyślnego zachowania lub umyślnego przewinienia.

Jedna z nieformalnych definicji kultury jako takiej to: „u nas się tak robi od zawsze”, do której czasami dodaje się: „...kiedy nikt nie patrzy”. Idąc tym tokiem myślenia prawdziwa kultura bezpieczeństwa pacjenta wymagałaby odmiennych – dobrych nawyków, takich jak wykorzystywanie danych, otwartość, szacunek, praca zespołowa, przejrzystość, chęć uczenia się i zmiany oraz pełne skupienie na pacjencie. Dla wzmocnienia przywództwa i kultury bezpieczeństwa pacjentów konieczna jest prawdziwa przejrzystość zarówno dla świadczeniodawców, jak i pacjentów na każdym poziomie systemu – przejrzystość w zakresie wymiany informacji, ale także ta wynikająca z ograniczania podejścia hierarchicznego.

Rozwijanie i utrzymywanie silnej kultury zorientowanej na bezpieczeństwo pacjenta wymaga silnego przywództwa na wszystkich poziomach – w ministerstwach zdrowia, placówkach ochrony zdrowia i w każdym zespole klinicznym. Aby tworzyć warunki i kulturę organizacyjną i zespołową dla bezpieczniejszej opieki i aby zapewnić zgodność wszystkich systemów i procedur z najwyższymi standardami, a także kierować i motywować personel potrzebne jest nowe pokolenie wykwalifikowanych i zaangażowanych w sprawę liderów ds. bezpieczeństwa pacjentów.

Czynnik ludzki lub ergonomia

Czynnik ludzki, lub ergonomia, to klucz do tworzenia niezawodnych, odpornych systemów i organizacji opieki zdrowotnej. Jedną z największych różnic między opieką zdrowotną a innymi branżami wysokiego ryzyka jest nacisk kładziony przez te ostatnie na czynnik ludzki. Jest on niezbędny dla zrozumienia, w jaki sposób powstają problemy związane z bezpieczeństwem oraz w jaki sposób tę wiedzę można zastosować do budowania mechanizmów obronnych systemu,

aby uczynić go odporniejszym na wypadki i zdarzenia niepożądane. Określenie „czynnik ludzki” jest obecnie używane zamiennie ze starszym terminem „ergonomia” i często występuje razem – „czynnik ludzki/ergonomia”. W niniejszym raporcie użyto terminu „czynnik ludzki”.

Ta ważna dyscyplina nauki i praktyki dotyczy zrozumienia interakcji między ludźmi i innymi elementami systemu. Podejście uwzględniające czynnik ludzki obejmuje teorię, zasady, dane i metody z odpowiednich dziedzin do projektowania z myślą o dobrobycie człowieka i ogólnej wydajności systemu. Jego praktyczne zastosowanie znacznie wzrosło po II wojnie światowej i w znacznym stopniu przyczyniło się do bezpieczeństwa w lotnictwie i innych dziedzinach. W lotnictwie bezpieczeństwo znacznie poprawiły ustandaryzowane przeprojektowanie kokpitów, wzmocnienie komunikacji, wprowadzenie ścisłych protokołów postępowania w sytuacjach awaryjnych podczas lotu oraz inwestycje w szkolenia symulacyjne, a ich siłą napędową była właśnie perspektywa czynnika ludzkiego.

Podobnie też czynniki ludzkie mają kluczowe znaczenie dla projektowania bezpiecznych i odpornych systemów opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów. Czynnik ludzki, według multidyscyplinarnego i integracyjnego podejścia, dotyczy osoby osadzonej w kontekście socjotechnicznym – pracowników ochrony zdrowia w środowisku pracy i pacjenta w trakcie opieki. Dbłość o czynnik ludzki jest widoczna w odpornych i sprawiedliwych systemach opieki zdrowotnej. Słabe czynniki ludzkie są widoczne w nieelastycznych lub podatnych na błędy systemach opieki zdrowotnej i stale przyczyniają się do niekorzystnych zdarzeń zdrowotnych. Od kilku lat liderzy i menedżerowie opieki zdrowotnej są zainteresowani korzyściami, jakie dla ich systemów i organizacji wynikają z podejścia opartego na czynnikach ludzkich. Skupiają się też na potencjalnych korzyściach w postaci poprawy wyników w zakresie bezpieczeństwa pacjentów. Wdrożenie tego podejścia miało jednak jak dotąd bardzo ograniczoną skalę. Tymczasem uwzględnienie następujących podstawowych elementów czynnika ludzkiego we wszystkich kontekstach opieki zdrowotnej jest jednym z kluczy do osiągnięcia strategicznych celów globalnego planu działania.

- ▶ **Podejście skupione na osobie**, na wspieraniu wydajności, skuteczności i dobrostanu człowieka w kontekście opieki zdrowotnej chroniące zarówno pacjentów, jak i opiekunów.
- ▶ **Podejście oparte na współuczestnictwie** w projektowaniu systemu opieki zdrowotnej, angażujące wszystkich interesariuszy (np. opiekunów, pacjentów, menedżerów) w proces modelowania i podejmowania decyzji w celu zapewnienia odpowiednich i wykonalnych rozwiązań.
- ▶ **Podejście oparte na współuczestnictwie** w projektowaniu, koncentrujące się na modelowaniu systemu dla wszystkich wielkości i rodzajów organizacji opieki

zdrowotnej na wszystkich etapach opieki i identyfikowaniu luk w systemie. Podejście bazujące na czynniku ludzkim opiera się na odpowiednich wymaganych dyscyplinach i integruje wiedzę oraz ustalenia w celu znalezienia rozwiązania.

- ▶ **Podejście systemowe** uwzględnia wiele poziomów: mikropoziom pacjenta; makropoziom organizacji oraz mezopoziom, czyli interakcję między jednostkami, organizacjami i systemami socjotechnicznymi. Włączenie czynnika ludzkiego uwzględnia nie tylko ludzi w systemie, ale także środowisko, otoczenie i kontekst fizyczny oraz procedury, artefakty, kontrole bezpieczeństwa, pracę zespołową, ryzyko, kulturę i strukturę organizacyjną oraz krajowe regulacje i zasady. Stworzenie systemu, który jest odporny i może zwiększyć bezpieczeństwo, wymaga uwzględnienia i zintegrowania wszystkich tych czynników.
- ▶ **Ciągłe uczenie się i doskonalenie**, iteracyjne ulepszanie systemów pracy poprzez monitorowanie, raportowanie, ocenę, szkolenie, doskonalenie praktyk i przeprojektowywanie.

Przywództwo transformacyjne

Czynności wymagane w ramach globalnego planu działania mają charakter transformacyjny. Zmiany transformacyjne muszą być prowadzone przez wysoce wyspecjalizowanych liderów. Kluczowe obszary tego przywództwa, które będą decydować o skuteczności realizacji celów strategicznych, obejmują:

- ▶ regularne i konsekwentne komunikowanie wizji skoncentrowanych na pacjencie, nieszkodliwych i bezpiecznych usług jako głównego celu każdej opieki zdrowotnej;
- ▶ dążenie do uczynienia wizji, zasad przewodnich, celów strategicznych i strategii określonych w niniejszym dokumencie walutą, za pomocą której prowadzona jest działalność związana z bezpieczeństwem pacjentów na całym świecie;
- ▶ identyfikowanie, ujawnianie i rozwiązywanie problemów w projektowaniu, organizacji i świadczeniu usług, które będą miały największy wpływ na bezpieczeństwo i odporność usług;
- ▶ tworzenie poczucia „zespołu” z liderami klinicznymi (unikanie sformułowania „my i oni”), a także słuchanie i działanie zgodnie z ich obawami i pomysłami.

Plany gotowości i reagowania na sytuacje kryzysowe powinny nie tylko opisywać role i obowiązki podczas sytuacji kryzysowych zapewniające skoordynowaną reakcję, ale powinny również zawierać podstawowe prognozy dotyczące materiałów i usług potrzebnych do przeprowadzenia działań reaktywnych, zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników ochrony zdrowia.

Cel strategiczny 2:

Stworzenie systemu ochrony zdrowia i organizacji zdrowotnych o wysokim stopniu niezawodności, które codziennie chronią pacjentów przed szkodami

STRATEGIA 2.1:

Rozwój i podtrzymywanie kultury szacunku, otwartości i przejrzystości, która promuje uczenie się, a nie obwinianie i karanie, w każdej organizacji zapewniającej opiekę nad pacjentem

Działania dla rządów

- ▶ Wprowadzenie i wdrożenie odpowiednich administracyjnych i prawnych mechanizmów ochrony osób zgłaszających zdarzenia niepożądane lub zgłaszających obawy dotyczące bezpieczeństwa usług.
- ▶ Zapewnienie oparcia mechanizmu ochrony na wyciąganiu wniosków z niepowodzeń w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i udoskonalanie systemu pracy, a nie na karanie osób. Zapewnienie szeroko dostępu i możliwości poznania go wszystkim zainteresowanym stronom.
- ▶ Powołanie niezależnej organizacji do otrzymywania, analizowania, syntezy i publicznego przekazywania informacji na temat bezpieczeństwa opieki zdrowotnej w kraju oraz komentowania postępów, jeśli ma to zastosowanie.
- ▶ Określenie wyraźnych granic i różnic między błędami medycznymi a zaniedbaniami medycznymi w celu ustanowienia sprawiedliwej kultury i ułatwienia odpowiednich działań naprawczych.
- ▶ Przyjęcie globalnych podejść do ustanowienia kultury bezpieczeństwa w całym systemie ochrony zdrowia, w tym budowanie kompetencji w zakresie metod zmiany kultury.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Ustanowienie i promowanie polityki bez wymierzania kar w zakresie reagowania i uczenia się na zdarzeniach niepożądanych i błędach, a także na pozytywnych przykładach, przy jednoczesnym wyjaśnianiu okoliczności, w których zastosowanie będzie miała indywidualna odpowiedzialność.
- ▶ Opracowanie systemu szybkiego wdrażania zaleceń wynikających z analiz zdarzeń niepożądanych oraz poprzez aktywne zarządzanie ryzykiem.
- ▶ Przeprowadzanie regularnych badań kultury bezpieczeństwa organizacji, identyfikowanie luk i wprowadzanie innowacyjnego podejścia do budowania kultury bezpieczeństwa, zgodnie z międzynarodowymi doświadczeniami i najlepszymi praktykami.
- ▶ Zredukowanie hierarchicznych struktur, postaw i zachowań w całej organizacji, a przy tym promowanie kultury komunikacji.
- ▶ Promowanie przejrzystości wśród pacjentów, zapewnienie im dostępu do ich dokumentacji medycznej, oraz praktyki uzyskiwania świadomej zgody.
- ▶ Tworzenie otwartej i opartej na szacunku kultury organizacyjnej bazującej na prawach.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Współpraca z organizacjami zawodowymi w celu wzmocnienia otwartości i uczenia się kultury bezpieczeństwa.
- ▶ Zachęcanie członków społeczeństwa do aktywnego udziału w tworzeniu kultury bezpieczeństwa w systemie opieki zdrowotnej poprzez zgłaszanie się do systemów bezpieczeństwa pacjentów i wyciąganie wniosków z publicznie zgłaszanych danych dotyczących bezpieczeństwa.
- ▶ Zaangażowanie pacjentów i rodzin oraz uzyskiwanie ich rady w budowaniu kultury bezpieczeństwa i sprawiedliwej kultury w opiece zdrowotnej.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Wspieranie i promowanie znaczenia koncepcji *Just culture* i kultury bezpieczeństwa dla poprawy bezpieczeństwa pacjentów w systemach ochrony zdrowia.
- ▶ Opracowanie i rozpowszechnianie wytycznych dotyczących tworzenia kultury bezpieczeństwa, w tym ankiet dotyczących kultury bezpieczeństwa pacjentów oraz innych zasobów i narzędzi technicznych.
- ▶ Zapewnienie wsparcia technicznego państwom członkowskim w celu ustanowienia kultury bezpieczeństwa dostosowanej do lokalnych warunków we wszystkich organizacjach opieki zdrowotnej i na wszystkich poziomach.

STRATEGIA 2.2:

Opracowanie i skuteczne stosowanie dobrego zarządzania w ramach każdego elementu systemu ochrony zdrowia

Działania dla rządów

- ▶ Wyznaczenie krajowego urzędnika, zespołu, agencji lub ośrodka ds. bezpieczeństwa pacjentów, odpowiednich do warunków krajowych i odpowiedzialnych za koordynację wdrażania polityki bezpieczeństwa pacjentów w kraju.
- ▶ Ustanowienie krajowego komitetu sterującego ds. bezpieczeństwa pacjentów, obejmującego multidyscyplinarną reprezentację pracowników ochrony zdrowia, pacjentów i społeczeństwa, w celu doradzania w zakresie realizacji i monitorowania planu działania, w tym alokacji zasobów.
- ▶ Zaangażowanie odpowiednich struktur na krajowym, regionalnym i lokalnym poziomie planowania i świadczenia opieki zdrowotnej w celu wzmocnienia struktur organizacyjnych na rzecz bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Zmapowanie istniejących struktur organizacyjnych związanych z bezpieczeństwem pacjentów, w tym wszystkich powiązanych obszarów klinicznych, programów zdrowotnych i poprawy jakości w systemie opieki zdrowotnej oraz opracowanie optymalnej struktury zarządzania bezpieczeństwem pacjentów zgodnie z zasadami zarządzania jakością.
- ▶ Zdefiniowanie ról i obowiązków w ramach instytucjonalnych, z jasnym rozgraniczeniem uprawnień i obowiązków, kanałów raportowania i komunikacji oraz rozwiązywania konfliktów w celu uruchomienia struktur i procesów bezpieczeństwa pacjentów na szczeblach krajowym i regionalnym.
- ▶ Stworzenie ustawowego wymogu i mechanizmu odpowiedzialności dla wszystkich organizacji opieki zdrowotnej, aby działały przejrzysto, zapewniały minimalne standardy bezpieczeństwa i publikowały roczny raport na temat bezpieczeństwa pacjentów.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Wyznaczenie funkcjonariusza lub zespołu odpowiedzialnego za bezpieczeństwo pacjentów i zarządzanie ryzykiem klinicznym w każdej placówce opieki zdrowotnej, w celu zminimalizowania szkód pacjentów, zarządzania ryzykiem i poprawy bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Ustanowienie komitetu ds. bezpieczeństwa pacjentów na poziomie organizacyjnym, w tym ds. bezpieczeństwa pacjentów i przywództwa klinicznego, w celu dostosowania i wdrożenia krajowych priorytetów w zakresie bezpieczeństwa pacjentów zgodnych z lokalnymi priorytetami.
- ▶ Określenie jasnej specyfikacji ról i obowiązków w celu zidentyfikowania, złagodzenia i (w miarę możliwości) wyeliminowania zagrożeń dla pacjentów i personelu.
- ▶ Zaprojektowanie i wdrożenie efektywnej struktury nadzoru klinicznego, w celu pełnego zaangażowania pracowników ochrony zdrowia pierwszego kontaktu w politykę i programy organizacji dotyczące bezpieczeństwa pacjentów.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Skupienie wszystkich kluczowych interesariuszy (w tym krajowych stowarzyszeń zawodowych, ekspertów akademickich, badaczy, organizacji społeczeństwa obywatelskiego) w celu gromadzenia doświadczeń i wiedzy, nominowania przedstawicieli pacjentów i generowania pomysłów dotyczących budowania instytucjonalnych mechanizmów zarządzania bezpieczeństwem pacjentów w systemach opieki zdrowotnej.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Powołanie globalnego komitetu doradczego ds. bezpieczeństwa pacjentów, który będzie prowadził i doradzał na całym świecie w zakresie wdrożenia rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia WHA72.6.
- ▶ Ustanowienie globalnego mechanizmu zarządzania bezpieczeństwem pacjentów z udziałem państw członkowskich, ośrodków współpracujących z WHO, międzynarodowych stowarzyszeń zawodowych, agencji ustanawiających standardy, organizacji pacjentów i instytucji badawczych, z elementami odpowiedzialności i obowiązkowego raportowania w kwestiach istotnych dla bezpieczeństwa pacjentów w skali międzynarodowej.
- ▶ Powołanie lub wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za bezpieczeństwo pacjentów na wszystkich poziomach funkcjonalnych WHO.

STRATEGIA 2.3:

Rozwój możliwości i umiejętności dotyczących przywództwa klinicznego i zarządczego na wszystkich poziomach – w celu zapewnienia silnego i widocznego nacisku na eliminację możliwych do uniknięcia szkód w systemie ochrony zdrowia

Działania dla rządów

- ▶ Wyznaczenie w kraju co najmniej jednego ośrodka, w celu rozwoju umiejętności dotyczących przywództwa w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, badań i innowacji.
- ▶ Ustanowienie programu rozwoju zdolności przywódczych w zakresie bezpieczeństwa pacjentów dla liderów klinicznych i menedżerów oraz wielopoziomowego kształcenia i szkolenia pracowników, którzy mogliby wpływać na decyzje i organizację w instytucjach.
- ▶ Ustanowienie grupy liderów ds. bezpieczeństwa pacjentów wśród profesjonalistów rozpoczynających karierę zawodową na istniejących stanowiskach w ochronie zdrowia.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Powołanie lub wyznaczenie starszego oficera w organizacji na stanowisko kierownicze ds. bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Wyznaczenie ról liderów ds. bezpieczeństwa pacjentów w ramach każdej usługi klinicznej oraz szkolenia, rozwój i wspieranie istniejącego personelu w kierunku obejmowania tych ról.
- ▶ Opracowanie planu sukcesji liderów w celu zapewnienia ciągłości, trwałości i spójności kulturowej programów bezpieczeństwa pacjentów w każdej placówce klinicznej.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Powołanie szeroko zakrojonych platform dyskusyjnych wśród interesariuszy, w celu określenia priorytetów rozwoju przywództwa w zakresie bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Udział w opracowywaniu programów szkoleniowych dotyczących przywództwa w zakresie bezpieczeństwa pacjentów z przedstawieniem perspektywy różnych interesariuszy.
- ▶ Promowanie wdrażania programów szkoleniowych zarówno na szczeblu krajowym, jak i regionalnym.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Opracowanie ram kompetencji przywódczych wraz z wytycznymi wdrożeniowymi i towarzyszącymi im narzędziami oraz zapewnienie wsparcia technicznego państwom członkowskim w celu ich implementacji.
- ▶ Projektowanie kursów i programów szkoleniowych, w tym w formacie e-learningowym, w celu budowania zdolności przywódczych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów dla różnych kategorii pracowników ochrony zdrowia.

STRATEGIA 2.4:

Uwzględnienie perspektywy silnego czynnika ludzkiego/ergonomii i wnie-sienie wkładu we wzmacnianie odporności organizacji zdrowotnych i praktyk klinicznych

Działania dla rządów

- ▶ Utworzenie grupy ekspertów w celu przedstawienia raportów na temat sposobów, w jakie zasady i szkolenia związane z czynnikiem ludzkim mogą przyczynić się do trwałej poprawy bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Włączenie specjalistycznej wiedzy na temat czynników ludzkich do projektowania, zakupu, wdrażania, użytkowania i oceny wyposażenia, urządzeń i technologii informatycznych, a także do projektowania zadań i procedur.
- ▶ Zapewnienie, że wszystkie wymogi licencyjne, regulacyjne oraz akredytacyjne dotyczące bezpieczeństwa pacjentów uwzględniają zasady i szkolenia dotyczące czynnika ludzkiego.
- ▶ Opracowanie lub ułatwienie dostępności programów szkoleniowych dotyczących czynników ludzkich dla pracowników ochrony zdrowia i menedżerów.
- ▶ Ustanowienie i egzekwowanie norm bezpieczeństwa pożarowego, bezpieczeństwa elektrycznego i bezpieczeństwa konstrukcji w placówkach ochrony zdrowia.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Ocena luk w odniesieniu do czynników ludzkich w procesach świadczenia usług, projektowania miejsc pracy i środowiskach opieki.
- ▶ Wzmacnianie kompetencji liderów bezpieczeństwa pacjentów dotyczących czynnika ludzkiego.
- ▶ Zapewnienie całemu personelowi opieki zdrowotnej szkolenia w zakresie czynnika ludzkiego.
- ▶ Zapewnienie zgodności z normami bezpieczeństwa fizycznego, takimi jak bezpieczeństwo przeciwpożarowe, bezpieczeństwo elektryczne i bezpieczeństwo konstrukcyjne.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Zachęcanie badaczy i jednostek badawczych do prowadzenia i zlecenia wysokiej jakości analiz dotyczących zastosowania czynnika ludzkiego w poprawie bezpieczeństwa opieki zdrowotnej i zmniejszaniu poziomu szkód możliwych do uniknięcia.
- ▶ Promowanie i wspieranie specjalistycznych programów edukacyjnych dotyczących czynnika ludzkiego.
- ▶ Pozyskiwanie wiedzy i praktycznego *know-how* od osób z innych branż wysokiego ryzyka w celu opracowania programów działań mających na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów i zbudowanie odpornych organizacji opieki zdrowotnej.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Wspieranie rozwoju globalnej sieci osób i organizacji posiadających wiedzę fachową, wiedzę akademicką i doświadczenie w zakresie czynnika ludzkiego, w celu skupienia uwagi na poprawie bezpieczeństwa pacjentów i odporności opieki zdrowotnej.
- ▶ Włączenie zasad dotyczących czynnika ludzkiego do globalnych standardów bezpieczeństwa pacjentów i innych powiązanych wytycznych.

STRATEGIA 2.5:

Uwzględnienie elementów bezpieczeństwa pacjentów w sytuacjach nagłych, epidemii chorób i ekstremalnie trudnych

Działania dla rządów

- ▶ Zapewnienie reprezentacji punktów kontaktowych ds. bezpieczeństwa pacjentów w mechanizmach koordynacji, w tym wszystkich podmiotach systemu opieki zdrowotnej (przywództwo, świadczenie usług, finanse, zarządzanie łańcuchem dostaw, personel medyczny, system informacji zdrowotnej) z powiązanych sektorów (rozwojowych lub humanitarnych).
- ▶ Zapewnienie włączenia elementów bezpieczeństwa pacjenta do krajowych polityk, strategii i planów (gotowość, reakcja, rekonwalescencja, rutyna).
- ▶ Prowadzenie rejestru ryzyka obejmującego wszystkie znane i potencjalne zagrożenia dla bezpiecznego i efektywnego funkcjonowania systemów ochrony zdrowia.
- ▶ Opracowanie strategii łagodzenia zidentyfikowanych zagrożeń.
- ▶ Sprawdzenie odporność planu poprzez regularne ćwiczenia próbne i odpowiednie ich wzmacnianie.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Identyfikacja ryzyka związanego z sytuacjami kryzysowymi, epidemiami chorób i ekstremalnie trudnymi sytuacjami, które może potencjalnie wyrządzić szkodę pacjentowi i pracownikowi ochrony zdrowia.
- ▶ Przygotowanie planu ograniczania ryzyka zgodnie z wytycznymi rządu.
- ▶ Przetestowanie odporności planu poprzez regularne ćwiczenia symulacyjne i odpowiednie jego wzmacnianie.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Zapewnienie wsparcia i wiedzy fachowej w celu włączenia elementów bezpieczeństwa pacjentów do krajowych polityk, strategii, planów i wytycznych normatywnych.
- ▶ Współpraca z organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, w celu mobilizacji społeczeństwa, podnoszenie świadomości i angażowanie społeczności w kwestie związane z bezpieczeństwem pacjentów i pracowników ochrony zdrowia oraz bezpiecznym środowiskiem pracy.
- ▶ Identyfikacja i ułatwianie możliwości poszerzenia współpracy wielosektorowej, wspierania i ustalania priorytetów bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Współpraca z partnerami w ramach WHO i na zewnątrz, w celu włączenia elementów bezpieczeństwa pacjentów do wytycznych, zasad, strategii i planów działania (gotowość, reakcja, rekonwalescencja, rutyna).
- ▶ Opracowanie wytycznych normatywnych w celu zapewnienia bezpiecznego i skutecznego funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia i bezpiecznego środowiska pracy.
- ▶ Zapewnienie wsparcia technicznego państwom członkowskim w zakresie włączania elementów bezpieczeństwa pacjentów do krajowych polityk, strategii i planów.

Pomocne źródła

Auraaen A, Saar K, Klazinga N. 2020. System governance towards improved patient safety: key functions, approaches and pathways to implementation. OECD Health Working Papers No. 120. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<https://doi.org/10.1787/2abdd834-en>, accessed 16 July 2021).

Weick K, Sutcliffe K. 2007. Managing the unexpected: resilient performance in an age of uncertainty. San Francisco (CA), United States of America: John Wiley & Sons.

World Health Organization. 2016. Human factors: technical series on safer primary care. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/human-factors>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2016. Recovery toolkit: supporting countries to achieve health service resilience: a library of tools and resources available during the recovery period of a public health

emergency. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2016.2>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2018. Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514088>, 16 July 2021).

World Health Organization. 2020. Quality of care in fragile, conflict-affected and vulnerable settings: taking action. Geneva: WHO (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337842/9789240015203-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2020. Quality of care in fragile, conflict-affected and vulnerable settings: tools and resources compendium. Geneva: WHO (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338035/9789240018006-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, accessed 16 July 2021).

Cel strategiczny 3

Bezpieczeństwo procesów klinicznych

Zapewnienie bezpieczeństwa każdego procesu klinicznego



Pacjenci szukający pomocy w systemie ochrony zdrowia w celu uzyskania porady, badań, diagnozy, leczenia i rehabilitacji, wchodzi w szereg procesów, które często są ze sobą w dużym stopniu powiązane. Liczba i zakres procesów oraz procedur klinicznych jest ogromna i waha się od stosunkowo prostych, takich jak przepisanie leku, do znacznie bardziej złożonych, takich jak poważna operacja serca. W tym drugim przypadku każda część przygotowań, sam zabieg i opieka pooperacyjna składają się z wielu procesów, z których każdy obejmuje odrębne kroki i etapy, rutynowo angażując nawet 60 osób, a bywa że więcej.

Duża część zdarzeń związanych z bezpieczeństwem pacjentów, które mają miejsce w systemach ochrony zdrowia na całym świecie, wynika z błędów w projektowaniu lub działaniu procesów klinicznych. Na przykład raporty z badań i incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów pokazują, że stan pacjentów jest często błędnie diagnozowany z powodu między innymi mylnej oceny klinicznej, nieprzeprowadzenia prawidłowego testu lub utraty wyniku testu albo z powodu nieporozumień między różnymi częściami tego samego systemu opieki zdrowotnej. Najważniejszym z tych powodów jest brak dobrej komunikacji z pacjentem. W placówkach chirurgicznych w różnych częściach świata przeprowadza się niewłaściwe

zabiegi, przetacza się niewłaściwą grupę krwi lub jej składnika, wkłada się niewłaściwą protezę, a nawet operuje niewłaściwego pacjenta. Pacjenci umierają lub doznają szkód z powodu braku opieki chroniącej ich przed nabyciem poważnej infekcji. Matki i dzieci umierają w trakcie lub po porodzie z powodu niebezpiecznych praktyk, niepodjęcia odpowiednich działań we właściwym czasie albo braku personelu lub sprzętu. Duża liczba incydentów narażenia bezpieczeństwa pacjenta jest efektem błędów w przepisywaniu, zamawianiu, przechowywaniu, wydawaniu, przygotowywaniu i podawaniu leków lub braku monitorowania procesów związanych z lekami i ich stosowaniem.

W wielu krajach o niskich dochodach i w niektórych krajach o średnich dochodach warunki świadczenia opieki zdrowotnej są bardzo różne. Czasami placówki mogą nie być w stanie zapewnić w tych warunkach absolutnego minimum do ukończenia procedury klinicznej zgodnie z podstawowymi standardami, nie mówiąc już o wykonywaniu zadań z uwzględnieniem bezpieczeństwa. Przykładowe sytuacje obejmują brak bieżącej wody i mydła; brak sterylizowanych narzędzi; brak maseczek ochronnych; brak wsparcia potrzebnego do naprawy lub utrzymania infrastruktury, w tym energii elektrycznej; nieskuteczne

systemy usuwania odpadów klinicznych; brak solidnych łańcuchów dostaw i nieodpowiednie warunki przechowywania leków; brak wsparcia technicznego w zakresie konserwacji urządzeń; brak środków ochrony przeciwpożarowej; słaba jakość sprzętania i bezpieczeństwa; albo brak technologii informacyjnej lub źródeł danych. Jeśli ten brak podstawowej infrastruktury jako źródło szkód nie zostanie rozwiązany, nie ma sensu egzekwowanie list kontrolnych lub złożonych interwencji w zakresie bezpieczeństwa pacjentów pochodzących z placówek o wysokich dochodach.

W przypadku krajów o ograniczonych zasobach, do których przyjeżdżają eksperci kliniczni z zamożniejszych krajów wymagane jest znacznie szersze podejście do kwestii bezpieczeństwa pacjentów. Jest to ważna forma wsparcia, ale czasami większe znaczenie niż porada lub szkolenie w zakresie techniki chirurgicznej uzyskane od ekspertów odwiedzających szpital w kraju o niskich dochodach ma osoba, która wie, jak zorganizować bezpieczny zakład utylizacji odpadów klinicznych, nauczyć zasad konserwacji inkubatora dla noworodków lub zwrócić uwagę na stan odżywienia pacjentów.

Takie szersze myślenie o tym, co składa się na bezpieczną opiekę kliniczną, jest również wymagane w krajach, w których występuje konflikt, lub niestabilnych politycznie. Już w tej sytuacji będzie brakować zasobów, ale obecność osłabionych systemów ochrony zdrowia znacznie zwiększy zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną. Ogromnym wyzwaniem są populacje uchodźców lub migrantów transgranicznych oraz ich obozowiska, a także częste epidemie. Agencje humanitarne mogą tu wnieść ogromną wiedzę i doświadczenie.

Przytoczone przykłady podkreślają potrzebę podejścia systemowego w projektowaniu procesów klinicznych. Wymagania dotyczące bezpiecznego projektowania będą się różnić w zależności od okoliczności i sytuacji, dlatego procesy te muszą być odpowiednio dostosowane. Podczas projektowania procesu klinicznego należy wziąć pod uwagę wszystkie czynniki wpływające na jego przebieg, tj. środowisko, otoczenie i warunki fizyczne, procedury, artefakty, kontrole bezpieczeństwa, pracę zespołową, ryzyko, kulturę i strukturę organizacyjną, a także krajowe przepisy i polityki. Ostatecznie projektowanie i obsługa bezpiecznych procesów klinicznych oznacza przewyższanie wyzwań związanych z ich różnorodnością i złożonością. Istnieje ponad 4000 możliwych do przeprowadzenia zabiegów medycznych i chirurgicznych. Stale zwiększa się liczba informacji, których lekarze i pielęgniarki zarządzający procesami klinicznymi potrzebują, aby nimi

kierować. Każdego dnia publikuje się prawie 7000 artykułów i umieszcza je w głównej bazie danych z zakresu nauk klinicznych. W związku z tym zapracowanemu lekarzowi jest niezwykle trudno być na bieżąco z najnowszymi i najlepszymi dowodami.

Istnieje wiele ogólnych cech procesów klinicznych, które określają ciężące na nich ryzyko niebezpiecznych incydentów. Na przykład nieprawidłowa identyfikacja pacjenta odpowiada za błędy dotyczące leków, a niewłaściwe umieszczenie pacjenta – za niewłaściwą operację. Poprawa krytycznej komunikacji między pracownikami ochrony zdrowia i pacjentami ma kluczowe znaczenie i zapobiegłaby milionom niepożądanych zdarzeń. Do błędów lekarskich i zgonów przyczynia się również sposób pakowania i etykietowania leków.

Istnieją również kluczowe obszary kliniczne, w których stale dochodzi do niekorzystnych następstw z powodu niepowodzeń w zakresie bezpieczeństwa opieki. Na przykład raportowane dane i wyniki badań naukowych wskazują, że upadki pacjentów stanowią znaczną część szkód, których można uniknąć. Występują w szpitalach i placówkach opieki zdrowotnej we wszystkich częściach świata, ale 80% odnotowuje się w krajach o niskich i średnich dochodach. Upadki mogą mieć poważne konsekwencje, takie jak złamanie biodra, krwotok mózgowy, a czasem zgon. Do upadków prowadzą między innymi: słaby nadzór nad starszymi pacjentami, zaniedbywanie oceny możliwości poruszania się i niebezpieczne środowiska. Skuteczne rozwiązania wymagają bardziej spójnej pracy zespołowej, dobrych danych z monitoringu, stworzenia odpowiedniej kultury, krytycznej oceny zagrożeń dla środowiska i zdecydowanego egzekwowania protokołów najlepszych praktyk, aby zapobieganie upadkom stało się priorytetem.

Istnieje również wiele innych programów klinicznych, które mają ramy organizacyjne, sposoby przywództwa i mechanizmy realizacji na poziomach globalnym, regionalnym, krajowym, placówek opieki zdrowotnej i społeczności. Większość z nich może nie wykazywać bezpośredniej interakcji lub powiązania z programem bezpieczeństwa pacjentów. Programy te obejmują szczepienia, transfuzję krwi, radioterapię, zastrzyki, poród, chirurgię, zdrowie psychiczne, starzejące się społeczeństwo, podstawową opiekę zdrowotną, zapobieganie urazom oraz choroby niezakaźne i zakaźne. Bezpieczeństwo pacjentów odgrywa kluczową rolę we wszystkich tych programach, ale możliwość identyfikacji źródeł ryzyka i szkód oraz projektowania sposobów ich zwalczania nie została dostatecznie zbadana.

Cel strategiczny 3

Zapewnienie bezpieczeństwa każdego procesu klinicznego

STRATEGIA 3.1:

Identyfikacja wszystkich procedur klinicznych obciążonych ryzykiem i złagodzenie związanego z nimi ryzyka, przy wzięciu pod uwagę krajowych i lokalnych priorytetów

Działania dla rządów

- ▶ Tworzenie grup ekspertów w celu identyfikacji, oceny, mapowania i szerokiego rozpowszechniania informacji na temat kluczowych obszarów i źródeł możliwego do uniknięcia ryzyka oraz szkód w każdej dziedzinie praktyki klinicznej.
- ▶ Stworzenie i regularna aktualizacja bazy danych i narzędzi, w celu umożliwienia organizacjom i pracownikom ochrony zdrowia ograniczania ryzyka i zarządzania szkodami związanymi z procesami klinicznymi.
- ▶ Coroczne określenie zakresu klinicznie prowadzonych programów poprawy bezpieczeństwa pacjentów, zgodnych z krajowym planem i strategią bezpieczeństwa pacjentów (patrz strategia 1.1), które koncentrują się na kwestiach systemowych (identyfikacja pacjentów, bezpieczeństwo diagnostyczne); grupach pacjentów (pacjenci z demencją, pacjenci pediatryczni); placówkach ochrony zdrowia (podstawowa opieka zdrowotna, domy opieki); źródłach szkód (żylna choroba zakrzepowo-zatorowa, posocznica i upadki pacjentów); dziedzinach praktyki klinicznej (opieka chirurgiczna, usługi położnicze, intensywnej opieki, ratownictwo medyczne, radioterapia); oraz programach zdrowia psychicznego i zdrowia publicznego (szczepienia, zdrowie reprodukcyjne, zdrowie matek).
- ▶ Zapewnienie wytycznych i wsparcia przywództwa w zakresie rocznych programów poprawy bezpieczeństwa pacjentów, ocena ich i rozpowszechnianie wyciągniętych wniosków z ogólnych programów poprawy bezpieczeństwa i jakości w sektorze opieki zdrowotnej.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Wyznaczenie lub powołanie urzędników ds. bezpieczeństwa pacjentów lub kierowników ds. ryzyka klinicznego w dużych placówkach opieki zdrowotnej.
- ▶ Ustanowienie klinicznej grupy kierowniczej w ramach organizacji w celu dostosowania i realizacji rocznych krajowych priorytetów poprawy bezpieczeństwa pacjentów wraz z lokalnymi priorytetami usług klinicznych.
- ▶ Identyfikacja kluczowych obszarów usług klinicznych wymagających ukierunkowanej poprawy bezpieczeństwa pacjentów na podstawie krajowych i lokalnych priorytetów zdrowotnych, krytyczność świadczonych usług i zgłoszone incydenty bezpieczeństwa.
- ▶ Identyfikacja wszystkich obciążonych ryzykiem procedur klinicznych w zakresie opieki świadczonej pacjentom przez organizację i opracowanie pakietu działań ograniczających ryzyko.
- ▶ Stosowanie podstawowych zasady zarządzania jakością i doskonalenie metod naukowych w celu poprawy jakości usług klinicznych i wyników.
- ▶ Wdrożenie działań zarządzania ryzykiem klinicznym w celu poprawy opieki nad pacjentem, na przykład w celu rozwiązania problemu żylną chorobą zakrzepowo-zatorową, upadków i odleżyn, identyfikacji pacjenta i komunikacji podczas zmiany opieki.
- ▶ Promowanie szerszego stosowania zatwierdzonych standardowych procedur operacyjnych we wszystkich obszarach klinicznych w porozumieniu z klinicystami.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Zachęcanie i ułatwianie organizacjom zawodowym systematycznego identyfikowania źródeł ryzyka i szkód w każdym obszarze opieki klinicznej oraz formułowanie rozwiązań w zakresie bezpieczeństwa pacjentów dla różnych warunków opieki zdrowotnej i dzielenie się swoją wiedzą specjalistyczną.
- ▶ Ustanowienie mechanizmów dla pacjentów i rodzin umożliwiających wspólne projektowanie bezpieczniejszych procesów opieki zdrowotnej.
- ▶ Wspieranie krajów i podmiotów świadczących usługi zdrowotne w ustalaniu priorytetów programów bezpieczeństwa klinicznego na bazie warunków, obciążenia i wykonalności.
- ▶ Wspieranie włączania, uwzględniania i priorytetowego traktowania elementów bezpieczeństwa pacjentów w międzynarodowych programach zdrowia publicznego, takich jak zdrowie matek i noworodków, zdrowie reprodukcyjne, szczepienia i zaniebane choroby tropikalne.
- ▶ Osiąganie porozumień roboczych o współpracy z partnerami z sektora prywatnego, w celu identyfikacji i ograniczenia ryzyka związanego z ich produktami i usługami.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Przejrzenie dowodów w celu zidentyfikowania procedur klinicznych podatnych na ryzyko we współpracy z organizacjami zawodowymi, ekspertami, środowiskiem akademickim, przedstawicielami pacjentów i rodzin oraz innymi zainteresowanymi stronami i partnerami.
- ▶ Opracowanie narzędzi oceny i wytycznych w celu zidentyfikowania i złagodzenia tych zagrożeń, na przykład w obszarach bezpieczeństwa diagnostycznego, upadków pacjentów i żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej związanej z pobytem w szpitalu.
- ▶ Opracowanie programów poprawy bezpieczeństwa pacjentów we współpracy z powiązаныmi departamentami WHO, które dotyczą różnych tematów, grup pacjentów, warunków opieki zdrowotnej, źródeł szkód, dziedzin klinicznych i programów zdrowia publicznego.
- ▶ Wspieranie wdrażania, monitorowania i oceny narzędzi i zasobów, na przykład WHO Surgical Safety Checklist i WHO Safe Childbirth Checklist.
- ▶ Zbieranie i rozpowszechnianie najlepszych praktyk i historii sukcesu.

STRATEGIA 3.2:

Wdrożenie programu mającego na celu zmianę bezpieczeństwa zarządzania i stosowania leków na podstawie Trzeciego WHO Global Patient Safety Challenge: *Medication without harm* [dalej III WHO GPSC – przyp. tłum.]

Działania dla rządów

- ▶ Podjęcie wczesnych działań w celu ochrony pacjentów przed szkodami wynikającymi z sytuacji wysokiego ryzyka, polipragmazji i zmiany opieki.
- ▶ Zwoływanie krajowych ekspertów, liderów systemów opieki zdrowotnej i praktyków w multidyscyplinarnych zespołach zadaniowych w celu opracowania wytycznych i planów działania dla każdej z czterech dziedzin (pacjenci i społeczeństwo, leki, pracownicy ochrony zdrowia, systemy i praktyki leczenia) III WHO GPSC.
- ▶ Wdrożenie mechanizmów, w tym wykorzystanie narzędzi i technologii, w celu zwiększenia świadomości i wiedzy pacjentów na temat leków i procesu ich stosowania, w tym roli pacjentów w bezpiecznym zarządzaniu własnymi lekami.
- ▶ Zapewnienie uwzględnienia przez programy dotyczące bezpieczeństwa leków bezpieczeństwa stosowania leków tradycyjnych i uzupełniających.
- ▶ Powołanie krajowego koordynatora, który stanie na III WHO GPSC.
- ▶ Zachęcanie do zgłaszania niepożądanych zdarzeń związanych z lekami (ADE, *adverse drug event*) i błędów w leczeniu.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Ustanowienie grupy kierowniczej w ramach organizacji w celu wdrożenia III WHO GPSC, w celu przeprowadzenia oceny i uzgodnienia wczesnych działań, przy wzięciu pod uwagę krajowych wytycznych i priorytetów.
- ▶ Wyznaczenie osoby lub zespołu odpowiedzialnego za bezpieczeństwo leków w każdej placówce ochrony zdrowia; podnoszenie świadomości dotyczącej zagrożeń związanych z lekami i wdrażanie praktyk bezpieczeństwa w każdej placówce klinicznej w organizacji.
- ▶ Zidentyfikowanie błędów i szkód związanych z lekami za pomocą systemu zgłaszania incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów i wyciągania wniosków, analiza ich pierwotnych przyczyn i podjęcie działań w celu zapewnienia, że uczenie się jest priorytetem.
- ▶ Monitorowanie postępów w zmniejszaniu szkód związanych z lekami w ramach usług organizacji, z wykorzystaniem w stosownych przypadkach istniejącego systemu nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii. Ostrzeganie władz krajowych o wszelkich pozornie nowych źródłach szkód związanych z lekami.
- ▶ Współprojektowanie i wdrażanie środków mających na celu poprawę znajomości leków przez pacjentów. Podniesienie świadomości pacjentów i zapewnienie im dostępu do narzędzi bezpieczeństwa leków, które pozwalają pacjentowi skupić się na kluczowych punktach procesu leczenia w celu ograniczenia ryzyka.
- ▶ Zachęcanie wszystkich pacjentów obsługiwanych przez organizację do korzystania z aplikacji mobilnej WHO MedSafe (*5 Moments for Medication Safety*), która pozwala im skupić się na kluczowych punktach procesu leczenia w celu ograniczenia ryzyka.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Zapewnienie ścisłego zaangażowania pacjentów, rodzin i organizacji społeczeństwa obywatelskiego we wszystkie aspekty Wyzwania i rozwój narzędzi pomagających pacjentom chronić się przed szkodą.
- ▶ Pełne zaangażowanie wszystkich interesariuszy we wdrażanie Wyzwania, w tym instytucje edukacyjne i badawcze, organy regulacyjne, stowarzyszenia pracowników ochrony zdrowia, organizacje farmaceutyczne, grupy rzeczników pacjentów, darczyńców i przemysł farmaceutyczny.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Tworzenie i wdrażanie strategii komunikacji i wsparcia oraz promowanie globalnej kampanii *Know. Check. Ask* i narzędzia *5 Moments for Medication Safety*.
- ▶ Wspieranie i promowanie oceny i identyfikacji ciężaru szkód związanych z lekami i wywołanych przez niebezpieczne praktyki lekarskie oraz aktywne podejmowanie wysiłków na rzecz poprawy bezpieczeństwa leków.
- ▶ Kierowanie procesem zmian i podejmowanie globalnych działań w celu osiągnięcia postępu w czterech domenach i trzech obszarach wczesnych działań ramowych Wyzwania, przy równoczesnym dostarczaniu krajom narzędzi wspierających proces zarządzania zmianą.
- ▶ Opracowanie i rozpowszechnianie materiałów technicznych, w tym rozwiązań dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, raportów technicznych, narzędzi i metodologii pomiarowych (takich jak narzędzia do oceny bezpieczeństwa leków) oraz ram nadzoru i oceny w celu monitorowania postępów i oceny wpływu Wyzwania.
- ▶ Wspieranie krajów w ustanawianiu i wzmacnianiu mechanizmów zgłaszania błędów medycznych oraz wzmacnianie roli zespołu wielospecjalistycznego w zakresie bezpieczeństwa leków i promowanie uczenia się na błędach.
- ▶ Określenie priorytetów badawczych dotyczących ciężaru szkód związanych z lekami i skuteczności interwencji w celu rozwiązania problemu bezpieczeństwa leków.

STRATEGIA 3.3:

Wprowadzenie rygorystycznych i opartych na dowodach środków zapobiegania zakażeniom i ich kontroli, w celu minimalizacji występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną i oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe

Działania dla rządów

- ▶ Tworzenie programów zapobiegania i kontroli infekcji (IPC, *infection prevention and control*), w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom, pracownikom ochrony zdrowia i odwiedzającym.
- ▶ Zgodnie z krajową polityką i programem bezpieczeństwa pacjentów, ustanowienie krajowej polityki i programu IPC z jasno określonymi celami, funkcjami i działaniami zgodnie z krajowymi priorytetami w celu zapobiegania infekcjom związanym z opieką zdrowotną i zwalczania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe poprzez dobre praktyki IPC.
- ▶ Dostosowanie wytycznych technicznych i strategii wdrożeniowych WHO do warunków krajowych i zbudowanie potencjału dla podstawowych komponentów IPC.
- ▶ Zachęcanie do rutynowego publicznego zgłaszania zakażeń związanych z opieką zdrowotną, oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe i innych zdarzeń niepożądanych występujących w placówkach ochrony zdrowia (w tym szpitalach i placówkach opieki długoterminowej) do władz lokalnych i krajowych.
- ▶ Ustanowienie systemów nadzoru zakażeń związanych z opieką zdrowotną i oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe w celu monitorowania praktyk IPC oraz oceny postępów i poprawy w czasie w odniesieniu do ustalonych krajowych celów i najlepszych praktyk.
- ▶ Ustanowienie i zapewnienie odpowiednich możliwości testowania laboratoriów opieki zdrowotnej oraz możliwości poprawy wykrywania organizmów wielolekoopornych i reagowania na nie w placówkach opieki zdrowotnej na poziomach lokalnym, krajowym i globalnym.
- ▶ Zapewnienie odpowiednich przepisów prawnych, zasobów i wytycznych dotyczących obchodzenia się i usuwania odpadów zakaźnych.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Wdrożenie minimalnych wymagań IPC w placówkach ochrony zdrowia (patrz Minimalne wymagania WHO dotyczące programów zapobiegania i kontroli zakażeń, 2019).
- ▶ Wyznaczenie urzędnika odpowiedzialnego w każdej placówce opieki zdrowotnej za koordynację wysiłków na rzecz bezpieczeństwa pacjentów i wdrażanie praktyk IPC w celu zapobiegania infekcjom związanym z opieką zdrowotną i zwalczania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe.
- ▶ Wdrażanie IPC, zarządzanie antybiotykami oraz kompleksowe szkolenia w zakresie zarządzania odpadami dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia, stosując strategie oparte na zespołach i zadaniach, obejmujące szkolenia przy łóżku chorego i symulacje.
- ▶ Sprawowanie rutynowego, regularnego nadzoru nad zakażeniami związanymi z opieką zdrowotną (w tym opornością na środki przeciwdrobnoustrojowe) w celu kierowania interwencjami i wykrywania ognisk, z szybką informacją zwrotną na temat wyników (w tym zgłaszanie do sieci krajowych) pracownikom ochrony zdrowia, zainteresowanym stronom i organom ds. zdrowia publicznego.
- ▶ Zachęcanie i wdrażanie testów diagnostycznych w celu wzmocnienia wczesnej i dokładnej identyfikacji patogenów i analizy oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe, w celu prowadzenia najskuteczniejszego i najbezpieczniejszego leczenia pacjentów przy użyciu odpowiednich leków, dawek i czasu trwania leczenia.
- ▶ Wdrożenie multimodalnych strategii IPC; audytowanie zgodności ze standardami IPC i udzielanie informacji zwrotnej kierownictwu organizacji i personelowi.
- ▶ Zapewnienie czystego i higienicznego środowiska, które obejmuje infrastruktury wodną, sanitarną i higieniczną, z dostępnością odpowiednich materiałów i sprzętu IPC.
- ▶ Wdrożenie opartych na dowodach procesów segregacji, transportu i usuwania odpadów zakaźnych.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Utrzymywanie sieci i grup z doświadczeniem i zaangażowaniem badawczym w obszarze IPC, w celu pomocy w tworzeniu wytycznych i doradzaniu w zakresie ich zastosowania w różnych uwarunkowaniach opieki zdrowotnej.
- ▶ Powiązanie wszystkich odpowiednich programów i pracy organizacji zawodowych z krajowymi programami IPC.
- ▶ Podnoszenie świadomości dotyczącej znaczenia zapobiegania infekcjom związanym z opieką zdrowotną i zwalczania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe w opiece zdrowotnej na poziomach lokalnym, krajowym i globalnym.
- ▶ Popieranie alokacji przeznaczonych do tego zasobów w celu ustanowienia i utrzymania programów dotyczących IPC, zakażeń związanych z opieką zdrowotną i oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe na poziomach lokalnym, krajowym i globalnym.
- ▶ Zachęcanie do odpowiedzialności, publicznego zgłaszania danych i przejrzystości, w celu uzyskania postępu w zapobieganiu infekcjom związanym z opieką zdrowotną i oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe w opiece zdrowotnej.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Zapewnienie przywództwa, łączności i koordynacji w celu wspierania skutecznych programów IPC i innych powiązanych programów bezpieczeństwa pacjentów w różnych placówkach opieki zdrowotnej na całym świecie.
- ▶ Zapewnienie łączności i skoordynowania działania z departamentami ds. wody, urządzeń sanitarnych i higieny, oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe i ratownictwa medycznego w ramach WHO.
- ▶ Zapewnienie wytycznych i zaleceń dotyczących najlepszych praktyk i zasad zapobiegania infekcjom związanym z opieką zdrowotną oraz przeciwdziałania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe w opiece zdrowotnej.

- ▶ Projektowanie i prowadzenie kampanii i inicjatyw wspierających w celu podnoszenia świadomości, wzbudzania entuzjazmu i zaangażowania w programy IPC mające na celu zmniejszenie szkód i zapobieganie zgonom.
- ▶ Ułatwianie i pomoc w mobilizowaniu funduszy na budowanie możliwości opracowania krajowych IPC.
- ▶ Określenie konkretnych celów i punktów odniesienia oraz pomiar postępów programów IPC na całym świecie oraz wyodrębnienie najważniejszych wiadomości przeznaczonych do globalnego rozpowszechniania.
- ▶ W razie potrzeby rutynowe dokonywanie ponownej oceny, analizy i aktualizacji IPC i innych wytycznych dotyczących zakażeń związanych z opieką zdrowotną i oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz zapewnienie zgodności wytycznych z innymi wytycznymi WHO.

STRATEGIA 3.4:

Zapewnienie bezpieczeństwa wyrobów medycznych, leków, krwi i produktów krwiopochodnych, szczepionek i innych produktów medycznych

Działania dla rządów

- ▶ Wzmocnienie programów bezpieczeństwa wyrobów medycznych, krwi i produktów krwiopochodnych, szczepionek i innych produktów medycznych od ich produkcji, przechowywania i dostarczania aż do użycia w szpitalu, klinice lub społeczności.
- ▶ Zapewnienie odpowiedniej polityki, przepisów prawnych i regulacji, w celu zapewnienia bezpiecznego i skutecznego wdrażania tych programów, co jest warunkiem ich skuteczności.
- ▶ Ustanowienie dwukierunkowego powiązania programów bezpieczeństwa wyrobów medycznych, leków, krwi i produktów krwiopochodnych, szczepionek i innych produktów medycznych z programami bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Ustanowienie krajowego programu krwiolecznictwa wspieranego przez politykę i ramy prawne leczenia krwią

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Używanie tylko zatwierdzonych urządzeń medycznych, które spełniają określone normy bezpieczeństwa.
- ▶ Wprowadzenie mechanizmów regularnej konserwacji i kalibracji wszystkich krytycznych urządzeń.
- ▶ Zapewnienie ciągłej dostępności instrukcji obsługi i bezpieczeństwa sprzętu w miejscu użytkowania oraz szkolenia wprowadzającego nowego personelu w zakresie właściwego użytkowania, a także szkolenia w przypadku modernizacji urządzenia.
- ▶ Przyjęcie standardowych procedur operacyjnych dla procedur transfuzyjnych i udział w zewnętrznym programie oceny jakości i programie nadzoru nad gospodarką krwią.
- ▶ Przyjęcie standardowych procedur operacyjnych i protokołów bezpieczeństwa dla służb szczepień.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Utrzymywanie obustronnie uzgodnionych międzynarodowych standardów bezpieczeństwa i jakości wyrobów medycznych, krwi i produktów krwiopochodnych, leków i szczepionek.
- ▶ Współpraca z liderami branży, w celu ulepszenia produktów i urządzeń w swoich dziedzinach.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Opracowanie wytycznych normatywnych dla zapewnienia bezpieczeństwa wyrobów medycznych.
- ▶ Promowanie koordynacji między wielosektorowymi zainteresowanymi stronami, w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się niespełniających norm i sfałszowanych produktów medycznych.
- ▶ Wspieranie państw członkowskich w opracowywaniu, wdrażaniu i wzmacnianiu programów nadzoru nad bezpieczeństwem produktów medycznych.
- ▶ Promowanie i wspieranie rozwoju globalnych kampanii, w tym obchodów i celebracji Światowego Dnia Krwiodawcy 14 czerwca każdego roku.

STRATEGIA 3.5:

Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom we wszystkich środowiskach, w tym w placówkach zdrowia psychicznego i domach opieki, ze szczególnym uwzględnieniem podstawowej opieki zdrowotnej i przeniesienia opieki

Działania dla rządów

- ▶ Wdrożenie zintegrowanych infrastruktur informacyjnych, w celu umożliwienia swobodnego przepływu informacji we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej.
- ▶ Ustanowienie ustandaryzowanych i jasnych procedur i protokołów przekazywania w ramach i pomiędzy placówkami opieki zdrowotnej a opieką domową.
- ▶ Opracowanie i wdrożenie ścieżki diagnozy, leczenia i kierowania do podstawowej opieki zdrowotnej.
- ▶ Wprowadzenie i wzmocnienie elementów bezpieczeństwa pacjenta w świadczeniu usług, licencjonowaniu i akredytacji podstawowej opieki zdrowotnej oraz usług związanych z opieką hospicyjną i domową.
- ▶ Rozszerzenie interwencji systemu bezpieczeństwa pacjenta, takich jak systemy zgłaszania i uczenia się, integracji technologii cyfrowych, kultury bezpieczeństwa i zaangażowania pacjentów w całym kontinuum opieki, w tym w podstawowej opiece zdrowotnej.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Standaryzacja formatów dokumentacji pacjentów w opiece podstawowej i ambulatoryjnej, wspieranej przez elektroniczną dokumentację medyczną.
- ▶ Wdrożenie standardowych procedur operacyjnych i ustanowienie jasnych kanałów komunikacji z różnymi dostawcami usług zdrowotnych podczas przeniesienia opieki, na przykład przy skierowaniu pacjenta z podstawowej opieki zdrowotnej do szpitala.
- ▶ Włączenie usług opieki podstawowej i ambulatoryjnej do systemów zgłaszania incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów i uczenia się.
- ▶ Wdrożenie ścieżek diagnostycznych i terapeutycznych dla usług podstawowej opieki zdrowotnej, podobnych do usług szpitalnych.
- ▶ Wdrożenie jednolitych procedur przekazywania pacjentów we wszystkich placówkach ochrony zdrowia.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Zapewnienie wsparcia w dostosowywaniu i wdrażaniu strategii i interwencji dotyczących bezpieczeństwa pacjentów w całym kontinuum opieki, w tym w opiece podstawowej i przeniesieniu opieki.
- ▶ Budowanie potencjału organizacji podstawowej opieki zdrowotnej w celu zapewnienia bezpieczniejszej opieki.
- ▶ Promowanie badań nad bezpieczeństwem pacjentów w różnych obszarach i uwarunkowaniach w całym kontinuum opieki, w tym podstawowej opiece zdrowotnej i przeniesieniu opieki.
- ▶ Włączenie i wzmocnienie elementów bezpieczeństwa pacjenta w międzynarodowe programy wsparcia technicznego w całym kontinuum opieki, w tym podstawowej opiece zdrowotnej i przeniesieniu opieki.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Zintegrowanie elementów bezpieczeństwa pacjenta w ramach prac WHO nad ciągłością opieki we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem podstawowej opieki zdrowotnej.
- ▶ Opracowanie narzędzi i wytycznych w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów w ramach ciągłości opieki, na przykład w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym opieki profilaktycznej i promocyjnej oraz bezpiecznej komunikacji podczas przeniesienia opieki.
- ▶ Zapewnienie wsparcia technicznego w budowaniu potencjału kraju we wdrażaniu strategii bezpieczeństwa pacjentów i interwencji w całym kontinuum opieki.
- ▶ Opracowanie wytycznych i narzędzi dotyczących bezpieczeństwa pacjentów w opiece domowej.

Pomocne źródła

de Bienassis K, Llena-Nozal A, Klazinga NS. 2020. The Economics of patient safety part III: long-term care: valuing safety for the long haul. OECD Health Working Paper No. 121. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<https://doi.org/10.1787/be07475c-en>; accessed 16 July 2021).

International Atomic Energy Agency. 2014. Radiation protection and safety of radiation sources: international basic safety standards. Vienna: IAEA (https://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/Pub1578_web-57265295.pdf, accessed 16 July 2021).

Slawomirski L, Auraen A, Klazinga N. 2018. The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind. OECD Health Working Papers No. 106. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<https://doi.org/10.1787/baf425ad-en>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2006. The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9241593911>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2007. WHO patient safety solutions. Geneva: WHO (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/patient-safety-solutions>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2008. Radiotherapy risk profile: technical manual. Geneva: WHO (https://www.who.int/patientsafety/activities/technical/radiotherapy_risk_profile.pdf, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2009. Surgical safety checklist. Geneva: WHO (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_eng_Checklist.pdf?sequence=2, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2009. WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives. Geneva: WHO (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2012. Hand hygiene in outpatient and home-based care and long-term care facilities: a guide to the application of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy and the "my five moments for hand hygiene" approach. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241503372>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2014. Quality assurance of pharmaceuticals: meeting a major public health challenge. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506670>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2016. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national

and acute health care facility level. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549929>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2015. WHO safe childbirth checklist. Geneva: WHO (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199179/WHO_HIS_SDS_2015.26_eng.pdf;jsessionid=2FC7A277BCFCB23202AD9A66472A16D5?sequence=1, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2015. WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549455>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2016. A guide to establishing a national haemovigilance system. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/a-guide-to-establishing-a-national-haemovigilance-system>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2016. WHO guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health care settings. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549820>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2017. The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2019. Antimicrobial stewardship programmes in health-care facilities in low-and middle-income countries: a WHO practical toolkit. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241515481>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2019. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516945>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2019. Water, sanitation, hygiene and health: a primer for health professionals. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CED-PHE-WSH-19.149>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2021. Medication Without Harm. Geneva: WHO (<https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2021. Safer primary care. Geneva: WHO (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safer-primary-care>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization and United Nations Children's Fund. 2019. WASH in health care facilities: Practical steps to achieve universal access to quality care. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241515511>, accessed 16 July 2021).

Cel strategiczny 4

Zaangażowanie pacjenta i rodziny

Zaangażowanie pacjentów i rodzin oraz wzmocnienie ich pozycji w celu uzyskania ich pomocy i wsparcia procesu poprawy bezpieczeństwa systemu ochrony zdrowia



Zaangażowanie i wzmocnienie pozycji pacjentów jest prawdopodobnie najpotężniejszym narzędziem poprawy ich bezpieczeństwa. Pacjenci, rodziny i inni nieformalni opiekunowie dzielą się swoimi doświadczeniami związanymi z opieką, których nie mogą zastąpić ani powielić klinicyści, menedżerowie ani badacze. Dotyczy to zwłaszcza tych, którzy odnieśli szkodę. Pacjenci, rodziny i opiekunowie mogą pełnić rolę czujnych obserwatorów stanu pacjenta i ostrzegać pracowników ochrony zdrowia, gdy pojawią się nowe potrzeby. Wyposażeni w odpowiednie informacje, pacjent i rodzina mogą być oczami i uszami systemu.

Większość krajów, zwłaszcza o niskich i średnich dochodach, nie ma znacznego udziału w poprawie bezpieczeństwa pacjentów. Głosy pacjentów nie są słyszalne w wielu systemach ochrony zdrowia z kilku powodów: specyfiki kulturowej; niepowodzenia w znalezieniu odpowiednich rzeczników i orędowników pacjentów lub zachęceniu ich do zabrania głosu; braku przywództwa i zrozumienia; braku infrastruktury organizacyjnej lub przestrzeni w strukturach zarządzania; bądź braku funduszy.

Od 2005 roku WHO prowadzi program „Pacjenci dla bezpieczeństwa pacjentów”. Jest to wyjątkowa międzynarodowa sieć, utworzona i prowadzona wspólnie z zespołem

rzeczników i ekspertów w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów, w skład którego wchodzi oni sami – ci, którzy są ofiarami szkód, lub członkowie rodziny, którzy stracili bliską osobę z powodu braku przestrzegania zasad bezpiecznej opieki. Celem tej sieci jest podkreślenie praw pacjentów, przejrzystości i partnerstwa z pracownikami ochrony zdrowia w celu zwiększenia roli pacjenta w podnoszeniu jego bezpieczeństwa. Przez lata swojego istnienia grupa stała się globalnym głosem wyrażającym najważniejszą troskę pacjentów: bezpieczeństwo opieki. Grupa wydała „Deklarację londyńską”, która określa cztery szerokie obszary działania:

- ▶ opracowywanie i promowanie programów na rzecz bezpieczeństwa i wzmocnienia pozycji pacjentów;
- ▶ rozwijanie i prowadzenie konstruktywnego dialogu ze wszystkimi partnerami zainteresowanymi bezpieczeństwem pacjenta;
- ▶ ustanowienie systemów zgłaszania i postępowania w przypadku szkód pacjentów na całym świecie oraz
- ▶ określanie najlepszych praktyk w zakresie postępowania z wszelkiego rodzaju szkodami zdrowotnymi i promowanie tych praktyk na całym świecie.

Współpraca z pacjentami buduje mocne podstawy doskonalenia systemu ochrony zdrowia. Pacjenci poruszają się po całym jego obszarze, dlatego częściej niż pracownicy ochrony zdrowia mają całościowy obraz, a nie skupiają się na jakiegokolwiek małej części. Pacjenci i ich rodziny są końcowymi użytkownikami systemu ochrony zdrowia. Często jako jedyni mają pełny wgląd w wyniki roztoczonej nad nimi opieki. Ich spojrzenie na to, jak może być ona bezpieczniejsza, jest niezmiennie bardzo cenne. Ogromne publiczne i osobiste zainteresowanie zdrowiem można wykorzystać w celu zwiększenia udziału pacjentów jako partnerów w działaniach na rzecz poprawy bezpieczeństwa.

WHO *Framework on Integrated People-centred Health Services* jest wezwaniem do fundamentalnej zmiany w sposobie finansowania, zarządzania i świadczenia usług zdrowotnych. Wspiera postępy krajów w kierunku dostępu do opieki zdrowotnej poprzez odchodzenie od systemów ochrony zdrowia skoncentrowanych na chorobach i instytucji na rzecz systemów zaprojektowanych dla ludzi.

WHO zaleca wdrożenie pięciu przeplatających się strategii:

- ▶ angażowanie i wzmacnianie pozycji ludzi i społeczności,
- ▶ wzmocnienie zarządzania i odpowiedzialności,
- ▶ reorientacja modelu opieki,
- ▶ koordynacja usług w ramach i między sektorami,
- ▶ tworzenie sprzyjającego środowiska.

Wiele mówi się o obecnym dystansie emocjonalnym i luce w empatii między pacjentami a pracownikami ochrony zdrowia, którzy sprawują nad nimi opiekę. Czasami skarżący są uważani za główny głos pacjentów. Pandemia COVID-19 rzuciła na to nowe światło dzięki publicznym wyrazom wdzięczności za to, co robią pracownicy ochrony zdrowia na całym świecie, i zaniepokojeniu warunkami, w jakich wielu z nich pracuje. To wyraźnie wskazuje na szansę na silniejsze partnerstwo w przyszłości oparte na współodczuwaniu między pacjentami a pracownikami ochrony zdrowia.

Zaangażowanie pacjenta i rodziny należy uznać za integralny element starań o poprawę bezpieczeństwa oraz filar praktyki opieki zdrowotnej. Można to osiągnąć, wbudowując je w każdą strukturę organizacyjną i zarządzającą ochrony zdrowia, poddając ją kontroli społeczności i kraju oraz przyznając równe miejsce w globalnych forach przywództwa i planowania w zakresie bezpieczeństwa pacjentów. Głos i doświadczenie pacjentów i rodzin wywarłyby wówczas potężny i korzystny wpływ, poczynawszy od polityk globalnych i krajowych, a skończywszy na praktykach

przyłóżkowych i klinicznych. Umożliwiłyby też postrzeganie wszystkich strategii przez pryzmat pacjenta.

Identyfikacja rzeczników i orędowników pacjentów w celu zwiększenia zaangażowania pacjentów i ich rodzin ma kluczowe znaczenie, jednak równie ważne jest identyfikowanie, rozwijanie i motywowanie liderów opieki zdrowotnej, których wartości są zgodne z tą koncepcją. Tacy liderzy byłiby orędownikami udziału pacjentów w strukturach zarządzania, strategicznych priorytetach i budżetach. Ich moralnym imperatywem byłoby włączenie ról pacjentów i obywateli do pracy ich organizacji oraz stworzenie kultury bezpieczeństwa i szacunku, która zachęca do aktywnego słuchania głosów pacjentów w ich organizacjach. Taki mechanizm działa w obie strony. Kultura, która jest bezpieczniejsza dla pacjentów, jest zwykle również bezpieczniejsza dla pracowników ochrony zdrowia.

Co najważniejsze, pacjenci muszą otrzymać informacje, których potrzebują, aby w jak największym stopniu zarządzać własną opieką i przejąć odpowiedzialność za swoje bezpieczeństwo. Instytucje opieki zdrowotnej, wspierane przez podmioty krajowe i międzynarodowe, powinny zobowiązać się do prowadzenia polityki promującej przejrzystość wobec pacjentów, w tym uzyskiwanie w pełni świadomej zgody, dostępu pacjentów do dokumentacji medycznej i pełnego ujawnienia, jeśli pacjenci ponieśli szkodę w trakcie opieki. Pacjenci powinni mieć możliwość eskalacji obaw w ramach organizacji opieki zdrowotnej i powinni być aktywnie zachęceni do ich zgłaszania w ramach systemów analizy bezpieczeństwa pacjentów. Należy temu wówczas nadać znaczenie zgłoszeń zdarzeń niepożądanych, a nie umieszczać ich w osobnej kategorii jako „skargi” pacjentów.

Poszczególne kraje znajdują się na różnych etapach drogi do zaangażowania pacjentów. Nawet te, które są najdalej od tego celu, nie skupiają się jednak na bezpieczeństwie pacjentów. Przesunięcie nacisku na postrzeganie bezpieczeństwa pacjenta jako podstawowego prawa człowieka, które powinno mieć priorytet w zaangażowaniu pacjentów, jest ważną zasadą, na której można oprzeć strategię działania. Działania mogące pomóc w zwiększeniu zaangażowania pacjentów, obejmują wzmocnienie programu WHO „Pacjenci na rzecz bezpieczeństwa pacjenta” oraz ustanowienie sieci bezpieczeństwa pacjentów skoncentrowanych na tym zagadnieniu w każdym kraju; osadzanie zaangażowania pacjentów i rodzin w zasadach i praktyce bezpieczeństwa pacjentów poprzez krajowe karty bezpieczeństwa pacjentów; zwiększenie świadomości społecznej i edukacji w tym zakresie oraz wzmacnianie głosu pacjenta jako siły służącej poprawie jego bezpieczeństwa.

Cel strategiczny 4

Zaangażowanie pacjentów i rodzin oraz wzmocnienie ich pozycji w celu uzyskania ich pomocy i wsparcia procesu poprawy bezpieczeństwa systemu ochrony zdrowia

STRATEGIA 4.1:

Angażowanie pacjentów, rodzin i organizacji społeczeństwa obywatelskiego we wspólne opracowywanie zasad, planów, strategii, programów i wytycznych, w celu zwiększenia bezpieczeństwa opieki zdrowotnej

Działania dla rządów

- ▶ Opracowanie krajowej karty lub ustawy dotyczącej praw pacjenta w zakresie bezpieczeństwa wraz z mocą prawną, obejmującą takie pojęcia, jak prawa pacjenta do bezpieczeństwa, szacunku, autonomii, niezawodnej opieki, informacji i przejrzystości; oraz promowanie koncepcji bezpiecznej, pełnej szacunku opieki jako prawa człowieka.
- ▶ Włączenie WHO *Framework on Integrated People-centred Health Services* w projektowanie i świadczenie bezpiecznych usług zdrowotnych.
- ▶ Stworzenie formalnych mechanizmów włączających pacjentów i rodziny w krajowe mechanizmy zarządzania, grupy robocze, zespoły zadaniowe i komitety, które planują i podejmują działania na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjentów w kraju.
- ▶ Tworzenie sojuszy z istniejącymi organizacjami pacjentów i społeczeństwa obywatelskiego w zakresie bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Wprowadzenie standardów zaangażowania pacjentów i rodzin w akredytację i ocenę.
- ▶ Uwzględnienie celów związanych z zaangażowaniem pacjenta i rodziny jako kluczowych elementów krótko- i długoterminowych planów strategicznych.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Zaangażowanie przedstawicieli pacjentów lub rodzin, którzy mają doświadczenie w zakresie możliwych do uniknięcia szkód w opiece zdrowotnej, w opracowywanie strategii i określanie działań zmniejszających prawdopodobieństwo powtórzenia incydentu.
- ▶ Wyznaczenie przedstawicieli pacjentów i rodzin, którzy będą członkami zarządów i komitetów organizacji.
- ▶ Zmiana organizacji procesów opieki i tam, gdzie jest to konieczne, zmiana orientacji w taki sposób, aby usługi były skoncentrowane na pacjencie i oparte na kardynalnej zasadzie „co jest ważne dla pacjentów i ich rodzin”.
- ▶ Stworzenie rad doradczych pacjentów i rodzin, koncentrujących się na bezpieczeństwie pacjentów.
- ▶ Opracowanie procedury na podstawie postanowień krajowego statutu lub ustawy, cechującej się brakiem dyskryminacji, autonomią pacjentów, świadomą zgodą i wspólnym podejmowaniem decyzji, reagowaniem w nagłych wypadkach, dostępem do dokumentacji medycznej i pełnym ujawnianiem zdarzeń niepożądanych.
- ▶ Opracowanie instytucjonalnych standardów zaangażowania pacjentów i rodzin oraz opracowanie praktyki poprawy opartej na doświadczeniach pacjentów.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Przeprowadzenie badań w celu określenia zachowań, które stanowią i wspierają zaangażowanie pacjentów i ich rodzin, wykazywanych przez pacjentów, rodziny, klinicystów, administratorów i innych pracowników ochrony zdrowia w różnych warunkach opieki zdrowotnej.
- ▶ Rozpowszechnianie karty praw pacjenta i promowanie idei bezpieczeństwa pacjenta jako prawa człowieka.
- ▶ Opowiadanie się za pełnym udziałem pacjentów, rodzin i społeczności we wszystkich planach i programach bezpieczeństwa pacjentów na poziomach globalnym, krajowym i lokalnym.
- ▶ Dzielenie się najlepszymi praktykami i wnioskami wyciągniętymi przez państwa członkowskie i partnerów dotyczącymi zaangażowania pacjentów i rodzin.
- ▶ Pomoc w tworzeniu mechanizmów nadzoru społecznego nad lokalnymi placówkami ochrony zdrowia oraz lokalnymi programami pomocy pacjentom dla osób, które napotykają problemy w opiece zdrowotnej.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Zapewnienie zaangażowania pacjentów, rodzin, rzeczników i mistrzów bezpieczeństwa pacjentów, członków sieci „Pacjentów na rzecz bezpieczeństwa pacjenta” oraz organizacji pacjentów i społeczeństwa obywatelskiego w działaniach WHO na rzecz wspólnego opracowywania polityki, strategii, wytycznych i narzędzi związanych z bezpieczeństwem pacjentów.
- ▶ Opracowanie ram działania, zasad zaangażowania i narzędzi wdrażania zaangażowania pacjentów i rodzin na rzecz ich bezpieczeństwa, które kraje i instytucje mogą przyjąć na różnych poziomach.
- ▶ Zapewnienie wsparcia państwom członkowskim w celu ustanowienia polityki i opracowania narzędzi dotyczących zaangażowania pacjentów i rodzin, w tym wskazówek dotyczących świadomej zgody.
- ▶ Zaangażowanie członków sieci pacjentów na rzecz bezpieczeństwa pacjentów, pacjentów i ich rodzin, którzy doświadczyli możliwej do uniknięcia szkody, a także pacjentów i organizacje społeczeństwa obywatelskiego we wdrażanie globalnego planu działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów oraz w mechanizmy jego monitorowania i odpowiedzialności.
- ▶ Stworzenie modelowej lub przedstawienie istniejącej karty praw pacjenta w zakresie bezpieczeństwa; przygotowanie uzasadnienia dla bezpieczeństwa pacjentów jako prawa człowieka oraz wytycznych dotyczących opracowywania i wdrażania kart.

STRATEGIA 4.2:

Uczenie się na podstawie doświadczeń pacjentów i rodzin narażonych na opiekę bez zachowania zasad bezpieczeństwa w celu lepszego zrozumienia natury szkody i wspierania rozwoju skuteczniejszych rozwiązań

Działania dla rządów

- ▶ Stworzenie platform, sieci i wydarzeń, w celu łączenia rzeczników, mistrzów, pacjentów i organizacji pacjentów ds. bezpieczeństwa w celu dzielenia się swoimi doświadczeniami w zakresie możliwych do uniknięcia szkód lub opieki bez zachowania zasad bezpieczeństwa oraz najlepszymi praktykami w zakresie angażowania pacjentów i ich rodzin.
- ▶ Stworzenie mechanizmów i wzmacnianie platform do dzielenia się doświadczeniami pacjentów i rodzin w zakresie opieki zdrowotnej, w tym zgłaszania przez pacjentów efektów i doświadczeń, które zwracają uwagę na problemy związane z bezpieczeństwem pacjentów i wskazują rozwiązania umożliwiające jego poprawę.
- ▶ Zapewnienie wpływu doświadczenia szkody przez pacjenta i jego rodzinę na projektowanie wszystkich obszarów programowych związanych z tym zagadnieniem (na przykład polityki, edukacji i szkoleń, badań i informacji).

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Stworzenie kultury i ram organizacyjnych, w których spotkania i doświadczenia pacjentów i rodzin z możliwą do uniknięcia szkodą, opowiedziane przez nich samych, będą integralną częścią wszystkich prac związanych z bezpieczeństwem pacjentów w ramach usług świadczonych przez organizację.
- ▶ Uwzględnienie opowiedzianych przez pacjentów i rodziny doświadczeń jako regularnego punktu porządku obrad na głównym posiedzeniu zarządu organizacji w celu umożliwienia liderom opieki zdrowotnej dogłębnego wglądu w realia następstw opieki bez zachowania zasad bezpieczeństwa.
- ▶ Stworzenie mechanizmów raportowania zdarzeń dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, które zachęca pacjentów i ich rodziny do ich zgłaszania, a poprzez gromadzenie, zestawianie i analizowanie raportowanych przez pacjentów doświadczeń i następstw opieki bez zachowania zasad bezpieczeństwa, zademonstrowanie działań mających na celu uczenie się i doskonalenie.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Organizowanie krajowych i lokalnych warsztatów, sympozjów i wydarzeń w celu dzielenia się doświadczeniami i oczekiwaniami pacjentów i rodzin, zwłaszcza tych, którzy doznali szkody możliwej do uniknięcia.
- ▶ Zapewnienie stowarzyszeniom zawodowym i stowarzyszeniom specjalistycznym możliwości zapraszania pacjentów i członków ich rodzin, którzy mają doświadczenie w omawianym zakresie, na swoje doroczne konferencje i wydarzenia naukowe.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Wspieranie państw członkowskich w tworzeniu mechanizmów umożliwiających uczenie się na doświadczeniach pacjentów w zakresie bezpiecznej i niebezpiecznej opieki, w tym zgłaszanie przez pacjentów doświadczeń i następstw.
- ▶ Opracowanie narzędzi i wytycznych zbierania, zestawiania i analizowania zgłaszanych przez pacjentów doświadczeń i następstw opieki bez zachowania zasad bezpieczeństwa w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Stworzenie i utrzymywanie globalnego zbioru historii pacjentów i rodzin z doświadczeniami związanymi z bezpieczną i niebezpieczną opieką, możliwymi do uniknięcia szkodami i skuteczną zmianą oraz rozpowszechnianie tych doświadczeń w celu podniesienia świadomości znaczenia priorytetowego traktowania bezpieczeństwa pacjentów w szerszych działaniach na rzecz wzmocnienia systemu opieki zdrowotnej.

STRATEGIA 4.3:

Budowanie potencjału rzeczników pacjentów i ekspertów w zakresie bezpieczeństwa pacjentów

Działania dla rządów

- ▶ Wspieranie i wzmacnianie rozwoju sieci rzeczników i ekspertów w zakresie bezpieczeństwa pacjentów oraz współpraca z programem WHO „Pacjenci na rzecz bezpieczeństwa pacjenta”.
- ▶ Ustanowienie, wyszkolenie i wspieranie panelu rzeczników pacjentów i rodzin zajmujących się tym zagadnieniem, którzy wystąpią jako mówcy na krajowych i lokalnych konferencjach.
- ▶ Dzielenie się danymi z systemów raportowania i uczenia się dotyczących bezpieczeństwa pacjentów z rzecznikami i ekspertami w tym zakresie.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Przeprowadzenie szeroko zakrojonego przeglądu, w celu oceny zaangażowania pacjentów w poprawę bezpieczeństwa w ochronie zdrowia w ramach organizacji.
- ▶ Wprowadzenie środków w pełni angażujących pacjentów i ich rodziny, w celu zwiększenia możliwości wniesienia przez nich wkładu w procesy mające na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Opracowanie strategii angażowania rzeczników i ekspertów w zakresie bezpieczeństwa pacjentów jako edukatorów.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Korzystanie z sieci i współpracy, w celu identyfikacji, rekrutacji i szkolenia rzeczników pacjentów i orędowników bezpieczeństwa pacjentów, jako przedstawicieli pacjentów w instytucjach rządowych i placówkach ochrony zdrowia.
- ▶ Opracowywanie i rozpowszechnianie materiałów informacyjnych dla pacjentów dotyczących różnych aspektów bezpieczeństwa pacjentów oraz udział w kampaniach uświadamiających.
- ▶ Współpraca z rządem w celu wspierania rozwoju krajowego programu „Pacjenci na rzecz bezpieczeństwa pacjenta”.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Wzmocnienie programu WHO „Pacjenci na rzecz bezpieczeństwa pacjentów” i rozwinięcie w jego ramach globalnej sieci.
- ▶ Zapewnienie wsparcia i wytycznych ułatwiających ustanowienie programów „Pacjenci na rzecz bezpieczeństwa pacjentów” oraz organizacji pacjentów na poziomach regionalnym i krajowym.
- ▶ Opracowanie zasobów edukacyjnych i technicznych, w tym programów e-learningowych, wytycznych i narzędzi dla rzeczników i mistrzów bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Wspieranie budowania potencjału rzeczników i mistrzów bezpieczeństwa pacjentów na poziomach regionalnym, krajowym i lokalnym.
- ▶ Ułatwianie relacji między organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, rzecznikami pacjentów i agencjami rządowymi.

STRATEGIA 4.4:

Ustanowienie zasady i praktyki otwartości oraz przejrzystości w całej opiece zdrowotnej, w tym poprzez ujawnianie incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów im samym oraz ich rodzinom

Działania dla rządów

- ▶ Opracowanie krajowych wytycznych dotyczących świadomej zgody, dostępu pacjentów do ich dokumentacji medycznej oraz eskalacji obaw dotyczących opieki przez pacjenta i jego rodzinę, jeśli uważają, że stan pacjenta się pogarsza.
- ▶ Opracowanie ram wytycznych i procedur umożliwiających pracownikom ochrony zdrowia ujawnienie pacjentom i rodzinom zdarzeń niepożądanych, które spowodowały (lub mogły spowodować) nieumyślne szkody.
- ▶ Rozważenie wprowadzenia przepisów dotyczących zasad ujawniania informacji w celu informowania pacjentów i rodzin, w przypadku gdy wytyczne nie są skuteczne.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Opracowanie zasad instytucjonalnych dotyczących rzetelnej świadomej zgody, dostępu pacjentów do ich dokumentacji medycznej oraz systemów eskalacji w nagłych wypadkach, które mogą być uruchamiane przez pacjentów i rodziny.
- ▶ Opracowanie i wdrożenie zasad i procedur ujawniania informacji w celu informowania pacjentów i rodzin o incydentach zagrażających bezpieczeństwu pacjentów, które spowodowały (lub mogły spowodować) nieumyślne szkody.
- ▶ Zapewnienie pacjentom, rodzinom i pracownikom ochrony zdrowia ciągłego wsparcia psychologicznego i innego w przypadku poważnego incydentu związanego z bezpieczeństwem pacjenta.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Podnoszenie świadomości dotyczącej systemów zgłaszania zdarzeń dotyczących bezpieczeństwa, prawa dostępu do dokumentacji medycznej, prawa do świadomej zgody i prawa do reagowania w nagłych wypadkach, w tym innych środków bezpieczeństwa dostępnych dla pacjentów.
- ▶ Podnoszenie świadomości organizacji społeczeństwa obywatelskiego, pacjentów i rodzin oraz zabieganie o pełne wsparcie organizacji zawodowych i ich członków dla polityki transparentnego ujawniania incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentom i członkom ich rodzin.
- ▶ Zorganizowanie przekazywania informacji przez interesariuszy na temat praktycznych doświadczeń związanych z polityką otwartego ujawniania informacji oraz innych inicjatyw dotyczących przejrzystości i sugestii dotyczących ulepszeń.
- ▶ Podnoszenie świadomości organizacji społeczeństwa obywatelskiego, pacjentów i rodzin na temat pozytywnego celu polityki otwartego ujawniania informacji i ich uprawnień wynikających z tej polityki.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Zbieranie, zestawianie i rozpowszechnianie zasad i procedur dotyczących sposobów ujawniania zdarzeń, w celu informowania pacjentów i rodzin o incydentach związanych z bezpieczeństwem pacjentów, które spowodowały (lub mogły spowodować) nieumyślne szkody.
- ▶ Rekomendowanie zasad dotyczących przejrzystości, informacji o pacjencie i pełnego ujawnienia, w tym odniesienia do przykładowych zasad i doradzanie w zakresie ich wdrażania.
- ▶ Zachęcanie państw członkowskich do wprowadzenia zasad promujących przejrzystość, w tym zasad otwartego ujawniania informacji, jako części krajowej polityki bezpieczeństwa pacjentów, sposobu zademonstrowania ich zaangażowania na rzecz pozytywnej kultury bezpieczeństwa pacjentów w krajowych systemach ochrony zdrowia.
- ▶ Opracowanie wytycznych dotyczących najlepszych praktyk w zakresie projektowania i stosowania zasad oraz przepisów dotyczących otwartego ujawniania informacji.

STRATEGIA 4.5:

Dostarczanie informacji pacjentom i rodzinom oraz ich edukowanie w celu zaangażowania ich w samoopiekę i umożliwienie im wspólnego podejmowania decyzji

Działania dla rządów

- ▶ Włączenie działań mających na celu poprawę edukacji publicznej, w tym w szkołach i społecznościach, oraz zwiększenie świadomości dotyczącej bezpieczeństwa pacjentów w krajowym planie bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Uwzględnienie zaangażowania pacjentów i ich rodzin w programie edukacji w zakresie bezpieczeństwa pacjentów oraz opracowanie specjalnego programu nauczania dla dzieci w wieku szkolnym.
- ▶ Opracowanie mechanizmów dostarczania informacji i edukacji pacjentom i rodzinom w celu umożliwienia im współpracy z organizacjami opieki zdrowotnej i innymi zainteresowanymi stronami.
- ▶ Opracowanie i rozpowszechnianie informacji dotyczących usług publicznych zawierających jasne informacje o tym, czym jest zaangażowanie pacjenta i rodziny oraz dlaczego jest ono ważne.
- ▶ Promowanie korzystania z technologii cyfrowych, w tym smartfonów, w zwiększaniu świadomości na temat bezpieczeństwa pacjentów oraz zwiększaniu zaangażowania pacjentów i ich rodzin.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Włączenie zaangażowania pacjentów i rodzin do programu szkoleń pracowników ochrony zdrowia i opracowanie ustandaryzowanych kompetencji w zakresie zaangażowania pacjentów i rodzin.
- ▶ Edukowanie pacjentów i rodzin na temat ich zdrowia i opieki zdrowotnej, wspieranie pacjentów w zarządzaniu własnym zdrowiem oraz szkolenie rodzin w zakresie świadczenia opieki, zwłaszcza w zakresie reagowania na potrzeby pacjentów w warunkach opieki domowej.
- ▶ Opracowanie materiałów informacyjnych dla pacjentów dotyczących procedur klinicznych, w tym zagrożeń dla bezpieczeństwa, w celu wzmocnienia pozycji pacjentów poszukujących informacji u pracowników ochrony zdrowia.
- ▶ Wdrożenie mechanizmów komunikacji, które pomogą klinicyście zrozumieć punkt widzenia i obawy pacjentów.
- ▶ Ustrukturyzowanie procesów opieki, w celu wspierania wymiany informacji, planowania opieki, samodzielnego zarządzania i wspólnego podejmowania decyzji oraz wdrażanie skoncentrowanych na pacjencie narzędzi dla pacjentów i klinicyście, wspierających wspólne podejmowanie decyzji.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Zwiększenie wykorzystania wzajemnej edukacji pacjentów i rodzin, wspieranie pacjentów w zarządzaniu własnym zdrowiem i zachęcanie ich do odgrywania aktywnej roli.
- ▶ Uwzględnienie zaangażowania i bezpieczeństwa pacjentów i rodzin w programach edukacyjnych i kursach szkoleniowych.
- ▶ Opracowanie i rozpowszechnianie informacji dla pacjentów oraz materiałów edukacyjnych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów.

Działania na rzecz Sekretariatu WHO

- ▶ Opracowanie, zestawienie i rozpowszechnianie materiałów oraz narzędzi informacyjnych i edukacyjnych w celu zwiększenia świadomości zdrowotnej pacjentów i rodzin oraz umożliwienia im zaangażowania w samoopiekę i wspólne podejmowanie decyzji, takich jak aplikacje mobilne, plakaty i filmy informacyjne; udostępnianie tych zasobów i zachęcanie do korzystania z nich.
- ▶ Włączenie zaangażowania pacjentów i rodzin w program WHO dotyczący bezpieczeństwa pacjentów oraz opracowanie specjalnego programu dla dzieci w wieku szkolnym.
- ▶ Wspieranie zaangażowania pacjentów i rodzin jako edukatorów w działania edukacyjne i szkoleniowe dotyczące bezpieczeństwa pacjentów.

Pomocne źródła

Canadian Patient Safety Institute, Atlantic Health Quality and Patient Safety Collaborative, Health Quality Ontario, Patients for Patient Safety Canada. 2019. Engaging patients in patient safety: a Canadian guide. Edmonton: Canadian Patient Safety Institute (www.patientsafetyinstitute.ca/engagingpatients, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2006. WHO World Alliance for Patient Safety: London Declaration. London: WHO (https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/London_Declaration_EN.pdf?ua=1; accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2013. Patients for patient safety: partnerships for safer health care. Geneva: WHO (https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf?ua=1, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2015. Report by the Secretariat: framework on integrated, people-centred health services. In:

Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2015. Geneva: WHO (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2016. Patient engagement: technical series on safer primary care. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/patient-engagement>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2017. WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services. Geneva: WHO (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259280>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization Regional Office for Europe. 2013. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf, accessed 16 July 2021).

Cel strategiczny 5

Edukacja i umiejętności pracowników ochrony zdrowia a bezpieczeństwo

Inspirowanie, edukowanie, rozwój umiejętności i ochrona każdego pracownika ochrony zdrowia mające na celu jego aktywny udział w organizacji i zwiększaniu bezpieczeństwa systemów opieki zdrowotnej



Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia są zaangażowani w zapewnienie bezpieczeństwa swoim pacjentom, przy czym większość będzie uważała, że wywiązują się z tego zobowiązania poprzez wykonywanie praktyki w ramach etycznego kodeksu postępowania, co jest synonimem należenia do tej grupy zawodowej. Niewielu pomyśli o tym, aby w pełni uwzględnić zakres ryzyka związanego ze świadczeniem opieki zdrowotnej oraz skalę możliwych do uniknięcia szkód, w tym tych możliwych do uniknięcia i tych, których skutki można leczyć – pojawiających się w codziennej praktyce sprawowanej w ramach każdego systemu ochrony zdrowia na świecie.

Brak świadomości i zrozumienia tak ważnego problemu wśród wielu świadczeniodawców w miejscu świadczenia opieki może się wydawać zastanawiający. Z pewnością nie wynika to z braku współczucia ze strony pracowników ochrony zdrowia. Dzieje się tak dlatego, że tradycyjne programy studiów licencjackich, podyplomowych i ustawicznych kładą nacisk na praktyki i standardy oparte na dowodach, które są zorientowane na chorobę lub stan kliniczny. Często brakuje w nich systemowych aspektów bezpieczeństwa, a dodatkowo programy nie uwzględniają szkolenia dotyczącego czynnika ludzkiego.

Trening umiejętności nietechnicznych w dużej mierze koncentruje się na słuchaniu i komunikowaniu się z pacjentem

z uwagi na znaczenie wszystkich tych elementów. Jest to niezbędne do zapewnienia bezpiecznej i wysokiej jakości opieki oraz osiągnięcia najlepszych wyników diagnozy, leczenia i innych klinicznych procesów związanych opieką. Jednak podejście oparte na serii pojedynczych epizodów pielęgnacji nie wystarczy. Konieczne jest pełne zrozumienie skali i charakteru zagrożeń związanych ze świadczeniem opieki, wraz z wiedzą, jak ukierunkować praktykę na ich minimalizowanie lub eliminowanie. Wymaga to uświadomienia, że każde indywidualne spotkanie kliniczne jest osadzone w szerszym systemie świadczenia opieki, który może wpłynąć na bezpieczeństwo pacjenta w dowolnym momencie.

Ważne, aby wszyscy pracownicy ochrony zdrowia, menedżerowie i liderzy rozumieli bezpieczeństwo pacjentów. W szczególności muszą mieć jasność co do charakteru i znaczenia ryzyka oraz sposobu wywoływania szkód, podstawowych koncepcji nauki o bezpieczeństwie pacjentów, sposobów badania i rozumienia przyczyn opieki bez zachowania zasad bezpieczeństwa oraz działań niezbędnych do zapewnienia możliwie największego bezpieczeństwa opieki jako całości i wszystkich poszczególnych jej procesów składowych.

Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała przewodnik programowy dotyczący bezpieczeństwa pacjentów dla

szkół medycznych, uzupełniony o wydanie wielobranżowe. Oba zostały szeroko rozpowszechnione i przyjęto je w niektórych krajach. Główne grupy świadczeniodawców na całym świecie opracowały programy edukacyjne dotyczące bezpieczeństwa pacjentów, podobnie jak urzędy regulacyjne i zajmujące się edukacją zawodową w różnych krajach.

Mimo to wpływ tych inicjatyw na istniejące programy nauczania był bardzo ograniczony. Problem nie polega na tworzeniu polityk, ale na ich wdrażaniu. Istnieje wiele barier utrudniających zapewnienie, by bezpieczeństwo pacjentów było głównym elementem programów edukacyjnych i szkoleniowych. Należą do nich brak miejsca w programach nauczania, brak poparcia ze strony interesariuszy, niedostatki koordynacji i planowania edukacji, ograniczone zainteresowanie liderów oraz niewystarczająca liczba starszych autorytetów w dziedzinie medycyny i pielęgniarstwa.

Czynniki utrudniające edukację pacjentów w zakresie bezpieczeństwa obejmują m.in.:

- ▶ brak świadomości edukatorów lub trenerów, że nauczanie bezpieczeństwa pacjenta jest nowym obszarem wiedzy i uczenia się;
- ▶ niechęć instytucji akademickich do przekazywania studentom kierunków medycznych wiedzy spoza dyscyplin klinicznych ze względu na przepełnienie programów nauczania;
- ▶ nienadążanie edukacji za postępem technologicznym i systemowym w zakresie bezpiecznej opieki.

W wielu środowiskach o niskich dochodach nie ma nawet wystarczającego szkolenia w ramach danej dyscypliny. Na przykład radioterapeuci mogą praktykować w swojej specjalności, nie będąc w żadnym formalnym, akredytowanym programie szkoleniowym. W takim przypadku szkolenie ich w zakresie bezpieczeństwa pacjentów bez podstawowego szkolenia w ich specjalności staje się jeszcze większym wyzwaniem.

Wielu pracowników ochrony zdrowia świadczy szeroki zakres usług klinicznych w takich warunkach. Mogą wykonywać operacje z zakresu chirurgii ogólnej, ale także cięcia cesarskie. Mogą badać i opiekować się dziećmi z wysoką gorączką i dorosłymi z malarią. Mogą leczyć szeroki zakres zaniedbanych chorób tropikalnych i diagnozować nowotwory bez zaawansowanej technologii. Osobom mocno przeciążonym taką presją złożonej wielozadaniowości klinicznej trudno jest nauczyć się dodatkowych kompetencji w zakresie bezpieczeństwa pacjenta, które mogliby włączyć do swojej praktyki. Treść programów nauczania w zakresie bezpieczeństwa pacjentów w krajach o niskich dochodach musi uwzględniać szczególne i różnorodne okoliczności, z jakimi stykają się pracownicy ochrony zdrowia pracujący w tych warunkach.

Podejmowanie decyzji dotyczących opracowywania i wdrażania programów nauczania różni się na całym świecie. W wielu krajach ogólna odpowiedzialność spoczywa na

ministerstwach edukacji, a nie na ministerstwach zdrowia. Jednostki akredytujące lub profesjonalne organy regulacyjne, o ile istnieją, mogą ponosić ogólną odpowiedzialność za to, czego, kiedy i kogo się uczy. Organizacje zawodowe i stowarzyszenia członkowskie, takie jak uczelnie medyczne i pielęgniarskie, mogą ustalać i monitorować standardy edukacyjne, które następnie wpływają na projektowanie programów nauczania. Oczywiście sami dostawcy usług edukacyjnych, czy to na uniwersytetach, czy w niezależnych szkołach i instytutach, również są ważnymi decydentami. Presja wywierana przez te różne organy w celu osiągnięcia zmian jest absolutnie niezbędna i obecnie jej brakuje.

Podsumowując, kształcenie i szkolenie pracowników ochrony zdrowia było zbyt rzadko uwzględniane i nie doceniano go jako kluczowego narzędzia umożliwiającego sprostanie wyzwaniom związanym z poprawą bezpieczeństwa pacjentów w dzisiejszym rozumieniu.

Tradycyjnie w edukacji pracowników ochrony zdrowia niewiele uwagi poświęca się znaczeniu bezpieczeństwa pacjenta, w związku z tym:

- ▶ nie istnieje żaden etos zawodowy, zgodnie z którym obowiązki lekarza muszą wykraczać poza opiekę nad indywidualnymi pacjentami i zapewniać, że ich usługi jako całość są bezpieczne;
- ▶ brakuje dostatecznego zrozumienia natury ryzyka w opiece zdrowotnej i znaczenia wzmocnienia systemów;
- ▶ kładzie się minimalny nacisk na znaczenie pracy zespołowej i komunikacji w ochronie pacjentów przed szkodą.

Doświadczenia z najlepszych praktyk w opiece zdrowotnej i innych branż wysokiego ryzyka wskazują, że odgrywanie przez edukację i szkolenia pełnej oczekiwanej roli w poprawie bezpieczeństwa pacjentów wymaga nowych radykalnych strategii, obejmujących m.in. podejścia międzybranżowe i multidyscyplinarne.

Bezpieczeństwo pracowników ochrony zdrowia i bezpieczeństwo pacjentów to nierozdzielnie powiązane obszary praktyki. Zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia mogą prowadzić do zagrożeń dla pacjentów, szkód dla pacjentów i niepożądanych skutków dla pacjentów. Przemoc wobec pracowników ochrony zdrowia, wypalenie zawodowe i choroby układu mięśniowo-szkieletowego są powszechnymi problemami zdrowotnymi w przeciążonych placówkach ochrony zdrowia, z których wiele boryka się również z dotkliwym niedoborem kompetentnych pracowników. Absencja i wyczerpanie, skutkują nieoptymalnymi wynikami opieki, a dodatkowo nasilają się w wyniki złego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego pracowników ochrony zdrowia. Fizycznie i psychicznie zdrowi są zaś mniej skłonni do popełniania błędów, co przyczynia się do bezpieczniejszej opieki. Bezpieczeństwo pracowników ochrony zdrowia ma zatem bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo pacjentów.

Cel strategiczny 5

Inspirowanie, edukowanie, rozwój umiejętności i ochrona każdego pracownika ochrony zdrowia mające na celu jego aktywny udział w organizacji i zwiększaniu bezpieczeństwa systemów opieki zdrowotnej

STRATEGIA 5.1:

Angażowanie pacjentów, rodzin i organizacji społeczeństwa obywatelskiego we wspólne opracowywanie zasad, planów, strategii, programów i wytycznych, w celu zwiększenia bezpieczeństwa opieki zdrowotnej z naciskiem na nauczanie interprofesjonalne

Działania dla rządów

- Osiągnięcie porozumienia z interesariuszami odpowiedzialnymi za ustalanie standardów i programów nauczania, w celu uwzględnienia bezpieczeństwa pacjentów w edukacji zawodowej i ustawicznym doskonaleniu zawodowym.
- Wykorzystanie przewodnika WHO dotyczącego bezpieczeństwa pacjentów na szczeblu krajowym oraz przyjęcie kluczowych podejść i zasad w kontekście lokalnym.
- Opracowanie i zaproponowanie specjalistycznych kursów dotyczących bezpieczeństwa pacjentów w ramach doskonalenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia różnych kategorii i na wielu poziomach.
- Włączenie szkolenia BHP dotyczącego bezpieczeństwa osobistego do programów edukacyjnych i programów szkoleniowych z interdyscyplinarnym podejściem do nauki.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- Uwzględnienie bezpieczeństwa pacjentów w programach wprowadzających i kierunkowych, a także w szkoleniach dla personelu w miejscu pracy.
- Wprowadzenie i wdrożenie specjalistycznych szkoleń z zakresu bezpieczeństwa pacjenta dla całego personelu fachowego, z naciskiem na strategię zespołowe i zadaniowe, obejmujące szkolenia przyłóżkowe i symulacyjne, z wydawaniem zaświadczeń o pomyślnym ukończeniu.
- Zapewnienie zaawansowanych szkoleń w zakresie kompetencji związanych z bezpieczeństwem pacjentów i poprawą jakości dla osób na stanowiskach kierowniczych i menadżerskich.
- Zachęcanie personelu do udziału w internetowych i stacjonarnych kursach dotyczących bezpieczeństwa pacjentów w ramach ustawicznego doskonalenia zawodowego.
- Opracowanie specjalistycznych programów szkoleniowych dla personelu pracującego w obszarach wysokiego ryzyka, takich jak intensywne terapie i oddziały ratunkowe.

Działania dla interesariuszy

- Zwołanie forum dla przedstawicieli instytucji edukacyjnych, organizacji i organów zawodowych, stowarzyszeń naukowych i ekspertów z branży, w celu doradzania rządowi w zakresie projektowania, treści i realizacji programów edukacyjnych i szkoleniowych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów oraz wspieranie ich wdrażania.

Działania dla Sekretariatu WHO

- Przejrzenie i rozwinięcie przewodnika WHO dotyczącego bezpieczeństwa pacjentów, koncentrując się na interdyscyplinarnej edukacji opartej na kompetencjach.
- Opracowanie i promowanie kursów i szkoleń dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, w tym w formie e-learningowej, poprzez otwarte platformy, takie jak Akademia WHO.
- Stworzenie globalnego repozytorium zasobów edukacyjnych i szkoleniowych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów i rozpowszechnianie ich na różnych poziomach.
- Opracowanie programu szkolenia trenerów dla kadry pedagogicznej ds. bezpieczeństwa pacjentów oraz specjalistów ds. szkoleń.
- Ułatwienie projektowania programów edukacyjnych i szkoleniowych w zakresie bezpieczeństwa pacjentów na poziomach regionalnym i krajowym dla wszystkich kategorii pracowników ochrony zdrowia.

STRATEGIA 5.2:

Identyfikacja ośrodków doskonałości w zakresie edukacji i szkoleń dotyczących bezpieczeństwa pacjentów i nawiązanie z nimi współpracy

Działania dla rządów

- ▶ Wyznaczenie jednego lub więcej ośrodków bezpieczeństwa pacjentów w kraju, aby zapewnić ich wiodącą pozycję w obszarze edukacji i szkoleń w zakresie bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Ustanowienie krajowej sieci ośrodków bezpieczeństwa pacjentów i stowarzyszonych agencji w celu wspierania profesjonalnej edukacji i szkoleń w zakresie bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Zwiększenie zakresu wykorzystania metod symulacyjnych w całym procesie kształcenia i szkolenia zawodowego w zakresie bezpieczeństwa pacjentów poprzez identyfikację i wyznaczenie ośrodków, które poprowadzą proces ich opracowywania i wdrażania.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Ścisła współpraca z krajowymi ośrodkami i siecią bezpieczeństwa pacjentów, jeśli są powołane, w celu zapewnienia możliwości szkolenia w zakresie bezpieczeństwa pacjentów w ramach organizacji.
- ▶ Dzielenie się opiniami na temat najlepszych praktyk i innowacji w organizacji z krajowymi centrami i siecią bezpieczeństwa pacjentów, jeśli są powołane, w celu zapewnienia wymiany informacji i szerszego zastosowania.
- ▶ Identyfikacja członków personelu do szkolenia w ramach programu trenerów dotyczącego bezpieczeństwa pacjentów oraz ułatwienie im szkolenie i rozwoju kompetencji.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Zgromadzenie wszystkich odpowiednich interesariuszy na poziomach indywidualnym i organizacyjnym, w celu doradzania i wspierania edukacji i szkoleń w zakresie bezpieczeństwa pacjentów na wszystkich poziomach.
- ▶ Uzgodnienie ról i obowiązków interesariuszy, obejmujących różne funkcje w edukacji i szkoleniu, takie jak szkolenie trenerów, projektowanie kursów i programów nauczania, opracowanie metod nauczania i szkolenia oraz rozwój technik symulacyjnych.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Identyfikacja centrów doskonałości w zakresie edukacji i szkoleń dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, przy zapewnieniu równej reprezentacji geograficznej i nawiązaniu z nimi strategicznej współpracy.
- ▶ Rozwijanie globalnej sieci centrów doskonałości w zakresie edukacji i szkoleń dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, w celu dzielenia się najlepszymi praktykami i innowacjami oraz wspieranie rozwoju potencjału na szczeblu krajowym.
- ▶ Promowanie tworzenia regionalnych i krajowych sieci centrów doskonałości w zakresie edukacji i szkoleń w dotyczących bezpieczeństwa pacjentów oraz wspieranie ich reprezentacji w globalnej sieci.

STRATEGIA 5.3:

Zapewnienie właściwego poziomu podstawowych kompetencji w zakresie bezpieczeństwa pacjentów do wymagań regulacyjnych dla pracowników ochrony zdrowia

Działania dla rządów

- ▶ Współpraca z urzędami licencyjnymi, regulacyjnymi i akredytującymi w celu zapewnienia powiązań między wynikami indywidualnymi i organizacyjnymi a poprawą bezpieczeństwa pacjentów zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym.
- ▶ Zdefiniowanie podstawowych kompetencji w zakresie bezpieczeństwa pacjentów dla każdej kategorii pracowników ochrony zdrowia i specjalistycznej roli klinicznej w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów. Kompetencje powinny obejmować umiejętności nietechniczne, takie jak praca zespołowa i komunikacja.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Przeprowadzanie okresowej oceny kompetencji w zakresie bezpieczeństwa pacjentów wśród pracowników ochrony zdrowia.
- ▶ Włączenie kompetencji dotyczących bezpieczeństwa pacjenta do zakresu praktyki i opisów stanowisk pracowników ochrony zdrowia.
- ▶ Połączenie kompetencji w zakresie bezpieczeństwa pacjentów ze standardami obsługi.

	<p>Działania dla interesariuszy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwołanie ekspertów, badaczy, edukatorów i organizacji społeczeństwa obywatelskiego, w celu omówienia i uzgodnienia inicjatyw mających na celu przyspieszenie rutynowego wykorzystania kompetencji w zakresie bezpieczeństwa pacjentów. <p>Działania dla Sekretariatu WHO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Określenie zestawu kompetencji dotyczących bezpieczeństwa pacjentów dla różnych pracowników ochrony zdrowia i dostosowanie go WHO Global Competency Framework for Universal Health Coverage. • Współpraca z krajowymi organami zajmującymi się licencjonowaniem, akredytacją i regulacjami zawodowymi w celu przyjęcia wspólnego globalnego standardu kompetencji w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i ich oceny.
<p>STRATEGIA 5.4:</p> <p>Połączenie zaangażowania w bezpieczeństwo pacjentów z systemami oceny dla pracowników służby zdrowia i menedżerów</p>	<p>Działania dla rządów</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zapewnienie powiązania ocen wyników pracowników ochrony zdrowia z udziałem w programach i inicjatywach dotyczących bezpieczeństwa pacjentów. • Opracowanie mechanizmów, takich jak zachęty i oznaki uznania, które uznają wyjątkowe osiągnięcia poszczególnych członków personelu w zakresie poprawy bezpieczeństwa pacjentów. <p>Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ustanowienie wewnętrznego systemu ocen w celu monitorowania kompetencji w zakresie rozumienia źródeł szkód i udziału w opracowywaniu rozwiązań oraz uzyskiwaniu dowodów na osiągnięcie korzyści w zakresie bezpieczeństwa pacjentów w usługach klinicznych. • Uwzględnienie w ocenach zespołowych aspektów bezpieczeństwa pacjentów. • Szczególne wyróżnienie osób, które zidentyfikowały źródła zagrożeń i wdrożyły skuteczne środki ich zwalczania. <p>Działania dla interesariuszy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zebranie dowodów i doświadczeń wszystkich odpowiednich interesariuszy, w celu zapewnienia porad dotyczących definiowania pozytywnych wzorców w pracy nad bezpieczeństwem pacjentów przez poszczególnych pracowników ochrony zdrowia i zespoły oraz doradztwa w zakresie najlepszych metod i narzędzi oceny. <p>Działania dla Sekretariatu WHO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opracowanie globalnych standardów, narzędzi i metod oceny wyników poszczególnych osób, pracowników ochrony zdrowia i zespołów zaangażowanych w prace związane z bezpieczeństwem pacjentów.
<p>STRATEGIA 5.5:</p> <p>Zaprojektowanie warunków, środowiska i praktyki dotyczących świadczenia opieki w celu zapewnienia bezpiecznych warunków pracy dla całego personelu</p>	<p>Działania dla rządów</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wspieranie i propagowanie karty WHO Bezpieczeństwo pracowników ochrony zdrowia: priorytet dla bezpieczeństwa pacjentów, akceptując ją i wspierając jej wdrażanie. • Opracowanie i wdrożenie krajowych programów bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników ochrony zdrowia zgodnie z krajową polityką i zapewnienie odpowiednich środków na utrzymywanie programów. • Przyjęcie i wdrożenie odpowiednich polityk i mechanizmów zapobiegania i eliminowania przemocy w sektorze zdrowia zgodnie z prawem krajowym. • Zapewnienie pracownikom ochrony zdrowia dostępu do usług w zakresie dobrostanu psychicznego i wsparcia społecznego, w tym porad dotyczących równowagi między życiem zawodowym a prywatnym oraz oceny i łagodzenia ryzyka w celu zwalczania wypalenia zawodowego, poprawy samopoczucia i promowania odporności. • Rozwijanie powiązań programów bezpieczeństwa pacjentów z programami zdrowia, bezpieczeństwa i środowiska oraz zdrowia w pracy i wzmacnianie zasobów ludzkich na poziomach krajowym i regionalnym.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Zapewnienie odpowiedniego i sprawiedliwego czasu trwania rozlokowania, godzin pracy i przerw na odpoczynek, a także zminimalizowanie obciążeń administracyjnych pracowników ochrony zdrowia w celu zapobiegania wypaleniu i poprawie ogólnego samopoczucia.
- ▶ Zapewnienie szczepień wszystkim zagrożonym pracownikom ochrony zdrowia przeciwko zakażeniom, którym można zapobiegać poprzez szczepienia.
- ▶ Zapewnienie działającego i ergonomicznie zaprojektowanego sprzętu i stanowiska pracy w celu zminimalizowania urazów mięśniowo-szkieletowych i upadków.
- ▶ Utrzymywanie na odpowiednim poziomie środków ochrony osobistej dla pracowników ochrony zdrowia zgodnie z przewidywanym obciążeniem pracą oraz przechowywanie odpowiednich zapasów na wypadek sytuacji awaryjnych.
- ▶ Wdrożenie środków ochrony pracowników ochrony zdrowia przed przemocą fizyczną i psychiczną, w tym nieuprzejmością, zastraszaniem, molestowaniem i dyskryminacją.
- ▶ Aktywna ocena wszystkich placówek opieki w celu identyfikacji i ograniczenia zagrożenia i ryzyka dla bezpieczeństwa pacjentów i pracowników ochrony zdrowia, korzystając z krajowych ram jako wytycznych.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Zaangażowanie organizacji zawodowych, branży urządzeń medycznych oraz ekspertów i badaczy w doradzanie rządowi w sprawie działań mających na celu zapewnienie pracownikom ochrony zdrowia bezpieczeństwa pod każdym względem.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Wspieranie rozwoju i wdrażania odpowiednich ram politycznych i regulacyjnych dotyczących bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia i pacjentów na poziomach międzynarodowym, krajowym i niższym.
- ▶ Zbieranie i rozpowszechnianie najlepszych praktyk w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i pracowników ochrony zdrowia na potrzeby ram politycznych, legislacyjnych i regulacyjnych.
- ▶ Opracowanie norm, standardów i wytycznych dotyczących projektowania placówek i warunków opieki w celu zapewnienia bezpieczeństwa pracownikom ochrony zdrowia.
- ▶ Promowanie globalnego systemu zgłaszania, porównywania i uczenia się w zakresie zdarzeń niepożądanych związanych z pracą, dotyczących pracowników ochrony zdrowia i pacjentów.
- ▶ Wzmocnienie synergii i powiązań między pracą WHO w zakresie zdrowia w pracy, bezpieczeństwa pacjentów, IPC a pracownikami ochrony zdrowia.
- ▶ Współpraca z państwami członkowskimi i wszystkimi odpowiednimi zainteresowanymi stronami w celu wzmocnienia bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem osób udzielających pomocy w zakresie gotowości i reagowania na sytuacje kryzysowe.

Pomocne źródła

World Health Organization. 2009. WHO patient safety curriculum guide for medical schools. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241598316>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2011. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition Geneva: WHO (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2020. Core competencies for infection prevention and control professionals. Geneva: WHO (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335821/9789240011656-eng.pdf?ua=1>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2020. Health worker safety: a priority for patient safety. Geneva: WHO (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339287>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2020. Protection of health and safety of health workers: checklist for healthcare facilities. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/protection-of-health-and-safety-of-health-workers>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2020. World Patient Safety Day goals 2020–21. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/who-uhl-ihs-2020.8>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization and International Labour Organization. 2020. Caring for those who care: national programmes for occupational health for health workers. Policy brief. Geneva: WHO and ILO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240011588>, accessed 16 July 2021).

Cel strategiczny 6

Informacja, badania i zarządzanie ryzykiem

Zapewnienie stałego przepływu informacji i wiedzy w celu ograniczania ryzyka, zmniejszania zakresu możliwych do uniknięcia szkód oraz poprawy bezpieczeństwa opieki zdrowotnej



Każdy program zdrowotny wymaga źródła ważnych, wiarygodnych danych, aby dostarczać informacji i opracowywać mierniki dla swoich kluczowych działań, na przykład identyfikując priorytety i problemy, analizy porównawcze wobec punktów odniesienia, formułując działania oraz monitorując ich wyniki i efekty. Istnieje długa tradycja rozwijania takiej infrastruktury informacyjnej w uznanych dziedzinach zdrowia publicznego, zwłaszcza w zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych. W niektórych przypadkach sięga to końca XIX wieku. Rzeczywiście, bez dobrych systemów danych i informacji poczyniono by niewielkie postępy w ograniczaniu rozprzestrzeniania się i ogólnego obciążenia zakażeniami na całym świecie.

Przez cały XX wiek podobne podejście stosowano w przypadku chorób niezakaźnych, takich jak nowotwory, choroby serca, cukrzyca, otyłość i nadciśnienie. Zebrano dane dotyczące ryzyka, czynników etiologicznych, śmiertelności i innych wyników. Rozwój ten trwał do XXI wieku i stanowi podstawowe źródło wsparcia krajowych i globalnych programów dotyczących chorób niezakaźnych. Niezwykle ważne programy zapobiegania przedwczesnej śmierci, ograniczania chorób związanych z ubóstwem oraz poprawy zdrowia dorosłych i dzieci w wielu częściach świata zależą również od dobrych danych i ich ukierunkowanej analizy. Praca nad dostarczeniem odpowiedniej

ilości informacji o wymaganym stopniu szczegółowości miała kluczowe znaczenie dla osiągniętych korzyści.

Potrzeba uwzględnienia kompleksowych systemów informacyjnych w programach z jasno określonymi celami, ukierunkowanych na poprawę efektów zdrowotnych jest dziś niekwestionowana.

Pomimo co najmniej dziesięciu lat pracy nad kwestią bezpieczeństwa pacjentów, możliwości globalnych, krajowych i lokalnych programów zmniejszania ryzyka, unikania szkód i poprawy bezpieczeństwa opieki zdrowotnej są nadal poważnie ograniczone przez brak wysokiej jakości systemów informacyjnych. Istnieje wiele różnych źródeł danych, które mogą rzucić światło na bezpieczeństwo pacjentów. Obejmują one systemy zgłaszania incydentów; wnoszenie skarg; roszczenia z tytułu błędów w sztuce; wyniki oceniane przez pacjentów; możliwe do uniknięcia zgony; narzędzia zachęcające do sporządzania opisów incydentów, do których doszło; audyty opieki klinicznej; badania nad obciążeniem szkodami; badania kultury organizacyjnej; i audyty zdarzeń wartowniczych. Z wyjątkiem incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów, większość danych opracowano w innych celach. Można je traktować jedynie jako zastępcze wskaźniki bezpieczeństwa pacjentów, chociaż niektóre z nich są bardzo pomocne w tej kwestii.

Obecnie dostępne źródła danych są w związku z tym fragmentaryczne i niespójne oraz dalece niewystarczające dla kompleksowego, zintegrowanego systemu informacyjnego potrzebnego w ramach programów bezpieczeństwa pacjentów. Kilku liderów ochrony zdrowia może otwarcie opisać, jakie dane wykorzystują ich organizacje do monitorowania i wyciągania wniosków z incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów. Jeszcze mniej rozumie swoje mocne strony i ograniczenia w pojmowaniu bezpieczeństwa pacjentów. Ocena zakresu informacji, jakie każde źródło danych może wnieść w odniesieniu do kluczowych pojęć opisanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta WHO, pozwoli wskazać obszary wymagające dalszych inwestycji.

W wymianie informacji należy uwzględniać doświadczenia i poglądy pacjentów oraz ich rodzin. Często jednak brakuje tych danych lub nie traktuje się ich priorytetowo podczas projektowania systemów informacji zdrowotnej.

Kluczowa rola systemów raportowania i uczenia się

Inwestowanie czasu i środków w tworzenie i prowadzenie systemów zgłaszania zdarzeń niepożądanych związanych z bezpieczeństwem pacjentów. W niektórych z nich zgromadzono duże bazy danych. Wiele można się nauczyć od innych branż wysokiego ryzyka, w których zgłaszanie, badanie i reagowanie na incydenty odbywa się w kulturze bez obwiniania, z silnym naciskiem na uczenie się – rozwiniętej do tego stopnia, że obserwuje się regularne zmniejszanie ryzyka i poprawę bezpieczeństwa. Na ogół nie dzieje się tak w opiece zdrowotnej, chociaż na całym świecie istnieją pewne przykłady, głównie na poziomie placówek opieki zdrowotnej.

Wiele programów bezpieczeństwa pacjentów wzbudziło bardzo wysokie oczekiwania co do potencjalnych efektów zgłaszania incydentów i systemów uczenia się. Idealnie byłoby, gdyby wszystkie zdarzenia w ochronie zdrowia, które spowodowały lub mogły spowodować szkody, były szybko dokumentowane, w pełni przeglądane i analizowane. Wynikające z tego działania doprowadziłyby do przeprojektowania procesów opieki, produktów i procedur oraz zmian w praktykach i stylach pracy jednostek i zespołów. Takie działania zwykle prowadzą do wymiernego i trwałego zmniejszenia ryzyka dla przyszłych pacjentów. Niektóre rodzaje szkód zostałyby całkowicie wyeliminowane. Jednak bardzo niewiele systemów ochrony zdrowia lub placówek opieki zdrowotnej na świecie może zbliżyć się do tego idealnego poziomu wydajności w rejestrowaniu i wyciąganiu wniosków z występowania możliwych do uniknięcia szkód.

Celem systemu zgłaszania powinno być zapewnienie odpowiednich zasobów zgodnie z liczbą zgłoszonych zdarzeń niepożądanych. Zgłaszanie zbyt wielu zdarzeń, co realnie uniemożliwia podjęcie odpowiednich działań lub

nawet analizy, nie mówiąc już o ich przeglądzie, wpływa negatywnie na osoby poświęcające czas na sumienne raportowanie. W takim przypadku organizacje mogłyby wybierać określone obszary i tematy oraz rodzaje zgłaszanych zdarzeń niepożądanych. To znacznie bardziej przybliży systemy raportowania do systemów zarządzania ryzykiem i doskonalenia w czasie rzeczywistym (tak jak ma to miejsce w innych sektorach). Dyskusja i dochodzenie na poziomie lokalnym umożliwiają szczegółowy wgląd w prawdopodobną przyczynę zdarzenia niepożądanego.

W odpowiedzi na trudności w umożliwieniu pełnego wykorzystania potencjału zgłaszanych zdarzeń niepożądanych związanych z bezpieczeństwem pacjentów, WHO opublikowała dokument *Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance in 2020*.

Uwagi na temat metod pomiaru bezpieczeństwa pacjentów

Niezależnie od tego, jakie dane są wykorzystywane do oceny poziomu bezpieczeństwa pacjentów w systemie ochrony zdrowia lub organizacji zdrowotnej, proces ten powinien być silnie powiązany z uczeniem się i doskonaleniem. Brak „pętli uczenia się” znacznie ogranicza wartość analizy zdarzeń niepożądanych.

Łatwo sformułować taki postulat, ale przełożenie tej zasady na określone procedury jest znacznie trudniejsze. Na przykład, w jaki sposób analiza danych dotyczących incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów:

- ▶ prowadzi do zmniejszenia liczby możliwych do uniknięcia zgonów na szpitalnym oddziale intensywnej terapii?
- ▶ ogranicza poważne błędy w wydawaniu leków w każdej aptece w kraju?
- ▶ zapobiega wszystkim samobójstwom na oddziale zdrowia psychicznego?
- ▶ zmniejsza liczbę infekcji związanych z opieką zdrowotną w wiejskim szpitalu bez bieżącej wody?
- ▶ eliminuje rozprzestrzenianie chorób wirusowych przenoszonych przez krew przez skażone igły w obozie dla uchodźców?

Pomiar bezpieczeństwa pacjentów powinien opierać się na danych, które są regularnie gromadzone w celu obsługi systemów ochrony zdrowia i zarządzania nimi. Wymaga to również wsparcia przez działania zarządcze, które faktycznie wzmacniają infrastrukturę informacyjną w taki sposób, aby można było zmierzyć bezpieczeństwo pacjentów. Większość dyskusji na temat danych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów dotyczy ich reaktywnego wykorzystania. Znacznie mniej uwagi poświęca się inicjatywom, które wykorzystują takie dane do antycypacyjnego, proaktywnego uczenia się.

Istnieją również szerokie możliwości wzmocnienia wydajności systemów informatycznych, na przykład powiązanie zgłoszeń zdarzeń niepożądanych związanych z bezpieczeństwem pacjentów z dokumentacją medyczną i innymi źródłami danych oraz całym obszarem dużych zbiorów danych (*big data*) i sztucznej inteligencji. Takie innowacje mogą zapewnić znacznie głębszy wgląd w przyczyny szkód, a także sposoby ich ograniczania.

Pod koniec 2019 roku podczas światowego seminarium w Salzburgu określono następujące zasady pomiaru bezpieczeństwa pacjentów:

- ▶ Celem pomiaru jest gromadzenie i rozpowszechnianie wiedzy, która inspirowa do działania i doskonalenia.
- ▶ Skuteczny pomiar wymaga pełnego zaangażowania pacjentów, rodzin i społeczności w całym systemie ochrony zdrowia.
- ▶ Pomiar bezpieczeństwa musi zwiększać równość.
- ▶ Wybrane parametry muszą umożliwić zintegrowany wgląd w system ochrony zdrowia w ramach kontinuum opieki i całej ścieżki podróży pacjenta przez system do osiągnięcia stanu zdrowia.
- ▶ Dane należy gromadzić i analizować w czasie rzeczywistym, aby jak najczęściej proaktywnie identyfikować i zapobiegać szkodom.
- ▶ Systemy pomiarowe, dowody i praktyki należy koniecznie stale zmieniać i dostosowywać.
- ▶ Obciążenie gromadzonymi i analizowanymi pomiarami musi zostać zmniejszone.
- ▶ Interesariusze muszą celowo wspierać kulturę cechującą się bezpieczeństwem i sprawiedliwością, aby w pełni zoptymalizować wartość pomiaru.

Stosowanie tych zasad będzie trudniejsze w niektórych krajach, organizacjach opieki zdrowotnej i warunkach sprawowania opieki niż w innych. Poziomy inwestycji w systemy informacyjne będą się różnić między krajami, a ich zdolność do pomiaru będzie z kolei ograniczana przez dostępną technologię, wiedzę fachową i przeznaczone do tego zasoby. Nie ma wątpliwości, że poprawa bezpieczeństwa pacjentów wymaga zaangażowania w rozwój zdolności analitycznych. W trakcie tego procesu organizacje opieki zdrowotnej powinny dążyć do przejścia od czysto opisowych lub diagnostycznych faz pracy (co się stało? i dlaczego tak się stało?) do działań o charakterze predykcyjnym (co może się wydarzyć?) i nakazowym (co możemy zrobić?).

Po zidentyfikowaniu priorytetowych kwestii wymagających interwencji, ustalone metody poprawy jakości można wykorzystać do zaprojektowania i przeprojektowania systemów i procesów w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów. Modele zmian opracowane na podstawie skutecznego ich stosowania w opiece zdrowotnej przez kilka dekad mogą pomóc zespołom sformułować cel projektu

i ustrukturyzować plany opracowywania i testowania zmian, monitorować wpływ zmian i podtrzymywać skuteczność działań.

Badania: generowanie wiedzy poprzez badania umożliwia rozwiązania dotyczące kwestii braku zachowania bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej

Jednym z głównych strategicznych celów badań nad bezpieczeństwem pacjentów jest uzyskiwanie nowych informacji, które zwiększą zdolności systemów ochrony zdrowia, a także organizacji zdrowotnych i lekarzy, którzy je tworzą, do ograniczania szkód związanych z opieką zdrowotną. Idealnie byłoby, gdyby wyniki badań naukowych można było uogólnić na inne systemy ochrony zdrowia na całym świecie.

Dzięki badaniom prowadzonym pod koniec lat 90. XX wieku w populacjach hospitalizowanych pacjentów, dotyczących częstości występowania i rozpowszechnienia błędów i szkód w opiece zdrowotnej, po raz pierwszy uświadomiono sobie ich skalę i charakter. W następstwie tego bezpieczeństwo pacjentów stało się priorytetem dla decydentów w wielu częściach świata, powstało też pole aktywnych badań, na które przeznaczano znaczne środki.

Badania i rozwój były jednym z priorytetowych obszarów, kiedy po raz pierwszy ustanawiano Program Bezpieczeństwa Pacjentów WHO. Od tego czasu badania nad bezpieczeństwem pacjentów rozwinęły się w kilku kierunkach. Obejmują one badania dotyczące zakresu i przyczyny szkód wyrządzanych pacjentom w różnych specjalnościach klinicznych (na przykład anestezjologia), w obszarach terapii (na przykład leki), w grupach demograficznych (na przykład noworodki) oraz w warunkach (na przykład bloki operacyjne). Zmieniono koncepcje dotyczące problemów z ustalonym wzorcem szkód oraz zbadano je pod kątem bezpieczeństwa pacjentów (na przykład infekcja w ochronie zdrowia), oceniono możliwe rozwiązania technologiczne i inne, mające na celu zmniejszenie ryzyka, a w medycynie i ochronie zdrowia zastosowano koncepcje bezpieczeństwa i interwencji z innych obszarów.

W ostatniej dekadzie podejmowano próby przełożenia wyników tych badań na poprawę bezpieczeństwa opieki i zmniejszenie relatywnie wysokiego obciążenia szkodami. Niektóre kluczowe obszary, takie jak (a) szersze wykorzystanie teorii i modeli logicznych; (b) lepsze zrozumienie związku między zastępczymi punktami końcowymi zastosowanymi w wielu badaniach a rzeczywistą szkodą; (c) lepsze opisy interwencji i ich proponowanych mechanizmów działania oraz metod implementacji; (d) dokładniejsze wyjaśnienie pożądanego i niezamierzonego wyników; oraz (e) bardziej szczegółowy opis i pomiar

warunków oraz ich wpływu na skuteczność interwencji wymagają nowego podejścia metodologicznego.

Nie należy lekceważyć wcześniejszych postępów metodologicznych. Badacze powinni być wyczuleni na wyzwania, które mogą się pojawić po zastosowaniu niekonwencjonalnych koncepcji i definicji w celu poprawy jakości i wartości tej pracy. Szczególnie pomocne będzie stosowanie uzgodnionej terminologii, opracowanie podstawowego zestawu miar wyników bezpieczeństwa pacjentów w badaniu (oraz ich hierarchicznej kolejności), a także stworzenie większej liczby list kontrolnych zgłaszania bezpieczeństwa pacjentów. Staranne dostosowanie do Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjentów WHO (*International Classification for Patient Safety*) będzie wspierać globalne udostępnianie danych w celu ustalania priorytetów i wymiany rozwiązań dla wspólnych wyzwań, maksymalizując w ten sposób możliwości uczenia się na rzadkich zdarzeniach.

Najważniejsze badania potrzebne w nadchodzącej dekadzie to próby formalnej oceny skuteczności polityki i działań w zakresie zdrowia publicznego lub interwencji klinicznych mających na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów. Opracowując takie badania, badacze muszą uczyć się, wykorzystując postępy w innych obszarach klinicznych (takich jak choroby sercowo-naczyniowe i neurologiczne), w których testowanie zakresu interwencji na dużą skalę było możliwe dzięki tak zwanym „mega” badaniom. Taka paralela nie jest jednak prosta. Wiele takich badań obejmowało interwencje terapeutyczne, podczas gdy w przypadku bezpieczeństwa pacjentów większość interwencji to prawdopodobnie złożone, niefarmakologiczne interwencje. Rozwój badań będzie wymagał ambicji i współpracy między badaczami, rzadko spotykanej wcześniej w badaniach nad bezpieczeństwem pacjentów.

Przeprowadzono bardzo niewiele badań dotyczących skali i charakteru szkód w podstawowej opiece zdrowotnej, w placówkach zdrowia psychicznego oraz wśród wrażliwych grup pacjentów (takich jak osoby starsze i osoby niepełnosprawne). W krajach o niskich i średnich dochodach istnieje również pilna potrzeba określenia, opracowania i przetestowania lokalnie skutecznych i przystępnych kosztowo rozwiązań oraz strategii ograniczania ryzyka, a także oceny wpływu interwencji na rzecz bezpieczeństwa pacjentów.

Globalne przejście od systemów opartych na dokumentacji papierowej do infrastruktury cyfrowej umożliwi prowadzenie badań i innowacji w zakresie bezpieczeństwa pacjentów w sposób terminowy, wydajny i efektywny kosztowo. Analiza danych z elektronicznej dokumentacji medycznej może stać się domyślnym podejściem do badań dotyczących epidemiologii i obciążenia chorobami

w wyniku incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów. Taką infrastrukturę można również wykorzystywać do opracowywania modeli prognozowania ryzyka, wspomaganych metodami analitycznymi opartymi na sztucznej inteligencji, w celu identyfikowania osób najbardziej narażonych na szkody w wyniku incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów. Rozwój technologii informacji medycznej oferuje również możliwości wspierania świadczenia opieki i samodzielnego zarządzania poprzez komputerowe wspomaganie decyzji zawodowych lub skierowanych do pacjentów. Przejście na infrastrukturę cyfrową nie jest pozbawione ryzyka – na przykład ze strony nieobiektywnych algorytmów lub naruszeń danych, które mogą dotyczyć całych populacji. W najbliższej przyszłości technologie te będą ograniczone do dobrze wyposażonych systemów ochrony zdrowia.

Technologia skoncentrowana na człowieku może w ogromnym stopniu przyczynić się do bezpieczeństwa pacjentów. Na szczeblach lokalnym, krajowym i międzynarodowym należy opracować i wdrożyć strategie cyfrowe dotyczące podstawowych kwestii związanych ze standaryzacją, interoperacyjnością, wydajnością, oceną potrzeb i rozwojem. Przy projektowaniu i ocenie standardów, sprzętu i oprogramowania należy zastosować podejście uwzględniające czynnik ludzki. Dobrze przebadane i skuteczne terapie medyczne wykazują jednak działania niepożądane. Systemy informacji zdrowotnej z pewnością poprawiły bezpieczeństwo pacjentów, należy jednak zachować czujność, aby zidentyfikować i zareagować na niezamierzone następstwa nowych technologii dla bezpieczeństwa. Ta uwaga jest szczególnie ważna w przypadku najbardziej zaawansowanych systemów o wysokim poziomie automatyzacji, a co za tym idzie pozbawionych kontroli przez człowieka. Krajowe strategie cyfrowe powinny obejmować niezależne, kształtujące programy ewaluacyjne. Oceny powinny również mieć na celu poznanie efektów niezastosowania systemów cyfrowych, ponieważ jest to równie ważne dla przyjęcia technologii i bezpieczeństwa pacjentów, jak zrozumienie ich wykorzystania.

Przełożenie wyników badań na poprawę bezpieczeństwa pacjentów nie zaczyna się i nie kończy wraz z przedstawieniem danych decydentom i praktykom. Wdrażanie nowych praktyk prawie zawsze wiąże się z procesem rozwoju organizacji, w tym aspektów dotyczących postaw i kultury zawodowej. Jeśli opieka zdrowotna ma być bezpieczniejsza, priorytetem musi zostać ukierunkowanie programów badawczych na problemy i zastosowanie ostatecznych rozwiązań. Znacznie bliższe relacje z decydentami będą niezbędne do przejścia z obecnego modelu przenoszenia wiedzy „push” na model „pull”, w którym badacze szybciej reagują na potrzeby decydentów.

Cel strategiczny 6

Zapewnienie stałego przepływu informacji i wiedzy w celu ograniczania ryzyka, zmniejszania zakresu możliwych do uniknięcia szkód oraz poprawy bezpieczeństwa opieki zdrowotnej

STRATEGIA 6.1:

Ustanowienie lub wzmocnienie systemów zgłaszania incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów i uczenia się na nich

Działania dla rządów

- ▶ Ustanowienie lub wzmocnienie istniejących mechanizmów zgłaszania zdarzeń niepożądanych związanych z bezpieczeństwem pacjentów i uczenia się zarówno w publicznym, jak i prywatnym sektorze ochrony zdrowia oraz w razie potrzeby wprowadzenie ulepszeń do systemu (zob. *WHO Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance, 2020* oraz *WHO Minimal information model for patient safety incident reporting and learning systems: user guide, 2016*).
- ▶ Opracowanie systemu ostrzeżeń dotyczących bezpieczeństwa dla systemu ochrony zdrowia, w celu zwrócenia uwagi i doradzania w zakresie podejmowanych działań w przypadku incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów, które wskazują na zagrożenia o skutkach dla całego systemu. Położenie nacisku na potrzebę badania zdarzeń niepożądanych, wyciągania wniosków i podejmowania jasnych działań w celu złagodzenia pierwotnej przyczyny zgłaszanych incydentów.
- ▶ Wspieranie i ułatwianie terminowego dostępu do danych w celach badawczo-rozwojowych.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Ocena funkcjonalności obecnego systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych związanych z bezpieczeństwem pacjentów, dostosowanego do *WHO Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance, 2020* oraz *WHO Minimal information model for patient safety incident reporting and learning systems: user guide, 2016*, a także wszystkich wytycznych krajowych.
- ▶ Stworzenie przyjaznych dla użytkownika, poufnych i skutecznych mechanizmów raportowania.
- ▶ Zastosowanie systemu raportowania i uczenia się, w celu zidentyfikowania priorytetów w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, którymi należy objąć działaniami doskonalącymi.
- ▶ Zorganizowanie (jeśli nie ma) lub dostosowanie systemu raportowania i uczenia się do odpowiedniej skali, zgodnie ze zdolnością organizacji do odnotowywania, analizowania i badania zdarzeń niepożądanych; wspieranie działań w kierunku poprawy wydajności systemu.
- ▶ Zaangażowanie i wywołanie entuzjazmu u wszystkich pracowników organizacji w zakresie raportowania i uczenia się, przekazując informacje zwrotne dotyczące tego, czego się nauczono i jakie działania zostały podjęte w celu poprawy bezpieczeństwa.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Podnoszenie świadomości znaczenia zgłaszania zdarzeń niepożądanych związanych z bezpieczeństwem pacjentów i rozpowszechniania wyciągniętych wniosków, w tym potrzeby promowania służących temu celowi kultur organizacyjnych ochrony zdrowia i wartości zawodowych.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Opracowanie narzędzi wdrażania i wytycznych wspierających kraje w tworzeniu systemów sprawozdawczości i uczenia się.
- ▶ Rozpowszechnianie raportów WHO oraz wytycznych i narzędzi do nauki.
- ▶ Opracowanie powiązań między raportowaniem dotyczącym bezpieczeństwa a programami edukacyjnymi w odpowiednich departamentach WHO.
- ▶ Zapewnienie wsparcia technicznego państwom członkowskim w tworzeniu i wzmocnieniu systemów zgłaszania zdarzeń niepożądanych związanych z bezpieczeństwem pacjentów i wyciągania wniosków.
- ▶ Stworzenie globalnej sieci krajowych systemów zgłaszania i uczenia się w celu dzielenia się wiedzą na temat zdarzeń niepożądanych związanych z bezpieczeństwem pacjentów i źródeł możliwych do uniknięcia szkód, które mogą mieć miejsce w wielu krajach i placówkach ochrony zdrowia, a także rozpowszechnianie wyciągniętych wniosków.

STRATEGIA 6.2:

Stworzenie systemu informacji o bezpieczeństwie pacjentów na podstawie wszystkich źródeł danych związanych z zagrożeniami i szkodami nieodłącznie związanymi ze świadczeniem opieki zdrowotnej oraz zintegrowanego z istniejącymi systemami informacji zarządzania zdrowiem

Działania dla rządów

- ▶ Wzmocnienie synergii i kanałów wymiany danych między źródłami informacji o bezpieczeństwie pacjentów, takimi jak systemy zgłaszania zdarzeń niepożądanych (w tym zgłoszeń pacjentów), roszczenia z tytułu błędów w sztuce lekarskiej, zgłaszane przez pacjentów doświadczenia i miary wyników, audyty opieki klinicznej, przeglądy dokumentacji medycznej, ankiety, audyty istotnych zdarzeń, badania obciążenia szkodami oraz dane z nadzoru bezpieczeństwa produktów krwiopochodnych, leków, szczepionek, wyrobów medycznych i procedur przeszczepiania narządów, w celu podejmowania szybkich działań i interwencji.
- ▶ Publikowanie rocznego raportu na temat wyników systemu ochrony zdrowia w kraju w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, w tym częstotliwości, charakteru i następstw możliwych do uniknięcia szkód w opiece zdrowotnej.
- ▶ Opracowanie zestawu wskaźników bezpieczeństwa pacjentów zgodnych z globalnymi celami w zakresie bezpieczeństwa pacjentów. Wskaźniki te powinny być porównywalne między placówkami ochrony zdrowia, jak również na poziomie krajowym.
- ▶ Opracowanie opartych na rygorystycznej ocenie mechanizmów odpowiedzialności, w celu zapewnienia postępu w ograniczaniu szkód i poprawie bezpieczeństwa pacjentów w całym systemie opieki zdrowotnej.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Identyfikacja i śledzenie źródła możliwych do uniknięcia szkód w całej organizacji i w każdej usłudze klinicznej.
- ▶ Wdrożenie wskaźników bezpieczeństwa pacjenta i wykorzystywanie ich do śledzenia postępów i monitorowania tendencji.
- ▶ Ocena wpływu programów doskonalenia ze szczególnym uwzględnieniem utrzymania korzyści z upływem czasu.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Powoływanie grup ekspertów, badaczy i społeczeństwa obywatelskiego w celu opracowania lepszych metodologii i systemów danych do pomiaru bezpieczeństwa opieki zdrowotnej oraz sposobów oceny postępów.
- ▶ Dzielenie się programami edukacyjnymi w ramach i pomiędzy organizacjami zawodowymi i stowarzyszeniami specjalistycznymi w celu opracowania skutecznych rozwiązań w zakresie możliwych do uniknięcia szkód i zgonów w opiece zdrowotnej.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Monitorowanie praktyki w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i ocena postępów w odniesieniu do najlepszych praktyk i skutecznych systemów stanowiących punkt odniesienia.
- ▶ Włączenie globalnych celów w zakresie bezpieczeństwa pacjentów do ramowych wyników WHO Thirteenth General Programme of Work.
- ▶ Utworzenie repozytorium wskaźników bezpieczeństwa pacjenta.
- ▶ Opracowanie i rozpowszechnianie narzędzi oceny bezpieczeństwa pacjentów w różnych placówkach opieki zdrowotnej.

STRATEGIA 6.3:

Stworzenie, synergia i skalowanie systemów nadzoru nad bezpieczeństwem pacjentów, w celu ustalenia skali i przyczyn szkód w systemie ochrony zdrowia

Działania dla rządów

- ▶ Opracowanie systemu nadzoru nad bezpieczeństwem pacjentów, w celu monitorowania praktyki w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i oceny postępów w odniesieniu do najlepszych praktyk i najlepszych wyników.
- ▶ Stworzenie podstawowej bazy laboratoryjnej na poziomie krajowym i niższym, w celu szybkiego wykrywania infekcji i innych zagrożeń bezpieczeństwa pacjentów oraz reagowania na nie.
- ▶ Ustanowienie niezależnego mechanizmu dochodzeniowego w przypadkach poważnych szkód i zdarzeń wartowniczych gwarantującego szczegółową analizę.
- ▶ Przeprowadzenie podstawowych i równoległych badań, mających na celu ustalenie obciążeń wywołanych szkodami spowodowanymi opieką bez zachowania zasad bezpieczeństwa.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Udział w systemie nadzoru nad bezpieczeństwem pacjentów na poziomach krajowym i lokalnym.
- ▶ Tworzenie analiz porównawczych w celu porównania wyników organizacji w zakresie radzenia sobie z możliwymi do uniknięcia szkodami z najlepszymi praktykami w innych miejscach w kraju i na świecie.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Wspieranie rządów i placówek ochrony zdrowia w tworzeniu i wdrażaniu systemów nadzoru bezpieczeństwa.
- ▶ Połączenie wiedzy i doświadczenia w nauce o doskonaleniu w innych dziedzinach opieki zdrowotnej oraz poza sektorem ochrony zdrowia; udostępnianie tych zasobów, w celu doradzania w sprawie programów krajowych i lokalnych.
- ▶ Wspieranie tworzenia systemów i sieci laboratoriów na poziomach lokalnym, krajowym i globalnym w celu szybkiego wykrywania i reagowania na pojawiające się infekcje i zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Przeprowadzenie podstawowych badań dotyczących globalnego obciążenia związanego z możliwymi do uniknięcia szkodami w opiece zdrowotnej oraz ocena postępów i poprawy w czasie.
- ▶ Wspieranie państw członkowskich w opracowywaniu, wdrażaniu i wzmacnianiu systemów nadzoru nad bezpieczeństwem pacjentów, w tym sieci laboratoriów, w celu identyfikacji pojawiających się zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Opracowanie wytycznych normatywnych dotyczących metodologii uczenia się i doskonalenia bezpieczeństwa pacjentów.

STRATEGIA 6.4:

Opracowanie aktywnych i finansowanych programów badań nad bezpieczeństwem pacjentów, zwłaszcza badań translacyjnych

Działania dla rządów

- ▶ Mapowanie, analiza i ustalenie priorytetowych obszarów, w których badania mogą znacznie poprawić wiedzę na temat możliwych do uniknięcia szkód i ich ograniczenia w krajowym systemie ochrony zdrowia.
- ▶ Zapewnienie wystarczających zdolności, umiejętności i zasobów dla zaspokojenia potrzeb kraju w zakresie badań nad bezpieczeństwem pacjentów.
- ▶ Włączenie międzynarodowych badań naukowych, jeśli mają zastosowanie w kontekście lokalnym, do polityki i programów wdrożeniowych na rzecz bezpieczeństwa pacjentów; ułatwienie ich przełożenia na praktyki w miejscu opieki.
- ▶ Opracowanie lub włączenie oceny ryzyka bezpieczeństwa do istniejących programów oceny technologii medycznych przeznaczonych dla procedur medycznych, leków, urządzeń i produktów technologii informacyjnej.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Zapewnienie sprzyjającego środowiska dla badań nad przyczynami możliwych do uniknięcia szkód i opracowywania skutecznych interwencji w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Projektowanie programów poprawy bezpieczeństwa pacjentów w każdej placówce klinicznej powinno się opierać na priorytetach wynikających z lokalnych danych z wykorzystaniem dostępnych dowodów naukowych dotyczących skutecznych rozwiązań i najbezpieczniejszych praktyk w celu udoskonalenia systemu.
- ▶ Współpraca z badaczami w zakresie pomiarów i badań nad doskonaleniem.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Powołanie organów finansujących badania, badaczy i partnerów badawczych, w celu rozwoju programu badań nad bezpieczeństwem pacjentów.
- ▶ Zapewnienie istotnej roli pacjentów i rodzin w ustalaniu priorytetów badawczych, projektowaniu badań, prowadzeniu badań, wsparciu w zakresie finansowania i zarządzania badaniami.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Utrzymanie aktualizowanej strategii badawczej określającej priorytety badań nad bezpieczeństwem pacjentów w krajach o wysokich, średnich i niskich dochodach.
- ▶ Uruchamianie zasobów do promowania i wspierania badań nad bezpieczeństwem pacjentów.
- ▶ Promowanie i wspieranie badań nad bezpieczeństwem pacjentów w określonych obszarach, takich jak bezpieczeństwo pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej, zdrowie psychiczne, osoby niepełnosprawne i starzejące się społeczeństwa.
- ▶ Promowanie i zapewnianie wsparcia w budowaniu potencjału badawczego w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, szczególnie w krajach o niskich i średnich dochodach.

STRATEGIA 6.5:

Opracowywanie i wdrażanie cyfrowych rozwiązań poprawiających bezpieczeństwo ochrony zdrowia

Działania dla rządów

- ▶ Opracowanie krajowej strategii i koniecznych narzędzi lub zharmonizowanie istniejącej strategii w celu odniesienia korzyści z cyfryzacji, w tym wykorzystania sztucznej inteligencji i dużych zbiorów danych, do wysiłków na rzecz poprawy bezpieczeństwa opieki zdrowotnej w kraju, zgodnie z krajową cyfrową strategią zdrowia (zob. *WHO Global Strategy on Digital Health 2020–2025*).
- ▶ Promowanie i wspieranie cyfryzacji procesów opieki zdrowotnej, takich jak dokumentacja medyczna, elektroniczne wystawianie recept i systemy wspomaganie decyzji klinicznych, z odpowiednim uwzględnieniem interoperacyjności rozwiązań cyfrowych.
- ▶ Zainwestowanie zasobów w cyfryzację usług zdrowotnych dla użytkowników końcowych, takich jak telemedycyna i telediagnostyka, a także w publiczne usługi zdrowotne, takie jak promocja zdrowia, nadzór nad chorobami i profilaktyka.
- ▶ Ustanowienie mechanizmów oceny i zapewnienia bezpieczeństwa rozwiązań technologii informatycznych w ochronie zdrowia przed ich wdrożeniem do użytku w sektorze ochrony zdrowia.
- ▶ Nieustanne monitorowanie aspektów bezpieczeństwa produktów technologii informatycznych dla zdrowia stosowanych w procesach klinicznych i diagnostycznych.
- ▶ Zapewnienie działań regulacyjnych lub prawnych w celu wykorzystania danych dotyczących opieki zdrowotnej do terminowych celów analitycznych bez narażania prywatności, poufności i etycznych standardów opieki nad poszczególnymi pacjentami i obywatelami.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Wdrażanie nowych i sprawdzonych technologii w celu poprawy bezpieczeństwa opieki na dużą skalę.
- ▶ Przekazywanie informacji zwrotnych dotyczących informacji i doświadczeń związanych z wykorzystaniem technologii cyfrowych w programie bezpieczeństwa pacjentów organizacji osobom odpowiedzialnym za krajową strategię.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Rozwijanie istniejących i nowych technologii cyfrowych, w celu usprawniania identyfikacji i analiz ryzyka, możliwych do uniknięcia szkód i incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów.
- ▶ Połączenie innowatorów technologicznych z liderami systemów ochrony zdrowia i klinicznych, w celu badania nowych, skuteczniejszych sposobów identyfikowania ryzyka i potencjalnych szkód oraz odkrywania nowych sposobów poprawy bezpieczeństwa pacjentów przy aktywnym zaangażowaniu przemysłu i sektora prywatnego.
- ▶ Promowanie i finansowanie innowacyjnego wykorzystania technologii cyfrowej w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Wykorzystanie cyfrowych metod do identyfikowania i informowania o źródłach możliwych do uniknięcia szkód i zagrożeń, które występują w systemach ochrony zdrowia na całym świecie.

- ▶ Identyfikacja i skatalogowanie obszarów, w których technologia cyfrowa może pomóc w zwiększeniu bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.
- ▶ Opracowanie ram polityki, obszarów praktyki oraz kwestii etycznych i regulacyjnych dotyczących korzystania z technologii cyfrowych w celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Opracowanie bazy danych i taksonomii szkód pacjenta potencjalnie związanych z technologiami cyfrowymi.
- ▶ Opracowanie cyfrowych narzędzi i aplikacji pomagającym usługodawcom w świadczeniu bezpieczniejszej opieki.

Pomocne źródła

Institute for Healthcare Improvement and Salzburg Global Seminar. 2019. The Salzburg Statement on moving measurement into action: global principles for measuring patient safety. Salzburg (https://www.salzburgglobal.org/fileadmin/user_upload/Documents/2010-2019/2019/Session_622/SalzburgGlobal_Statement_622_Patient_Safety_01.pdf, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2009. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: WHO ([https://www.who.int/publications/i/item/the-conceptual-framework-for-the-international-classification-for-patient-safety-\(icps\)](https://www.who.int/publications/i/item/the-conceptual-framework-for-the-international-classification-for-patient-safety-(icps)), accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2012. Patient safety research: a guide for developing training programmes. Geneva: WHO (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75359/9789241503440_eng.pdf?sequence=1, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2014. Working paper: preliminary version of minimal information model for patient safety. Geneva:

WHO (https://www.who.int/patientsafety/implementation/IMPS_working-paper.pdf?ua=1, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2020. Global Strategy on Digital Health 2020–2025. Geneva: WHO (<https://www.who.int/docs/default-source/documents/g4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2020. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2016. Patient safety assessment manual, second edition. Cairo: WHO (https://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_18948.pdf?ua=1; accessed 16 July 2021).

The Health Foundation. 2013. The measurement and monitoring of safety (<https://www.health.org.uk/publications/the-measurement-and-monitoring-of-safety>, accessed on 16 July 2021).

Cel strategiczny 7

Synergia, partnerstwo i solidarność

Rozwijanie i utrzymywanie wielosektorowej i międzynarodowej współpracy, partnerstwa i solidarności w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki zdrowotnej



W ciągu ostatnich dwudziestu lat podejście do poprawy bezpieczeństwa pacjentów opierało się przede wszystkim na systemie ochrony zdrowia i obejmowało kilka zdefiniowanych mechanizmów i struktur, które przekładają elementy systemu bezpieczeństwa pacjenta na opiekę sprawowaną bezpośrednio nad pacjentem.

Kilka powiązanych programów odnośnie do bezpieczeństwa i programów klinicznych wykazywało tendencję do funkcjonowania w izolacji z ograniczoną interakcją, integracją lub jakimikolwiek bezpośrednimi i obowiązkowymi powiązaniem z elementami systemu ochrony zdrowia dotyczącymi bezpieczeństwa pacjentów. Brakującym ogniwem był brak instytucjonalizacji bezpieczeństwa pacjentów w różnych programach i obszarach praktyki. Bezpieczeństwo pacjentów jest ważną częścią świadczenia opieki zdrowotnej na wszystkich poziomach, w tym lokalnym, podstawowym i szpitalnym.

Niezbędne jest opracowanie mechanizmów integracji i wdrażania strategii bezpieczeństwa pacjentów we wszystkich technicznych programach zdrowotnych, programach dotyczących chorób przenoszonych wertykalnie i obszarach ryzyka. Będzie to miało potencjalny wpływ na ograniczenie możliwych do uniknięcia szkód i ograniczenie ryzyka wystąpienia takich szkód związanych

z procedurami, produktami i urządzeniami opieki zdrowotnej. Kluczowe obszary objęte zakresem działania obejmują bezpieczeństwo leków, bezpieczeństwo chirurgiczne, prewencja zakażenia (IPC, *infection prevention control*), leczenie sepsy, bezpieczeństwo diagnostyczne, higienę środowiska i infrastrukturę, bezpieczeństwo iniekcji, bezpieczeństwo krwiolecznictwa i bezpieczeństwo dotyczące promieniowania.

Należy rozpoznać i zidentyfikować cechy wspólne i wyjątkowość każdego obszaru bezpieczeństwa. Celem „Globalnego planu działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030” jest osiągnięcie tego poprzez integrację i zwiększenie potencjału oraz zasobów dla większych korzyści i postępu.

Ze względu na zintegrowaną rolę bezpieczeństwa pacjentów we wszystkich systemach ochrony zdrowia niezbędna jest synergia z wieloma partnerami w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów na całym świecie, w tym z państwami członkowskimi, organami międzyrządowymi, wyspecjalizowanymi agencjami Organizacji Narodów Zjednoczonych (takimi jak Organizacja Narodów Zjednoczonych ds. Fundusz i Międzynarodowa Organizacja Pracy), partnerami rozwojowymi, organizacjami zawodowymi, organizacjami społeczeństwa obywatelskiego,

organizacjami pacjentów, uniwersytetami, ekspertami oraz osobami wspierającymi i liderami bezpieczeństwa pacjentów.

Partnerstwa pomogły ukształtować projekty i realizację inicjatyw WHO dotyczących bezpieczeństwa pacjentów. Na przykład WHO GPSC: *Clean care is safer care* zgromadziła prawie wszystkich światowych ekspertów w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Pomogli oni opracować pierwsze w historii oparte na dowodach wytyczne WHO dotyczące higieny rąk, w celu wsparcia realizacji tego wyzwania. Koalicja państw członkowskich, stowarzyszeń zawodowych, ośrodków akademickich, organizacji pozarządowych i przedstawicieli pacjentów pomogła w realizacji programu, którego główne cele objęły 90% światowej populacji.

Światowa Organizacja Zdrowia zachęca interesariuszy do tworzenia wspólnych inicjatyw w celu poprawy i wspierania bezpieczeństwa systemów ochrony zdrowia na całym świecie, szczególnie w krajach o niskich i średnich dochodach. Inicjatywy takie jak Global Patient Safety Collaborative mogą pomóc zmniejszyć ryzyko możliwych do uniknięcia szkód i poprawić bezpieczeństwo krajowych systemów ochrony zdrowia, w tym na poziomie placówki.

Szczególne znaczenie dla wzmocnienia i rozpowszechniania dobrych praktyk w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i uczenia się na wszystkich poziomach ma budowanie partnerstwa i tworzenie sieci na całym świecie. Wszystkie wspólne inicjatywy i partnerstwa powinny się opierać na wzajemnym szacunku i zaufaniu, jasnej komunikacji i wspólnej wizji oczekiwanego rezultatu. Wszystkie partnerstwa na rzecz bezpieczeństwa pacjentów powinny mieć charakter multidyscyplinarny i wielosektorowy, a podstawą sukcesu powinna być wyraźna i spójna koordynacja, wspólne planowanie i realizacja.

Ogromną wartość mają sieci, które stymulują dialog, dzielenie się możliwymi do zastosowania strategiami obejmującymi niegenerujące wysokich kosztów interwencje oraz promują ciągłe uczenie się i wyciąganie wniosków mogących również mieć zastosowanie w krajach o niskich

i średnich dochodach lub w państwach niestabilnych. Multidyscyplinarne sieci bezpieczeństwa pacjentów, które obejmują kilka rodzajów interesariuszy, mogą być pomocne w ulepszaniu zintegrowanej opieki skoncentrowanej na ludziach i dążeniu do powszechnego dostępu do ochrony zdrowia. W dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów działa wielu interesariuszy, którzy dysponują bogatym doświadczeniem, najlepszymi praktykami i wnioskami.

W ostatnich kilku latach WHO utworzyła Globalną Sieć Bezpieczeństwa Pacjentów (Global Patient Safety Network) mającą na celu połączenie podmiotów i interesariuszy z krajowych i międzynarodowych agencji i instytucji ds. bezpieczeństwa pacjentów i jakości; ministerstw zdrowia; krajowych, regionalnych i strefowych punktów centralnych z krajów we wszystkich sześciu regionach WHO; krajowych, regionalnych i globalnych punktów centralnych WHO ds. bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki, międzynarodowych organizacji zawodowych i innych kluczowych interesariuszy. Główne cele tej sieci obejmują zachęcanie przywódców do zaangażowania; zbieranie dowodów z różnych punktów widzenia, w celu kształtowania przyszłej polityki i praktyki; wzmocnienie transgranicznego transferu wiedzy i możliwości technicznych; zinstytucjonalizowanie bezpieczeństwa pacjentów na rzecz zrównoważonego rozwoju; oraz zachęcanie do dzielenia się i stosowania najlepszych praktyk.

Strategiczne cele WHO w obszarze bezpieczeństwa pacjentów obejmują zapewnienie światowego przywództwa oraz wykorzystanie wiedzy, doświadczenia i innowacji w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów w placówkach opieki zdrowotnej. Wyjątkowa rola WHO polega na organizacji i tworzeniu na wszystkich poziomach narzędzi do poprawy bezpieczeństwa pacjentów i zarządzania ryzykiem w opiece zdrowotnej poprzez międzynarodową współpracę, zaangażowanie i skoordynowane działania między państwami członkowskimi, instytucjami, ekspertami technicznymi, pacjentami, organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, organizacjami pacjentów, przemysłem, partnerami rozwojowymi i innymi zainteresowanymi stronami.

Cel strategiczny 7

Rozwijanie i utrzymywanie wielosektorowej i międzynarodowej współpracy, partnerstwa i solidarności w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki zdrowotnej

STRATEGIA 7.1: Pełne zaangażowanie wszystkich interesariuszy, którzy mogą mieć pozytywny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów	Działania dla rządów <ul style="list-style-type: none">Przeprowadzenie analizy interesariuszy na szczeblach krajowym i regionalnym, w tym osób i organizacji reprezentujących sektory publiczny i prywatny, mogących zaangażować się w działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów.Zdefiniowanie ról i obowiązków wszystkich interesariuszy w promowaniu i zwiększaniu bezpieczeństwa pacjentów w krajowym systemie ochrony zdrowia.Ustanowienie jasnych i kompleksowych mechanizmów koordynacji zaangażowania interesariuszy w działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów.
	Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia <ul style="list-style-type: none">Rozpoznanie interesariuszy w ramach populacji objętej opieką, w tym pacjentów, rodzin i liderów lokalnych społeczności, lokalnych oddziałów organizacji zawodowych i organizatorów szkoleń oraz zaangażowanie ich w programy i inicjatywy organizacji dotyczące bezpieczeństwa pacjentów.
	Działania dla interesariuszy <ul style="list-style-type: none">Ograniczenie pracy w strukturach silosowych i promowanie jednolitego ruchu na rzecz bezpieczeństwa pacjentów poprzez sieci organizacji zawodowych i przemysłu reprezentujących różne sektory opieki zdrowotnej.
	Działania dla Sekretariatu WHO <ul style="list-style-type: none">Identyfikacja kluczowych interesariuszy na poziomach globalnym, regionalnym i krajowym, mających role i obowiązki w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, a także tych, którzy mogą wnieść swój wkład i wywrzeć pozytywny wpływ.Zapewnienie wsparcia na wysokim szczeblu, przywództwa strategicznego i wytycznych dla wszystkich interesariuszy, w celu nadania priorytetu bezpieczeństwu pacjentów w odpowiednich planach strategicznych.Stworzenie sieci ekspertów i przedstawicieli, takich jak organizacje społeczeństwa obywatelskiego, organizacje pacjentów, organizacje zawodowe, instytucje akademickie i badawcze, sektor prywatny i przemysł.
STRATEGIA 7.2: Promowanie wspólnego zrozumienia i zaangażowania wszystkich interesariuszy, w celu pomyślnej realizacji globalnego planu działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów	Działania dla rządów <ul style="list-style-type: none">Stworzenie jasnej narracji, która dokładnie odzwierciedla cele, zasady i zadania globalnego planu działania i jest zgodna z krajowymi politykami, strategiami i planami bezpieczeństwa pacjentów w szerszym kontekście opieki zdrowotnej w danym kraju.
	Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia <ul style="list-style-type: none">Dopasowanie celów globalnego planu działania do odpowiednich planów instytucjonalnych w kontekście lokalnym i zaangażowanie całego personelu, pacjentów i rodzin w ich wdrażanie.
	Działania dla interesariuszy <ul style="list-style-type: none">Opracowanie jasnej i przekonującej narracji w społeczności interesariuszy ds. bezpieczeństwa pacjentów, która wyjaśnia globalny plan działania wszystkim odbiorcom i zwolennikom jego wdrożenia.
	Działania dla Sekretariatu WHO <ul style="list-style-type: none">Monitorowanie wdrażania globalnego planu działania, w tym identyfikacja głównych barier i proponowanie rozwiązań.Poszerzenie i skoordynowanie ekspertyz Ośrodków Współpracujących WHO oraz podmiotów niepaństwowych w oficjalnych relacjach z WHO, w celu zapewnienia uwzględnienia bezpieczeństwa pacjentów w ich planach działania i przyspieszenia realizacji globalnego planu działania.

STRATEGIA 7.3:

Tworzenie sieci i zwoływanie spotkań konsultacyjnych w celu wspierania współpracy i partnerstwa w zakresie bezpieczeństwa pacjentów

Działania dla rządów

- ▶ Ustanowienie krajowych i regionalnych sieci bezpieczeństwa pacjentów w celu wymiany i rozpowszechniania najlepszych praktyk w zakresie bezpieczeństwa pacjentów oraz zapewnienia wzajemnego uczenia się w celu ograniczenia szkód dla pacjentów.
- ▶ Zwoływanie partnerów i interesariuszy na spotkania konsultacyjne w celu opracowania trwałych mechanizmów wdrażania globalnego planu działania oraz krajowej polityki i strategii bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Zaangażowanie partnerów i innowatorów z sektorów niezwiązanych ze zdrowiem, w celu promowania kreatywności w znajdowaniu nowych rozwiązań w celu ograniczenia możliwych do uniknięcia szkód i zgonów w opiece zdrowotnej, w tym w przemyśle i sektorze prywatnym.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Stworzenie własnej akademii w celu szkolenia osób w organizacji w zakresie proaktywnego zaangażowania w promocję i świadczenie bezpiecznej opieki w organizacji.
- ▶ Udział w sieciach bezpieczeństwa pacjentów w celu wymiany doświadczeń i zasobów oraz poprawy praktyk w zakresie bezpieczeństwa pacjentów w codziennej opiece klinicznej.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Udział w globalnych, regionalnych i lokalnych inicjatywach, spotkaniach i konsultacjach związanych z bezpieczeństwem pacjentów.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Wzmocnienie Globalnej Sieci Bezpieczeństwa Pacjentów i poszerzenie podgrup zajmujących się określonymi obszarami tematycznymi związanymi z bezpieczeństwem pacjentów.
- ▶ Rozszerzenie i wzmocnienie tematycznych i regionalnych sieci dotyczących bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Wspieranie tworzenia krajowych i regionalnych sieci bezpieczeństwa pacjentów, w celu zaangażowania wszystkich partnerów w działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Zwoływanie globalnych, regionalnych i krajowych konsultacji w celu podjęcia wspólnych działań w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i własności zbiorowej.

STRATEGIA 7.4:

Promowanie ponadgranicznych i wielosektorowych inicjatyw w celu przyspieszenia działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów

Działania dla rządów

- ▶ Stworzenie innowacyjnych międzyrządowych modeli współpracy ze strategicznymi priorytetami działań w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i udział w międzynarodowych wspólnych inicjatywach na rzecz bezpieczeństwa pacjentów.
- ▶ Rozważenie udziału w corocznych Światowych Szczytach Ministerialnych dotyczących Bezpieczeństwa Pacjentów.
- ▶ Dzielenie się i rozpowszechnianie najlepszych praktyk oraz zachęcanie do wzajemnego uczenia, w celu ograniczenia szkód u pacjentów poprzez współpracę regionalną i międzynarodową.
- ▶ Zachęcanie liderów zarządzania klinikami i opieką zdrowotną do poszukiwania przykładów najlepszych praktyk w zakresie bezpieczeństwa pacjentów w innych krajach i przyjmowania odpowiedniego podejścia w ramach krajowego systemu ochrony zdrowia.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Udział w krajowych i międzynarodowych inicjatywach współpracy w celu poszukiwania najlepszych praktyk i wyników w zakresie bezpieczeństwa pacjentów oraz włączania ich do projektowania usług i programów w organizacji.
- ▶ Identyfikacja możliwości wspólnych inicjatyw międzyorganizacyjnych i opracowanie schematów służących umożliwieniu personelowi organizacji wymiany pomysłów na rozwiązywanie problemów i doskonalenie w różnych systemach i ustawieniach.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Wykorzystanie ustanowionych międzynarodowych sieci i inicjatyw między organizacjami zawodowymi i stowarzyszeniami medycznymi, grupami badawczymi i stowarzyszeniami pacjentów w różnych krajach, w celu strategicznego nadania priorytetu bezpieczeństwu pacjentów i wyrażenia solidarności w celu wsparcia celów, zasad i kierunków globalnego planu działania.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Zmobilizowanie jak najszerszego zaangażowania politycznego i międzynarodowej solidarności na rzecz bezpieczeństwa pacjentów, w tym poprzez dalsze wspieranie corocznych Światowych Szczytów Ministerialnych w sprawie Bezpieczeństwa Pacjentów.
- ▶ Ustanowienie formalnych mechanizmów współpracy ze wspólnymi celami dotyczącymi bezpieczeństwa pacjentów, takich jak Africa Patient Safety Initiative i Global Patient Safety Collaborative, oraz rozszerzenie współpracy z krajami w ramach tych mechanizmów.
- ▶ Promowanie długoterminowych inicjatyw strategicznych na rzecz dostosowania i synergii działań dotyczących bezpieczeństwa pacjentów między państwami członkowskimi oraz w ramach specjalnych grup, takich jak Unia Afrykańska, Unia Europejska, Grupa 20 (G20) i OECD.
- ▶ Wspieranie nadania priorytetu bezpieczeństwu pacjentów w strategicznych programach mechanizmów i inicjatyw współpracy, zgodnie z „Globalnym planem działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030”, w celu zapewnienia terminowego działania i trwałości.
- ▶ Promowanie i wspieranie globalnych inicjatyw na rzecz bezpieczeństwa pacjentów, w tym corocznych obchodów Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta.

STRATEGIA 7.5:

Ścisła współpraca z programami technicznymi, w celu zapewnienia zgodności działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów

Działania dla rządów

- ▶ Przejrzenie zakresu i obszaru wszystkich technicznych programów zdrowotnych w kraju i określenie potrzeb i potencjalnych korzyści z dostosowania do działań związanych z bezpieczeństwem pacjentów.
- ▶ Osadzenie celów i działania w zakresie bezpieczeństwa pacjentów w programach technicznych, zgodnie z lokalnymi warunkami.

Działania dla placówek i usług ochrony zdrowia

- ▶ Zapewnienie uwzględnienia bezpieczeństwa pacjentów we wszystkich programach zdrowotnych, za które organizacja jest odpowiedzialna, zwłaszcza tych, które tradycyjnie nie uznają możliwych do uniknięcia szkód za problem.

Działania dla interesariuszy

- ▶ Podniesienie rangi bezpieczeństwa pacjentów w globalnych programach technicznych dotyczących zdrowia i międzynarodowych programach współpracy w dziedzinie zdrowia (w tym tam, gdzie wcześniej nie uznano tego za obszar zainteresowania).
- ▶ Promowanie strategicznych priorytetów bezpieczeństwa pacjentów w dyskusjach z darczyńcami i przeznaczanie zasobów na wspólne działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów.

Działania dla Sekretariatu WHO

- ▶ Opracowanie jasnego wglądu w źródła i poziomy możliwych do uniknięcia szkód w usługach świadczonych w ramach różnych programów zdrowotnych oraz określenie synergii i zakresu wspólnych działań, zgodnie z globalnym planem działania.
- ▶ Wspieranie strategicznej współpracy i rozwój powiązania z programami bezpieczeństwa, takimi jak bezpieczeństwo iniekcji, bezpieczeństwo dotyczące promieniowania, prewencji zakażeń (IPC), bezpieczeństwo krwiolecznictwa, bezpieczeństwo szczepień, bezpieczeństwo wody, warunki sanitarne i higiena; programami klinicznymi, takimi jak zdrowie matek i noworodków, choroby niezakaźne, choroby zakaźne; oraz szerszymi programami systemu ochrony zdrowia, takimi jak pracownicy ochrony zdrowia, zdrowie w miejscu pracy, informacje i badania oraz jakość opieki, w celu zapewnienia dostosowania i skuteczności interwencji.
- ▶ Zapewnienie wspólnych strategii mobilizacji zasobów na wszystkich poziomach dla działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów we wszystkich programach technicznych.

Pomocne źródła

Godschalk B, Härtel I, Sbrzesny R, Grundmann A, Kalicinski M, editors. 2017. Best practices in patient safety: 2nd Global Ministerial Summit on Patient Safety. Berlin: Federal Ministry of Health (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/Best-Practice_Patient_Safety_Web_plusWHO.pdf, accessed 16 July 2021).

United Nations Children's Fund and World Health Organization. 2020. Integrating stakeholder and community engagement in quality of care initiatives for maternal, newborn and child health. Geneva: UNICEF and WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240006317>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2011. Aide-mémoire: developing a national blood system. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/aide-m%C3%A9moire-developing-a-national-blood-system>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2012. African partnerships for patient safety: improving patient safety: partnership preparation package: a resource for all health partnerships committed to strengthening patient safety. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2012.13>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2014. Reporting and learning systems for medication errors: the role of pharmacovigilance centres. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241507943>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2016. Communicating radiation risks in paediatric imaging. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/978924151034>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2018. Tackling antimicrobial resistance (AMR) together. Working paper 1.0: Multisectoral coordination. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/tackling-antimicrobial-resistance-together-working-paper-1.0-multisectoral-coordination>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2019. National quality policy and strategy: tools and resources compendium. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516549>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2020. Achieving quality health services for all, through better water, sanitation and hygiene: lessons from three African countries. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240009493>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2020. WHO action framework to advance universal access to safe, effective and quality assured blood products 2020–2023. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/action-framework-to-advance-uas-bloodprods-978-92-4-000038-4>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2021. Global Patient Safety Collaborative (GPSC) [website]. Geneva: WHO (<https://www.who.int/initiatives/global-patient-safety-collaborative>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2021. Networks and partnerships [website]. Geneva: WHO (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/networks-and-partnerships>, accessed 16 July 2021).

6. Wdrożenie

6.1. Warianty polityki dotyczące wdrożenia globalnego planu działania

Na całym świecie istnieje wielka różnorodność w strukturze, finansowaniu i zarządzaniu systemami ochrony zdrowia, a także znaczne różnice w sposobie kierowania i zarządzania placówkami opieki zdrowotnej. Cele polityki, priorytety strategiczne i skuteczność interwencji w różnych miejscach i w różnych subpopulacjach różnią się ponadto w zależności od kultury, kontekstu i zasobów. „Globalny plan działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030” opracowano z uwzględnieniem faktu, że kraje znajdują się na różnych etapach wysiłków na rzecz stworzenia bezpiecznego środowiska i ograniczenia możliwych do uniknięcia szkód pacjentów w opiece zdrowotnej oraz wzmocnienia krajowych systemów ochrony zdrowia. Nie ma zatem jednej polityki, podejścia strategicznego ani interwencji, które można by powszechnie zastosować we wszystkich typach placówek opieki zdrowotnej. W związku z tym przed wdrożeniem należy je dostosować do lokalnych warunków. Podejście do wdrażania należy również dostosować do krajowego planu dotyczącego zdrowia i zharmonizować z istniejącymi strukturami organizacyjnymi, sposobem rządzenia oraz zarządzaniem i wiedzą specjalistyczną.

„Globalny plan działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030” zawiera siedem celów strategicznych możliwych do osiągnięcia za pomocą 35 strategii i proponuje działania, które mają zostać podjęte przez różnych partnerów i grupy interesariuszy. Te sugerowane działania można wybierać, ustalać priorytety, dostosowywać i wdrażać, biorąc pod uwagę różne czynniki.

Osiągnięcie pełnego wdrożenia na szczeblu krajowym będzie długoterminowym programem większości państw członkowskich. W związku z tym zaleca się, aby przed wdrożeniem globalnego planu działania państwa członkowskie oceniły i przeanalizowały swoją sytuację w celu określenia obszarów, w których można osiągnąć postęp, a także możliwości politycznych i braków w obrębie praktyki.

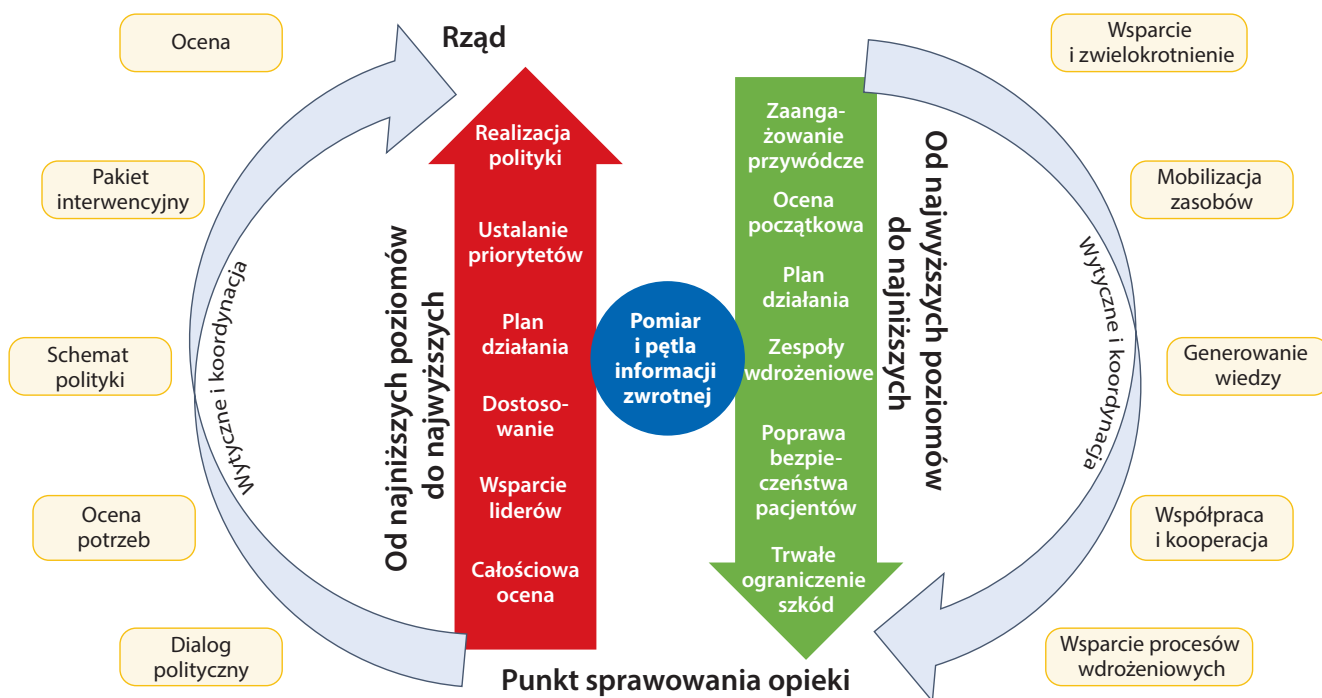
Interwencje polityczne i inicjatywy strategiczne mogą być zainicjowane na szczeblu niższym niż krajowy lub instytucjonalny, w celu wskazania przykładów skuteczności i zdynamizowania działań w kierunku szerszego przyjęcia na szczeblu krajowym. Z kolei wdrażanie można rozpocząć od poziomu krajowego i postępować zgodnie z eskalującym podejściem, stopniowo angażując poziomy niższe niż krajowy i więcej instytucji opieki zdrowotnej. Ważne jest jednak, aby upewnić się, że globalny plan działania jest wdrażany w sposób całościowy, ze zrównoważonym zakresem interwencji politycznych na wyższym szczeblu i interwencji udoskonalających na niższym szczeblu.

Interwencje polityczne od najniższego do najwyższego poziomu w obszarach takich jak regulacje, akredytacja, przywództwo, kultura bezpieczeństwa, budowanie kompetencji i publiczne raportowanie mogą być siłą napędową poprawy bezpieczeństwa pacjentów. Takie interwencje powinny wykazać swoją wartość, przyczyniając się do znacznego ograniczenia szkód w miejscu świadczenia opieki. Interwencje te powinny być też uzupełniane przez dalsze działania zwiększające bezpieczeństwo pacjentów w obszarach takich jak budowanie potencjału, systemy raportowania i uczenia się, praca zespołowa i komunikacja oraz zaangażowanie pacjentów, a także rozwiązania dotyczące procesów opieki klinicznej wysokiego ryzyka. Inicjatywy dotyczące zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów wywołają zapotrzebowanie na lepiej dostosowane polityki i interwencje na poziomie systemowym poprzez pętlę informacji zwrotnych (ryc. 6.1).

6.2. Kluczowe kamienie milowe w procesie wdrażania globalnego planu działania

Bezpieczeństwo pacjentów to sprawa każdego. Wdrożenie „Globalnego planu działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030” wykracza poza zakres aktywności jakiegokolwiek pojedynczej agencji lub grupy interesariuszy i będzie wymagać skutecznych partnerstw. Wszyscy partnerzy w działaniu muszą przyczynić się do realizacji

Rycina 6.1. Ekosystem dla wdrażania „Globalnego planu działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030”



planu na poziomach globalnym, regionalnym, krajowym i niższym niż krajowy, indywidualnie i poprzez współpracę, uwzględniając istotę spójności i komplementarności działań. Wdrażanie globalnego planu działania pozostawia miejsce na elastyczność podejścia poprzez uwzględnienie aktualnego środowiska politycznego, istniejącego kontekstu organizacyjnego i opcji rozmieszczenia zasobów, pod warunkiem że cele nadal mogą być skutecznie realizowane. Ustalanie priorytetów, wykonalność i szybkość wdrażania również będą się różnić w zależności od kontekstu. W związku z tym sugeruje się, aby wszyscy partnerzy i interesariusze uwzględnili pewne kluczowe kamienie milowe podczas wdrażania globalnego planu działania.

Kamień milowy 1: Wszechstronna ocena

Należy przeprowadzić szeroką ocenę obecnej sytuacji w odniesieniu do zmian w zakresie bezpieczeństwa pacjentów na różnych poziomach, obejmującą identyfikację środowiska i możliwości politycznych, zagrożeń dla bezpieczeństwa, braków w praktyce, barier dla poprawy i obszary postępu, które można wzmocnić. Należy rozpoznać istniejące polityki, strategie, programy, regulacje i mechanizmy instytucjonalne, a uzyskane wyniki należy poddać analizie. Pomocne w tym procesie powinny być wiarygodne narzędzia oceny opracowane przez WHO i inne organizacje międzynarodowe. Ocena i rozpoznanie ogólnej sytuacji zilustruje warunki wstępne dla wdrożenia globalnego planu działania oraz wpłynie na wybór i priorytetyzację odpowiednich działań.

Kamień milowy 2: Zapewnienie znacznego zaangażowania ze strony przywódców politycznych i organizacyjnych

Wszechstronna ocena pomoże w przedstawieniu argumentów za priorytetowym traktowaniem bezpieczeństwa pacjentów w szerszym programie zdrowia, podobnie jak informacje o obciążeniu szkodami dla pacjentów i skutkach ekonomicznych, zwłaszcza jeśli dostępne są dane w kontekście krajowym i lokalnym. Relacje medialne przedstawiające przypadki pacjentów doświadczających możliwości do uniknięcia szkody mogą wywołać publiczny dyskurs zachęcający przywódców politycznych do podjęcia działań na rzecz bezpieczniejszej opieki zdrowotnej. Zachęcanie liderów ochrony zdrowia do udziału w międzynarodowych platformach, takich jak światowe szczyty ministerialne dotyczące bezpieczeństwa pacjentów, może pomóc w dynamizowaniu i poszukiwaniu zaangażowania. Udział w sztan-dardowych inicjatywach WHO dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, takich jak WHO GPSC i Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta, może również zapewnić medialność i ułatwić wczesne osiągnięcie pełnego zaangażowania.

Kamień milowy 3: Stworzenie trwałego mechanizmu wdrażania

Należy stworzyć trwały mechanizm wdrażania interwencji i inicjatyw strategicznych w zakresie polityki bezpieczeństwa pacjentów, uwzględniający szerszy kontekst

krajowych planów zdrowotnych oraz polityk bezpieczeństwa i jakości. Osoby odpowiedzialne za wdrażanie globalnego planu działania na szczeblach krajowym lub niższym mogą preferować harmonizację i optymalizację liczby komitetów, grup zadaniowych, struktur doradczych i innych struktur. W zależności od rodzaju placówki, dostępności zasobów i istniejących struktur programu, do koordynowania i nadzorowania wdrażania konieczne jest wyznaczenie ośrodka, instytutu, oddziału, jednostki lub krajowego koordynatora ds. bezpieczeństwa pacjentów. Niezależnie od przyjętego mechanizmu, należy go przełożyć na poziom niższy niż krajowy i instytucjonalny, wyznaczając kluczową osobę zajmującą się bezpieczeństwem pacjentów lub zespół ds. bezpieczeństwa pacjentów w celu ukierunkowania działań na bezpieczeństwo pacjentów, zapobieganie zakażeniom i kontrolę oraz bezpieczeństwo leków. Również w miejscach, gdzie funkcjonują już dobrze dopracowane ustalenia dotyczące skutecznego partnerstwa, w tym angażujące pacjentów i rodziny, działania sugerowane w planie działania mogą być kształtowane przez aktywności dobrze sprawdzające się na poziomach krajowym lub lokalnym. Interwencje polityczne i inicjatywy strategiczne powinny być kształtowane w ramach rygorystycznego procesu konsultacji, w który zaangażowani są wszyscy partnerzy, w tym sektor pozarządowy i prywatny.

Kamień milowy 4: Dostosowanie do warunków i priorytetów krajowych

„Globalny plan działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030” zapewnia ramy działań, które będą przebiegać od poziomu krajowego do poziomu placówki opieki zdrowotnej i zespołu klinicznego. Dostosowanie globalnych ram do warunków krajowych musi uwzględniać kontekst opieki zdrowotnej w danym kraju, schemat i sposób finansowania systemu ochrony zdrowia oraz istniejące priorytety. Państwa, które opracowały już krajowy plan działania z określonymi interwencjami w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, dokonają przeglądu i dostosowania go do globalnego planu działania, odpowiednio go aktualizując i modyfikując.

Kryteria ustalania priorytetów mogą obejmować:

- ▶ podstawowe i krytyczne działania mające na celu ograniczenie największego ryzyka dla pacjentów;
- ▶ interwencje, które są stosunkowo łatwe do wdrożenia i mają znaczący wpływ na możliwe do uniknięcia szkody;
- ▶ interwencje w zakresie bezpieczeństwa pacjentów zgodne z istniejącymi krajowymi lub regionalnymi priorytetami zdrowotnymi;
- ▶ interwencje w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, które przyczyniają się do lepszego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i lepszych wyników zdrowotnych;

- ▶ interwencje o charakterze systemowym, przynoszące korzyści dużej liczbie pacjentów i mogące zapewnić trwałą poprawę w dłuższej perspektywie.

Na podstawie uszeregowania priorytetów i szacunkowych terminów realizacji należy określić procesy i wyniki, które można osiągnąć w perspektywie krótkoterminowej (od dwóch do trzech lat), średnioterminowej (od trzech do sześciu lat) i długoterminowej (od siedmiu do 10 lat). Należy zdefiniować wskaźniki stosowane do oceny wyników na poziomie krajowym i na poziomie placówki ochrony zdrowia.

Kamień milowy 5: Podjęcie decyzji dotyczącej modelu zmian do wdrożenia i jego zaplanowanie

Należy wdrożyć dobrze zaplanowaną strategię zarządzania zmianami, w celu zapewnienia holistycznego podejścia do interwencji w zakresie polityki bezpieczeństwa pacjentów i inicjatyw strategicznych, wraz z zaangażowaniem kluczowych interesariuszy z jasną wizją i zrównoważonym wdrażaniem. Przykładowe najlepsze praktyki obejmują:

- ▶ przyjęcie eskalującego podejścia do doskonalenia, zaczynając od zmian na małą skalę, prowadzących do szybkich efektów;
- ▶ uznawanie i nagradzanie zespołów za dobrą pracę;
- ▶ wykorzystywanie metod zarządzania projektami do realizacji zaplanowanych działań, przydzielanie ról i obowiązków wszystkim interesariuszom, określanie ram czasowych oraz wyznaczanie kluczowych osób do koordynowania i monitorowania realizacji;
- ▶ rozwijanie systemu mentoringu i coachingu, identyfikując najlepsze praktyki i wzorce do naśladowania (indywidualne i organizacyjne), które mogłyby inspirować do wprowadzania ulepszeń;
- ▶ rezygnację ze struktury silosowej i utrzymywanie stałego kontaktu i współpracy z innymi powiązаныmi programami i interesariuszami.

Sukces należy celebrować i promować w celu podniesienia świadomości i wsparcia polityków, interesariuszy i opinii publicznej. Kluczowe znaczenie dla osiągnięcia sukcesu ma mobilizowanie pacjentów, rodzin i społeczności do angażowania się w planowanie i wdrażanie rozwiązań i działań.

Światowa Organizacja Zdrowia i organizacje pozarządowe mogą kształtować i dynamizować wdrażanie zasad bezpieczeństwa pacjentów w krajach poprzez wsparcie, koordynację, wytyczne normatywne i wsparcie techniczne. To całościowe podejście systemowe, koordynujące interwencje na wszystkich poziomach, stworzy „ekosystem” dla poprawy bezpieczeństwa pacjentów na całym świecie w ciągu najbliższych 10 lat.

7. Monitorowanie i raportowanie

Celem „Globalnego planu działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030” jest osiągnięcie maksymalnego możliwego ograniczenia szkód związanych z brakiem bezpieczeństwa w sprawowaniu opieki zdrowotnej na całym świecie. W planie działania nie wyznaczono konkretnych liczb, przyznając, że w większości krajów, zwłaszcza w tych o niskich i średnich dochodach, nie ma wiarygodnych szacunków dotyczących rozmiarów szkód. W związku z tym zachęca się wszystkie kraje do ustalenia podstawowych wartości szacunkowych parametrów związanych z bezpieczeństwem i wyznaczenia celów wdrożenia krajowych działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjentów. W tym rozdziale zaproponowano zestaw mierników wspierających państwa członkowskie w monitorowaniu i zgłaszaniu postępów we wdrażaniu tego planu działania. W monitorowaniu i sprawozdawczości można by wykorzystać istniejące systemy zarządzania informacjami zdrowotnymi w celu uzyskania danych do zgłaszania i śledzenia postępów w zakresie kilku proponowanych wskaźników bezpieczeństwa pacjentów.

Z uwagi na fakt, że poszczególne kraje znajdują się na różnych etapach rozwoju systemu opieki zdrowotnej, dysponują różnymi zasobami i możliwościami, mają też zróżnicowane priorytety w zakresie poprawy bezpieczeństwa pacjentów, przyjmowanie i stosowanie mechanizmów monitorowania i raportowania powinno być elastyczne, aby uwzględnić te różnice. Globalny mechanizm sprawozdawczy obejmujący minimalny zestaw podstawowych wskaźników i celów mógłby pomóc w ocenie postępów we wdrażaniu na szczeblach globalnym, regionalnym i krajowym.

Przedstawione poniżej wskaźniki są zgodne z siedmioma celami strategicznymi globalnego planu działania. Sugeruje się je jako reprezentatywne miary „wyników” dla działań podjętych w odniesieniu do odpowiedniego celu strategicznego. Wskaźniki są podzielone na „główne” i „szczegółowe” w celu ograniczenia obciążenia związane go z gromadzeniem danych i zapewnienia elastyczności.

7.1. Główne wskaźniki

Dziesięć zaproponowanych głównych wskaźników ma podstawowe znaczenie dla oceny postępów we wdrażaniu tego globalnego planu działania. Sekretariat WHO planuje monitorowanie wszystkich głównych wskaźników na poziomach globalnym, regionalnym i krajowym. Postępy w osiągnięciu tych wskaźników będą zgłaszane Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia w kolejnych dwuletnich sprawozdaniach zgodnie z rezolucją WHA72.6. Większość proponowanych głównych wskaźników jest związana z polityką lub programem, a dane na temat ich postępów będą gromadzone w ramach badań państw członkowskich koordynowanych przez Sekretariat WHO lub organizacje i instytucje partnerskie, w zależności od warunków.

Zaproponowano zestaw „szczegółowych” wskaźników umożliwiających pomiar dodatkowych aspektów działań związanych z bezpieczeństwem pacjenta. Zachęca się kraje do wyboru najodpowiedniejszych wskaźników na podstawie ich kontekstu, możliwości i konkretnych priorytetów w zakresie bezpieczeństwa pacjentów. Postępy mierzone zarówno na podstawie głównych, jak i szczegółowych wskaźników mogłyby być podawane do wiadomości publicznej na szczeblach krajowym lub lokalnym i stanowić część corocznych sprawozdań dotyczących stanu poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

Sekretariat WHO opracuje szczegółowe wytyczne dotyczące monitorowania i sprawozdawczości w ramach narzędzi wdrażania planu działania. Ten zestaw narzędzi dostarczy informacji dotyczących definicji, źródeł danych, metod oraz procesu raportowania i analizy.

Sekretariat WHO opracowuje również narzędzie do oceny bezpieczeństwa pacjentów w celu wsparcia wdrażania globalnego planu działania. Narzędzie to pomoże rządowi i placówkom opieki zdrowotnej w ocenie stanu początkowego i okresowej ocenie postępów. Narzędzie oceny jest zgodne ze strategicznymi celami i strategiami planu działania i może pomóc w generowaniu oceny liczbowej w celu pomiaru postępów w działaniach

i wyników w ramach każdego z celów strategicznych. Dodatkowym miernikiem monitorowania postępów w realizacji globalnego planu działania będą tendencje w ramach tych ocen.

Za pośrednictwem swoich biur regionalnych i krajowych WHO zapewni wsparcie techniczne, szkolenia i mentoring

w zakresie obiektywnych ocen i analiz sytuacyjnych bezpieczeństwa pacjentów przy użyciu wskaźników i narzędzi oceny. Światowa Organizacja Zdrowia zapewni również wsparcie techniczne w ustalaniu priorytetów wskaźników bezpieczeństwa pacjentów i operacjonalizacji ich w celu raportowania, analizowania i ulepszania.



CEL STRATEGICZNY

1

Wskaźnik

Liczba krajów, które opracowały krajowy plan działania (lub równoważny) w celu wdrożenia polityki i strategii bezpieczeństwa pacjentów

Globalne cele

Odsetek krajów, które opracowały krajowy lub równoważny plan działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów

2021	Ustalenie punktu odniesienia
2023	30% krajów
2025	50% krajów
2027	80% krajów
2030	90% krajów

Źródło danych

Badanie państw członkowskich przeprowadzone przez WHO

Wskaźnik

Liczba krajów, które wdrożyły system zgłaszania zdarzeń nigdy wcześniej niewystępujących (lub zdarzeń wartowniczych)

Globalne cele

Odsetek krajów, które wdrożyły system zgłaszania zdarzeń nigdy wcześniej niewystępujących (lub zdarzeń wartowniczych)

2021	Ustalenie punktu odniesienia
2023	30% krajów
2025	50% krajów
2027	80% krajów
2030	90% krajów

Źródło danych

Badanie państw członkowskich przeprowadzone przez WHO lub instytucję partnerską



CEL STRATEGICZNY

2



CEL STRATEGICZNY

3

Wskaźnik

Znacząca redukcja zakażeń związanych z opieką zdrowotną

Globalne cele

Odsetek krajów, które osiągnęły swoje krajowe cele w zakresie zmniejszenia zapadalności na zakażenia związane z opieką zdrowotną

2022	Ustalenie punktu odniesienia i celów krajowych
2023	20% krajów
2025	40% krajów
2027	60% krajów
2030	80% krajów

Źródło danych

Krajowe systemy informacyjne dotyczące zdrowia lub bezpieczeństwa pacjentów



CEL STRATEGICZNY

3

Wskaźnik

Znaczące zmniejszenie szkód związanych z lekami (zdarzenia niepożądane leków)

Globalne cele

Odsetek krajów, które osiągnęły swoje krajowe cele w zakresie redukcji szkód związanych z lekami

2022	Ustalenie punktu odniesienia i celów krajowych
2023	20% krajów
2025	50% krajów
2027	70% krajów
2030	80% krajów

Źródło danych

Krajowe systemy informacyjne dotyczące zdrowia lub bezpieczeństwa pacjentów

Wskaźnik

Liczba krajów, które mają przedstawiciela pacjentów w radzie zarządzającej (lub równoważnym organie) w 60% lub więcej szpitali

Globalne cele

Odsetek krajów, w których ponad 60% szpitali ma przedstawiciela pacjentów w radzie zarządzającej (lub równoważnym organie)

2022	Ustalenie punktu odniesienia
2023	20% krajów
2025	30% krajów
2027	50% krajów
2030	70% krajów

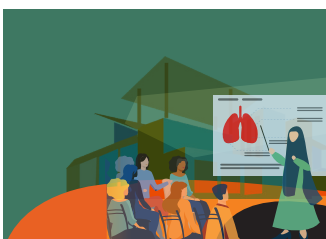
Źródło danych

Ankieta przeprowadzona przez partnerską organizację pacjentów wskazaną przez WHO



CEL STRATEGICZNY

4



CEL STRATEGICZNY

5

Wskaźnik

Liczba krajów, które włączyły program nauczania dotyczący bezpieczeństwa pacjenta do programów edukacyjnych lub kursów dla pracowników ochrony zdrowia

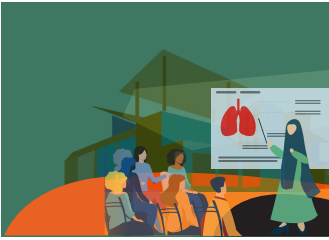
Globalne cele

Odsetek krajów, które włączyły program nauczania dotyczący bezpieczeństwa pacjenta do programów edukacyjnych lub kursów dla pracowników ochrony zdrowia

2021	Ustalenie punktu odniesienia
2023	30% krajów
2025	50% krajów
2027	70% krajów
2030	80% krajów

Źródło danych

Badanie państw członkowskich przeprowadzone przez WHO lub instytucję partnerską



CEL STRATEGICZNY 5

Wskaźnik

Liczba krajów, które przystąpiły do wdrażania Karty Bezpieczeństwa Pracowników Ochrony Zdrowia WHO¹

Globalne cele

Odsetek krajów, które przystąpiły do wdrażania Karty Bezpieczeństwa Pracowników Ochrony Zdrowia WHO

2021 Ustalenie punktu odniesienia

2023 30% krajów

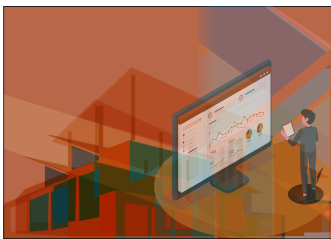
2025 50% krajów

2027 80% krajów

2030 90% krajów

Źródło danych

Badanie państw członkowskich przeprowadzone przez WHO lub instytucję partnerską



CEL STRATEGICZNY 6

Wskaźnik

Liczba krajów, w których co najmniej 60% placówek opieki zdrowotnej uczestniczy w systemie zgłaszania zdarzeń niepożądanych związanych z bezpieczeństwem pacjentów i wyciągania wniosków

Globalne cele

Odsetek krajów, w których co najmniej 60% placówek ochrony zdrowia uczestniczy w systemie zgłaszania i wyciągania wniosków dotyczących zdarzeń niepożądanych związanych z bezpieczeństwem pacjentów

2022 Ustalenie punktu odniesienia

2023 20% krajów

2025 40% krajów

2027 60% krajów

2030 80% krajów

Źródło danych

Ankieta przeprowadzona przez WHO lub instytucję partnerską

Raporty z krajowego systemu zgłaszania i uczenia się na podstawie analizy zdarzeń niepożądanych związanych z bezpieczeństwem pacjentów

Wskaźnik

Liczba krajów, które publikują roczny raport na temat bezpieczeństwa pacjentów

Globalne cele

Odsetek krajów, które publikują roczny raport na temat bezpieczeństwa pacjentów

2021 Ustalenie punktu odniesienia

2023 20% krajów

2025 40% krajów

2027 60% krajów

2030 70% krajów

Źródło danych

Badanie państw członkowskich przeprowadzone przez WHO

¹Health worker safety: a priority for patient safety: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339287>.

Wskaźnik

Liczba krajów, które utworzyły krajową sieć bezpieczeństwa pacjentów

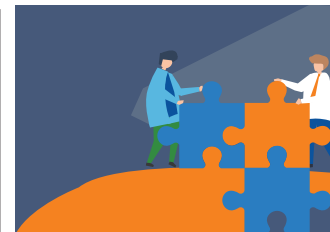
Globalne cele

Odsetek krajów, które utworzyły krajową sieć bezpieczeństwa pacjentów

2021	Ustalenie punktu odniesienia
2023	30% krajów
2025	50% krajów
2027	60% krajów
2030	80% krajów

Źródło danych

Badanie państw członkowskich przeprowadzone przez WHO lub instytucję partnerską



CEL
STRATEGICZNY

7

7.2. Szczegółowe wskaźniki

1. Cel strategiczny 1

- 1.1. Liczba krajów, prowincji lub placówek ochrony zdrowia obchodzących Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta.
- 1.2. Liczba placówek ochrony zdrowia, które zgłosiły się do realizacji corocznych celów Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta.
- 1.3. Liczba krajów, województw lub placówek ochrony zdrowia, które mają system wynagradzania placówek ochrony zdrowia na podstawie poziomu bezpieczeństwa pacjentów i jakości wykonania opieki.
- 1.4. Odsetek krajów lub prowincji, które włączyły minimalne standardy bezpieczeństwa do wymogów regulacyjnych dotyczących placówek opieki zdrowotnej.
- 1.5. Ocena złożona dla celu strategicznego 1 w narzędziu do oceny bezpieczeństwa pacjenta.

2. Cel strategiczny 2

- 2.1. Liczba krajów, prowincji lub placówek opieki zdrowotnej, które wyznaczyły urzędnika, zespół lub agencję (lub odpowiednik) ds. bezpieczeństwa pacjentów.
- 2.2. Liczba krajów lub prowincji, które ustanowiły ramy instytucjonalne dla wdrażania bezpieczeństwa pacjentów na wszystkich poziomach.
- 2.3. Liczba krajów, prowincji lub placówek ochrony zdrowia prowadzących regularne badania kultury bezpieczeństwa pacjentów w placówkach ochrony zdrowia.
- 2.4. Liczba krajów, prowincji lub placówek ochrony zdrowia, które ustanowiły program budowania

zdolności przywódczych na rzecz bezpieczeństwa pacjentów.

- 2.5. Liczba krajów, prowincji lub placówek ochrony zdrowia, które wprowadziły politykę niekarania dotyczącą zgłaszania zdarzeń niepożądanych i zgłaszania obaw dotyczących bezpieczeństwa.
- 2.6. Liczba krajów, prowincji lub placówek opieki zdrowotnej, które utworzyły rejestr ryzyka w celu identyfikacji znanych i potencjalnych zagrożeń dla bezpieczeństwa oraz zarządzania nimi.
- 2.7. Liczba krajów, prowincji lub placówek opieki zdrowotnej przeprowadzających regularne próby lub ćwiczenia symulacyjne w celu sprawdzenia planu ograniczania ryzyka.
- 2.8. Ocena złożona dla celu strategicznego 2 w narzędziu do oceny bezpieczeństwa pacjenta.

3. Cel strategiczny 3

Wskaźniki i zmniejszenie zachorowalności związane z określonymi miarami wyników w zakresie bezpieczeństwa pacjentów na poziomach krajowym, regionalnym i placówki opieki zdrowotnej, dotyczące:

- 3.1. Możliwych do uniknięcia zgonów z powodu żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej związanej z opieką zdrowotną podczas lub po hospitalizacji (do 90 dni po wypisie).
- 3.2. Możliwych do uniknięcia zgonów z powodu sepsy związanej z opieką zdrowotną.
- 3.3. Pominiętej lub opóźnionej diagnozy.
- 3.4. Niewłaściwej polipragmazji.
- 3.5. Śmiertelności okołoperacyjnej.
- 3.6. Możliwych do uniknięcia zgonów z powodu upadków pacjenta podczas hospitalizacji.
- 3.7. Ciężkich reakcji poprzetoczeniowych.

- 3.8. Urazów położniczych występujących podczas porodu siłami natury i cięcia cesarskiego.
- 3.9. Urazów noworodka.
- 3.10. Owrzodzeń odleżynowych powstałych w trakcie hospitalizacji.
- 3.11. Zdarzeń dotyczących przenoszenia oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe.
- 3.12. Incydentów zapalenia płuc nabytych w trakcie terapii respiratorem.
- 3.13. Oceny złożonej dla celu strategicznego 3 w narzędziu do oceny bezpieczeństwa pacjenta.

4. Cel strategiczny 4

- 4.1. Liczba polityk i wytycznych dotyczących bezpieczniejszej opieki zdrowotnej opracowanych wspólnie z przedstawicielami pacjentów i rodzin lub organizacjami pacjentów na poziomie krajowym, regionalnym lub placówki opieki zdrowotnej.
- 4.2. Liczba krajów lub prowincji, które utworzyły sieci rzeczników i mistrzów ds. pacjentów.
- 4.3. Liczba krajów, prowincji lub placówek opieki zdrowotnej, które powołały komitet doradczy ds. pacjenta i rodziny (lub jego odpowiednik).
- 4.4. Liczba krajów, prowincji lub placówek ochrony zdrowia, które opracowały i wdrożyły procedury ujawniania zdarzeń niepożądanych pacjentom i ich rodzinom.
- 4.5. Liczba krajów, prowincji lub placówek opieki zdrowotnej, które mierzą doświadczenia zgłaszane przez pacjentów lub powiązane wyniki w zakresie bezpieczeństwa.
- 4.6. Ocena złożona dla celu strategicznego 4 w narzędziu do oceny bezpieczeństwa pacjentów.

5. Cel strategiczny 5

- 5.1. Liczba krajów lub prowincji, które wprowadziły minimalne standardy bezpieczeństwa pacjentów w programach licencjonowania i odnawiania licencji oraz standardy dla pracowników ochrony zdrowia.
- 5.2. Liczba krajów, prowincji lub placówek ochrony zdrowia, które przeprowadzają okresowe oceny kompetencji pracowników ochrony zdrowia w zakresie bezpieczeństwa pacjenta.
- 5.3. Liczba krajów, prowincji lub placówek ochrony zdrowia, które ustanowiły program bezpieczeństwa pracy pracowników ochrony zdrowia.

- 5.4. Liczba krajów, prowincji lub placówek opieki zdrowotnej, w których oferowane są szczepienia pracowników ochrony zdrowia na choroby o znaczeniu priorytetowym, którym można zapobiegać przez szczepienia (w tym COVID-19).
- 5.5. Ocena złożona dla celu strategicznego 5 w narzędziu do oceny bezpieczeństwa pacjenta.

6. Cel strategiczny 6

- 6.1. Liczba krajów, prowincji lub placówek opieki zdrowotnej, które wdrożyły elektroniczną dokumentację medyczną.
- 6.2. Liczba krajów, prowincji lub placówek opieki zdrowotnej, które ustanowiły system ostrzeżeń dotyczących bezpieczeństwa w celu szybkiego przekazywania informacji o nowo zidentyfikowanych poważnych zagrożeniach dla bezpieczeństwa pacjentów.
- 6.3. Liczba krajów lub prowincji, które określiły priorytety badawcze w zakresie bezpieczeństwa pacjentów.
- 6.4. Liczba krajów lub prowincji prowadzących badania mierzące stopień obciążenia szkodami w opiece zdrowotnej.
- 6.5. Ocena złożona dla celu strategicznego 6 w zakresie narzędzia do oceny bezpieczeństwa pacjentów.

7. Cel strategiczny 7



- 7.1. Liczba krajów, prowincji lub placówek opieki zdrowotnej, które ustanowiły roczne cele i zadania dotyczące priorytetów w zakresie bezpieczeństwa pacjentów.
- 7.2. Liczba krajów lub prowincji, które ustanowiły komitet sterujący ds. bezpieczeństwa pacjentów, w skład którego wchodzi wszystkie zainteresowane strony.
- 7.3. Liczba krajów lub prowincji, które włączyły elementy bezpieczeństwa pacjentów do programów zdrowotnych (takie jak zdrowie matki i dziecka, kontrola chorób zakaźnych, choroby niezakaźne, nagle przypadki zdrowotne oraz usługi związane z krwią i transfuzją, bezpieczeństwo radiologiczne).
- 7.4. Liczba krajów reprezentowanych przez decyden-ta wysokiego szczebla na dorocznych światowych szczytach ministerialnych poświęconych bezpieczeństwu pacjentów.
- 7.5. Ocena złożona dla celu strategicznego 7 dotyczącego narzędzia do oceny bezpieczeństwa pacjenta.

8. Dostosowanie bezpieczeństwa pacjentów do Celów Zrównoważonego Rozwoju Organizacji Narodów Zjednoczonych

Bezpieczeństwo pacjentów ma kluczowe znaczenie dla realizacji Celów Zrównoważonego Rozwoju Organizacji Narodów Zjednoczonych, w szczególności SDG 3 („Zapewnienie zdrowego życia i promowania dobrego samopoczucia wszystkim w każdym wieku”) oraz osiągnięcia dostępu do ochrony zdrowia (cel 3.8). Oprócz tego podstawowego celu, bezpieczeństwo pacjenta ma

powiązania przyczynowo-skutkowe z kilkoma innymi celami zrównoważonego rozwoju. W tabeli 8.1 zilustrowano, w jaki sposób bezpieczeństwo pacjenta przyczynia się do osiągnięcia określonych celów SDG, natomiast w tabeli 8.2 przedstawiono centralną rolę bezpieczeństwa pacjenta w osiąganiu celów SDG 3.

Tabela 8.1. Powiązania SDG z bezpieczeństwem pacjentów

SDG	Cel	W jaki sposób przyczynia się do tego bezpieczeństwo pacjentów
SDG 1 BRAK UBÓSTWA 	Cel 1.2: Do 2030 roku zmniejszyć o co najmniej połowę odsetek mężczyzn, kobiet i dzieci w każdym wieku żyjących w ubóstwie we wszystkich jego wymiarach, zgodnie z definicjami krajowymi	Katastrofalne wydatki na opiekę zdrowotną spychają co roku miliony rodzin poniżej granicy ubóstwa. Bezpieczeństwo pacjenta pomaga w zmniejszeniu wydatków na opiekę zdrowotną z powodu niezachowania bezpieczeństwa, a także w optymalizacji dostępnych zasobów w celu poprawy dostępu do usług zdrowotnych
SDG 3 DOBRE ZDROWIE I SAMOPOCZUCIE 	Cel 3.1: Do 2030 roku zmniejszyć globalny współczynnik śmiertelności matek do mniej niż 70 na 100 000 żywych urodzeń	Wiele zgonów matek jest spowodowanych brakiem bezpieczeństwa opieki w placówkach opieki zdrowotnej i można im zapobiec poprzez interwencje dotyczące bezpieczeństwa pacjentów
	Cel 3.8: Osiągnięcie powszechnego dostępu do ochrony zdrowia, w tym ochrony przed ryzykiem finansowym, dostępu do wysokiej jakości podstawowych usług opieki zdrowotnej oraz dostępu dla wszystkich do bezpiecznych, skutecznych, wysokiej jakości i przystępnych cenowo podstawowych leków i szczepionek	Poprawa bezpieczeństwa pacjentów mogłaby radykalnie ograniczyć marnotrawstwo w opiece zdrowotnej i poprawić dostęp poprzez pozytywny wpływ na zachowania prozdrowotne

SDG	Cel	W jaki sposób przyczynia się do tego bezpieczeństwo pacjentów
<p>SDG 5 RÓWNOŚĆ PŁCI</p> 	<p>Cel 5.2: Wyeliminowanie wszelkich form przemocy wobec wszystkich kobiet i dziewcząt w sferze publicznej i prywatnej, w tym handlu ludźmi oraz wykorzystywania seksualnego i innych rodzajów wykorzystywania</p>	<p>Sektor zdrowia i pracownicy ochrony zdrowia mają do odegrania ważną rolę w zapobieganiu przemocy wobec kobiet i reagowaniu na nią. Poprzez zaangażowanie pacjentów i opiekę pełną szacunku, bezpieczeństwo pacjentów promuje opiekę skoncentrowaną na ofiarach przemocy, zwłaszcza w przypadku ofiar przemocy ze względu na płeć</p> <p>Ponieważ około 70% pracowników ochrony zdrowia to kobiety, szczególnie ważne jest wyeliminowanie przemocy ze względu na płeć w systemie opieki zdrowotnej. Bezpieczeństwo pracowników ochrony zdrowia jest ważnym wymiarem bezpieczeństwa pacjentów</p>
<p>SDG 6 CZYSTA WODA I WARUNKI SANITARNE</p> 	<p>Cel 6.1: Do 2030 roku zapewnić wszystkim powszechny i sprawiedliwy dostęp do bezpiecznej i przystępnej cenowo wody pitnej</p>	<p>Woda i warunki sanitarne w placówkach opieki zdrowotnej są kluczowym elementem bezpieczeństwa pacjentów i mogą wpływać na zachowania sanitarne społeczności</p>
<p>SDG 8 GODNA PRACA I WZROST GOSPODARCZY</p> 	<p>Cel 8.8: Ochrona praw pracowniczych i promowanie bezpiecznego środowiska pracy dla wszystkich pracowników</p>	<p>Skoncentrowanie się na czynnikach ludzkich i kulturze bezpieczeństwa może trwale poprawić bezpieczeństwo w miejscu pracy w systemach opieki zdrowotnej, które są głównym pracodawcą w większości gospodarek</p>
<p>SDG 10 ZREDUKOWANE NIERÓWNOŚCI</p> 	<p>Cel 10.2: Do 2030 roku wzmocnić i promować włączenie społeczne, ekonomiczne i polityczne wszystkich, niezależnie od wieku, płci, niepełnosprawności, rasy, pochodzenia etnicznego, pochodzenia, religii, statusu ekonomicznego lub innego</p>	<p>Zaangażowanie i wzmocnienie pozycji pacjentów, rodzin i społeczności jest podstawą bezpieczeństwa pacjentów i promuje równość i integrację w opiece zdrowotnej</p>
<p>SDG 12 ODPOWIEDZIALNA KONSUMPCJA I PRODUKCJA</p> 	<p>Cel 12.4: Do 2030 roku osiągnąć bezpieczne dla środowiska gospodarowanie chemikaliami i wszystkimi odpadami w całym ich cyklu życia, zgodnie z uzgodnionymi ramami międzynarodowymi</p>	<p>Programy bezpieczeństwa pacjentów promują właściwe zarządzanie odpadami zakaźnymi oraz cel, jakim są szpitale wolne od rtęci, zgodnie z Konwencją Minamata w sprawie rtęci</p>

Tabela 8.2. Kwestie dotyczące bezpieczeństwa pacjentów w osiągnięciu celów SDG 3

Cele SDG 3	Przykłady możliwych do uniknięcia szkód w opiece zdrowotnej
<p>3.1 Do 2030 roku zmniejszyć globalny współczynnik śmiertelności matek do mniej niż 70 na 100 000 żywych urodzeń</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nierozpoznanie ciąży wysokiego ryzyka ▶ Uraz położniczy ▶ Niezachowanie zasad bezpieczeństwa w przypadku powikłań położniczych, takich jak krwotok poporodowy i utrudniony poród ▶ Niepotrzebne i szkodliwe praktyki, takie jak nadmierny nacisk na dno macicy i niepotrzebna indukcja, niepotrzebne nacięcie krocza i natychmiastowe zaciśnięcie pępowiny ▶ Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa przed i po porodzie
<p>3.2 Do 2030 roku wyeliminować możliwe do uniknięcia zgony noworodków i dzieci poniżej 5. roku życia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Powikłania wynikające z opieki narażającej na niebezpieczeństwo w trakcie przedwczesnego porodu i porodu o czasie, na przykład zamartwica porodowa ▶ Kwestie bezpieczeństwa szczepień ▶ Pomyłka w rozpoznaniu wad wrodzonych ▶ Błędy w pediatrycznych dawkach leków ▶ Upadki wewnątrzszpitalne noworodków i niemowląt ▶ Brak resuscytacji ▶ Sepsa noworodkowa ▶ Błędy w docelowych wartościach natlenienia
<p>3.3 Do 2030 roku zlikwidować epidemie AIDS, gruźlicy, malarii i zaniedbanych chorób tropikalnych oraz zwalczyć zapalenie wątroby, choroby przenoszone drogą wodną i inne choroby zakaźne</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Urazy ostrymi narzędziami w placówkach ochrony zdrowia ▶ Brak środków ochrony osobistej ▶ Niebezpieczne praktyki dotyczące transfuzji krwi ▶ Niebezpieczne praktyki wstrzykiwania ▶ Zawodowe narażenie na gruźlicę ▶ Działania niepożądane leków w leczeniu gruźlicy i malarii ▶ Błędne rozpoznanie gruźlicy wielolekoopornej ▶ Kwestie bezpieczeństwa leków w masowym podawaniu leków na zaniedbane choroby tropikalne ▶ Kwestie bezpieczeństwa w przypadku ukąszenia przez jadowite węże
<p>3.4 Do 2030 roku zmniejszyć o jedną trzecią przedwczesną śmiertelność z powodu chorób niezakaźnych poprzez profilaktykę i leczenie oraz promować zdrowie psychiczne i dobre samopoczucie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Brak wczesnego rozpoznania i błędna diagnoza chorób niezakaźnych ▶ Polifarmacja ▶ Błędy laboratoryjne ▶ Błędy w przepisywaniu i podawaniu insuliny ▶ Zachowania autoagresywne, zdarzenia niepożądane związane z lekami, upadki w opiece psychiatrycznej ▶ Zagadnienia bezpieczeństwa w chemioterapii i radioterapii ▶ Niepowodzenie akcji ratunkowej ▶ Kwestie bezpieczeństwa związane z medycznym zastosowaniem promieniowania jonizującego
<p>3.5 Wzmocnienie profilaktyki i leczenia uzależnień, w tym nadużywania środków odurzających i szkodliwego spożywania alkoholu</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Brak zaangażowania pacjentów, prowadzący do rezygnacji i nawrotów ▶ Samookaleczanie i agresywne zachowanie ▶ Nadużywanie narkotyków i uzależnienia ▶ Kradzież i nadużywanie narkotyków ▶ Powikłania związane z farmakoterapią, np. przedawkowanie

Cele SDG 3	Przykłady możliwych do uniknięcia szkód w opiece zdrowotnej
<p>3.7 Do 2030 roku zapewnić powszechny dostęp do usług w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, w tym planowania rodziny, informacji i edukacji</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Powikłania po niebezpiecznych aborcjach ▶ Powikłania dotyczące zabiegów sterylizacji, takie jak zakażenia miejsca operowanego i zdarzenia niepożądane związane z lekami ▶ Nieprzestrzeganie medycznych kryteriów kwalifikacji do stosowania środków antykoncepcyjnych, prowadzące do niewłaściwego przepisywania środków antykoncepcyjnych ▶ Nieskuteczność antykoncepcji
<p>3.8 Osiągnięcie powszechnego dostępu do ochrony zdrowia, w tym ochrony przed ryzykiem finansowym, dostępu do wysokiej jakości podstawowych usług opieki zdrowotnej oraz dostępu dla wszystkich do bezpiecznych, skutecznych, wysokiej jakości i przystępnych cenowo podstawowych leków i szczepionek</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Przedłużone pobyty w szpitalu ▶ Ponowne przyjęcia ▶ Koszty postępowania sądowego z powodu incydentów związanych z bezpieczeństwem ▶ Powtórzenie procedury ▶ Utrata zaufania prowadząca do zmniejszenia zachowań prozdrowotnych ▶ Niespełniające norm i sfałszowane wyroby medyczne
<p>3.9 Do 2030 roku znacznie zmniejszyć liczbę zgonów i zachorowań spowodowanych niebezpiecznymi chemikaliami oraz zanieczyszczeniem i skażeniem powietrza, wody i gleby</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Skażenie środowiska związane z niebezpiecznymi i zakaźnymi odpadami związanymi z opieką zdrowotną ▶ Negatywne skutki medycznego zastosowania rtęci ▶ Niewłaściwa utylizacja środków chemioterapeutycznych i radioaktywnych ▶ Ścieki szpitalne zawierające materiały niebezpieczne i zakaźne
<p>3.c Znacznie zwiększyć finansowanie opieki zdrowotnej oraz rekrutację, rozwój, szkolenie i zatrzymanie pracowników służby zdrowia w krajach rozwijających się, zwłaszcza w krajach najslabiej rozwiniętych i małych rozwijających się państwach wyspiarskich</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wypalenie pracownika ochrony zdrowia, zagrożone bezpieczeństwo psychiczne ▶ Przemoc wobec pracowników ochrony zdrowia ▶ Brak specjalistycznej wiedzy na temat czynnika ludzkiego w celu projektowania bezpieczniejszych systemów opieki ▶ Zagrożenia fizyczne i chemiczne ▶ Braki w umiejętnościach i wyszkoleniu personelu

9. Powiązanie rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia WHA72.6 z Globalnym planem działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030

W tabeli 9.1 pokazano, w jaki sposób paragrafy operacyjne rezolucji WHA72.6 Światowego Zgromadzenia Zdrowia, przyjętej przez 72. Światowe Zgromadzenie

Zdrowia w maju 2019 roku, można powiązać ze strategiami „Globalnego planu działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030”.

Tabela 9.1. Powiązania między rezolucją WHA72.6 a strategiami „Globalnego planu działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030”

Paragraf operacyjny	Stanowisko	Powiązanie ze strategiami
	72. Światowe Zgromadzenie Zdrowia:	
1	Popiera ustanowienie Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta, obchodzonego corocznie w dniu 17 września w celu zwiększenia świadomości i zaangażowania opinii publicznej, lepszego globalnego zrozumienia oraz pracy na rzecz globalnej solidarności i działań państw członkowskich na rzecz promowania bezpieczeństwa pacjentów	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 1.5: Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta i GPSC
2	Wezwanie państw członkowskich do następujących działań:	
2.1	Uznanie bezpieczeństwa pacjentów za priorytet zdrowotny w politykach i programach sektora opieki zdrowotnej, czyniąc je niezbędnym elementem wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej w celu osiągnięcia powszechnego dostępu do ochrony zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 1.1: Polityka bezpieczeństwa pacjentów, strategia i ramy wdrażania Strategia 2.2: Dobre zarządzanie systemem ochrony zdrowia
2.2	Oceń i zmierzyc charakter i skalę problemu bezpieczeństwa pacjentów, w tym ryzyko, błędy, zdarzenia niepożądane i szkody dla pacjentów na wszystkich poziomach świadczenia usług zdrowotnych, w tym poprzez systemy zgłaszania, uczenia się i informacji zwrotnych, które uwzględniają punkt widzenia pacjentów i ich rodzin, oraz podjąć działania zapobiegawcze i wdrożyć systematyczne środki w celu zmniejszenia ryzyka dla wszystkich osób	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 6.1: Systemy zgłaszania i wyciągania wniosków dotyczących incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów Strategia 6.2: Systemy informacji o bezpieczeństwie pacjentów Strategia 6.3: Systemy nadzoru nad bezpieczeństwem pacjentów

Paragraf operacyjny	Stanowisko	Powiązanie ze strategiami
2.3	Opracowywanie i wdrażanie krajowych polityk, ustawodawstwa, strategii, wskazówek i narzędzi oraz rozmieszczanie odpowiednich zasobów w celu wzmocnienia bezpieczeństwa wszystkich usług zdrowotnych, jeśli jest taka konieczność	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Strategia 1.1: Polityka bezpieczeństwa pacjentów, strategia i ramy wdrażania ▶ Strategia 1.2: Mobilizacja i alokacja zasobów ▶ Strategia 1.3: Legislacyjne środki ochronne ▶ Strategia 5.3: Kompetencje w zakresie bezpieczeństwa pacjenta jako wymagania regulacyjne
2.4	Współpraca z innymi państwami członkowskimi, organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, organizacjami pacjentów, organizacjami zawodowymi, instytucjami akademickimi i badawczymi, przemysłem i innymi zainteresowanymi stronami w celu promowania, ustalania priorytetów i uwzględniania bezpieczeństwa pacjentów we wszystkich politykach i strategiach zdrowotnych	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Strategia 7.1: Zaangażowanie interesariuszy ▶ Strategia 7.2: Wspólne zrozumienie i wspólne zaangażowanie ▶ Strategia 7.4: Ponadgraniczne i wielosektorowe inicjatywy na rzecz bezpieczeństwa pacjentów ▶ Strategia 7.5: Dostosowanie do programów i inicjatyw technicznych
2.5	Dzielenie się i rozpowszechnianie najlepszych praktyk oraz zachęcanie do wzajemnego uczenia się w celu zmniejszenia szkód dla pacjentów poprzez współpracę regionalną i międzynarodową	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Strategia 6.1: Systemy zgłaszania i wyciągania wniosków dotyczących incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów ▶ Strategia 6.2: Systemy informacji o bezpieczeństwie pacjentów ▶ Strategia 7.3: Sieci bezpieczeństwa pacjentów i współpraca ▶ Strategia 7.4: Ponadgraniczne i wielosektorowe inicjatywy na rzecz bezpieczeństwa pacjentów
2.6	Odpowiednie zintegrowanie i wdrożenie strategii bezpieczeństwa pacjentów we wszystkich programach klinicznych i obszarach ryzyka, w celu zapobiegania możliwym do uniknięcia szkodom u pacjentów związanych z procedurami, produktami i urządzeniami opieki zdrowotnej, na przykład bezpieczeństwem leków, bezpieczeństwem chirurgii, kontrolą zakażeń, leczeniem sepsy, diagnostyką bezpieczeństwa, higieny środowiska i infrastruktury, bezpieczeństwa iniekcji, bezpieczeństwa krwi i bezpieczeństwa radiologicznego, a także minimalizowania ryzyka błędnej lub późnej diagnozy i leczenia oraz zwrócenia szczególnej uwagi na grupy ryzyka	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Strategia 3.1: Bezpieczeństwo procedur klinicznych obciążonych ryzykiem ▶ Strategia 3.2: GPSC: <i>Medication without harm</i> ▶ Strategia 3.3: Zapobieganie i kontrola zakażeń oraz oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe ▶ Strategia 3.4: Bezpieczeństwo wyrobów medycznych, leków, krwi i szczepionek ▶ Strategia 3.5: Bezpieczeństwo pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej i zmianach opieki ▶ Strategia 7.5: Powiązania z programami i inicjatywami technicznymi
2.7	Promowanie kultury bezpieczeństwa poprzez zapewnienie podstawowego szkolenia dla wszystkich pracowników służby zdrowia, rozwijanie kultury zgłaszania incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów bez obwiniania za pośrednictwem otwartych i przejrzystych systemów, które identyfikują i wyciągają wnioski z badania czynników sprawczych i przyczyniających się do	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Strategia 2.1: Przejrzystość, otwartość i kultura braku obwiniania ▶ Strategia 2.3: Zdolność przywódcza dla funkcji klinicznych i kierowniczych ▶ Strategia 2.4: Czynniki ludzkie/ergonomia dla odporności systemów opieki zdrowotnej

Paragraf operacyjny	Stanowisko	Powiązanie ze strategiami
	szkody, zajmując się czynnikami ludzkimi oraz budując przywództwo i zdolność zarządzania i wydajne zespoły multidyscyplinarne w celu zwiększenia świadomości i odpowiedzialności, poprawy wyników dla pacjentów i zmniejszenia kosztów związanych ze zdarzeniami niepożądanymi na wszystkich poziomach systemów opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Strategia 6.1: Systemy zgłaszania i uczenia się incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów
2.8	Budowanie trwałego potencjału zasobów ludzkich poprzez wielosektorowe i międzybranżowe kształcenie i szkolenie oparte na kompetencjach, w oparciu o programy WHO dotyczące bezpieczeństwa pacjentów i ciągły rozwój zawodowy, promowanie podejścia multidyscyplinarnego oraz budowanie odpowiedniego środowiska pracy, które optymalizuje zapewnianie bezpiecznych usług zdrowotnych	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Strategia 5.1: Bezpieczeństwo pacjentów w kształceniu i szkoleniu zawodowym ▶ Strategia 5.2: Centra doskonalenia edukacji i szkoleń w zakresie bezpieczeństwa pacjentów ▶ Strategia 5.4: Powiązanie bezpieczeństwa pacjentów z systemem ocen pracowników służby zdrowia ▶ Strategia 5.5: Bezpieczne środowisko pracy dla pracowników ochrony zdrowia
2.9	Promowanie badań, w tym badań translacyjnych, w celu wspierania świadczenia bezpieczniejszych usług zdrowotnych i opieki długoterminowej	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Strategia 6.4: Programy badań nad bezpieczeństwem pacjentów
2.10	Promowanie wykorzystania nowych technologii, w tym technologii cyfrowych, dla zdrowia, w tym budowanie i rozwijanie systemów informacji zdrowotnej oraz wspieranie gromadzenia danych do celów nadzoru i zgłaszania zagrożeń, zdarzeń niepożądanych i innych wskaźników szkód na różnych poziomach usług zdrowotnych i opieki społecznej związanej ze zdrowiem, przy jednoczesnym zapewnieniu ochrony danych osobowych oraz wspieraniu wykorzystania rozwiązań cyfrowych w celu zapewnienia bezpieczniejszej opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Strategia 6.2: Systemy informacji o bezpieczeństwie pacjentów ▶ Strategia 6.5: Technologia cyfrowa dla bezpieczeństwa pacjenta
2.11	Rozważenie wykorzystania medycyny tradycyjnej i medycyny komplementarnej, w zależności od sytuacji, w celu zapewnienia bezpieczniejszej opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Strategia 3.2: GPSC: <i>Medication without harm</i>
2.12	Wdrożenie systemów zaangażowania i wzmocnienia pozycji rodzin i społeczności pacjentów (zwłaszcza tych, które zostały dotknięte zdarzeniami niepożądanymi) w zapewnianiu bezpieczniejszej opieki zdrowotnej, w tym inicjatyw budowania potencjału, sieci i stowarzyszeń, oraz współpraca z nimi i społeczeństwem obywatelskim, w celu pozytywnego wykorzystania ich doświadczeń związanych z opieką z zachowaniem i bez zachowania zasad bezpieczeństwa w celu budowania strategii bezpieczeństwa i minimalizacji szkód, a także mechanizmów i programów kompensacyjnych we wszystkich aspektach świadczenia opieki zdrowotnej, w zależności od sytuacji	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Strategia 4.1: Współtworzenie polityk i programów z pacjentami ▶ Strategia 4.2: Uczenie się na doświadczeniach pacjentów w celu poprawy bezpieczeństwa ▶ Strategia 4.3: Rzecznicy pacjentów i orędownicy bezpieczeństwa pacjentów ▶ Strategia 4.4: Ujawnianie poszkodowanym incydentów zagrażających bezpieczeństwu pacjentów ▶ Strategia 4.5: Informacja i edukacja pacjentów i ich rodzin

Paragraf operacyjny	Stanowisko	Powiązanie ze strategiami
2.13	Coroczne obchody Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta w dniu 17 września w celu promowania wszystkich aspektów bezpieczeństwa pacjentów, w tym postępów w osiągnięciu krajowych kamieni milowych, we współpracy z odpowiednimi zainteresowanymi stronami	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 1.5: Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta i GPSC
2.14	Rozważenie udziału w corocznych Światowych Szczytach Ministerialnych poświęconych bezpieczeństwu pacjentów	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 7.4: Ponadgraniczne i wielosektorowe inicjatywy na rzecz bezpieczeństwa pacjentów
3	Zaprasza organizacje międzynarodowe i inne zainteresowane strony do współpracy z państwami członkowskimi w zakresie promowania i wspierania inicjatyw na rzecz bezpieczeństwa pacjentów, w tym corocznego obchodu Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 1.5: Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta i GPSC
4	Zwraca się do Dyrektora Generalnego o podjęcie następujących działań:	
4.1	Podkreślanie bezpieczeństwa pacjentów jako kluczowego priorytetu strategicznego w pracy WHO w ramach programu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 1.1: Polityka bezpieczeństwa pacjentów, strategia i ramy wdrażania
4.2	Opracowanie wytycznych normatywnych dotyczących minimalnych standardów, polityk, najlepszych praktyk i narzędzi na rzecz bezpieczeństwa pacjentów, w tym kultury bezpieczeństwa, czynników ludzkich, infrastruktury higienicznej, nadzoru klinicznego i zarządzania ryzykiem	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 1.4: Normy bezpieczeństwa, regulacje i akredytacje
4.3	Zapewnienie wsparcia technicznego państwom członkowskim, zwłaszcza krajom o niskich i średnich dochodach, w stosownych przypadkach i na żądanie, w celu pomocy w budowaniu krajowych zdolności w ich wysiłkach na rzecz oceny, pomiaru i poprawy bezpieczeństwa pacjentów, we współpracy ze stowarzyszeniami zawodowymi, w stosownych przypadkach, oraz tworzenie kultury bezpieczeństwa, a także zapewnienie skutecznego zapobiegania szkodom związanym z opieką zdrowotną, w tym infekcjom, poprzez budowanie zdolności przywódczych i zarządczych oraz otwarte i przejrzyste systemy, które identyfikują i wyciągają wnioski z przyczyn szkód	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 2.1: Przejrzystość, otwartość i kultura braku obwiniania Strategia 2.3: Zdolność przywódcza dla funkcji klinicznych i kierowniczych Strategia 3.3: Zapobieganie i kontrola zakażeń oraz oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe Strategia 6.2: Systemy informacji o bezpieczeństwie pacjentów Strategia 6.3: Systemy nadzoru nad bezpieczeństwem pacjentów
4.4	Udzielanie wsparcia państwom członkowskim, na żądanie, w tworzeniu i/lub wzmacnianiu systemów nadzoru nad bezpieczeństwem pacjentów	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 6.2: Systemy informacji o bezpieczeństwie pacjentów
4.5	Wzmocnienie globalnych sieci bezpieczeństwa pacjentów w celu dzielenia się najlepszymi praktykami i uczeniem się oraz wspierania współpracy międzynarodowej, w tym za pośrednictwem globalnej sieci instruktorów bezpieczeństwa pacjentów, a także do współpracy z państwami członkowskimi, organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, organizacjami pacjentów, stowarzyszeniami zawodowymi, instytucjami akademickimi i badawczymi, przemysłem i innymi zainteresowanymi stronami w budowaniu bezpieczniejszych systemów opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 7.1: Zaangażowanie interesariuszy Strategia 7.2: Wspólne zrozumienie i wspólne zaangażowanie Strategia 7.3: Sieci bezpieczeństwa pacjentów i współpraca Strategia 7.4: Ponadgraniczne i wielosektorowe inicjatywy na rzecz bezpieczeństwa pacjentów Strategia 7.5: Dostosowanie do programów i inicjatyw technicznych

Paragraf operacyjny	Stanowisko	Powiązanie ze strategiami
4.6	Zapewnienie, na żądanie, wsparcia technicznego i wytycznych normatywnych w zakresie rozwoju potencjału zasobów ludzkich w państwach członkowskich poprzez kształcenie i szkolenie oparte na kompetencjach międzybranżowych w oparciu o programy WHO dotyczące bezpieczeństwa pacjentów oraz, w porozumieniu z państwami członkowskimi, opracowywanie „szkolenia programy szkoleniowe dla trenerów w zakresie edukacji i szkoleń w zakresie bezpieczeństwa pacjentów oraz rozwój globalnych i regionalnych sieci profesjonalnych rad edukacyjnych w celu promowania edukacji w zakresie bezpieczeństwa pacjentów	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 5.1: Bezpieczeństwo pacjentów w kształceniu i szkoleniu zawodowym Strategia 5.2: Centra doskonalenia edukacji i szkoleń w zakresie bezpieczeństwa pacjentów
4.7	Opracowanie i zarządzanie, w porozumieniu z państwami członkowskimi, systemami globalnej wymiany doświadczeń z incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów, w tym poprzez niezawodne i systematyczne systemy sprawozdawczości, analizy danych i rozpowszechniania	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 6.1: Systemy zgłaszania i wyciągania wniosków dotyczących incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów
4.8	Projektowanie, uruchamianie i wspieranie globalnych wyzwań w zakresie bezpieczeństwa pacjentów oraz opracowywanie i wdrażanie strategii, wskazówek i narzędzi wspierających państwa członkowskie we wdrażaniu każdego wyzwania, z wykorzystaniem najlepszych dostępnych dowodów	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 1.5: Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta i GPSC
4.9	Promowanie i wspieranie stosowania technologii cyfrowych i badań, w tym badań translacyjnych w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 6.5: Technologia cyfrowa dla bezpieczeństwa pacjentów
4.10	Udzielanie wsparcia państwom członkowskim, na żądanie, we wdrażaniu systemów wspierających aktywne zaangażowanie, udział i wzmacnianie pozycji pacjentów, rodzin i społeczności w świadczeniu bezpieczniejszej opieki zdrowotnej; oraz w tworzeniu i wzmacnianiu sieci zaangażowania pacjentów, społeczności, społeczeństwa obywatelskiego i stowarzyszeń pacjentów	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 4.1: Współtworzenie polityk i programów z pacjentami Strategia 4.2: Uczenie się na doświadczeniach pacjentów w celu poprawy bezpieczeństwa Strategia 4.3: Rzecznicy pacjentów i orędownicy bezpieczeństwa pacjentów Strategia 4.4: Ujawnianie poszkodowanym incydentów zagrażających bezpieczeństwu pacjentów Strategia 4.5: Informacja i edukacja pacjentów i ich rodzin
4.11	Współpraca z państwami członkowskimi, organizacjami międzynarodowymi i innymi zainteresowanymi stronami w celu promowania Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta	<ul style="list-style-type: none"> Strategia 1.5: Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta i GPSC
4.12	Sformułowanie globalnego planu działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów w porozumieniu z państwami członkowskimi i wszystkimi zainteresowanymi stronami, w tym z sektora prywatnego, do przedłożenia na 74. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 2021 r. na 148. sesji Rady Wykonawczej	
4.13	Złożenie raportu o postępach we wdrażaniu niniejszej rezolucji do rozpatrzenia na 74., 76. i 78. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia	

Podziękowania

Przygotowanie kolejnych wersji manuskryptu i przegląd zespołów zadaniowych

Hitoshi Akazawa, Japonia; Abdullah Alhawsawi, Arabia Saudyjska; Madhava Balakrishnan, WHO; Marie-Charlotte Bouesseau, WHO; Andrew Carson-Stevens, Wielka Brytania; Neelam Dhingra, WHO; Sir Liam Donaldson, wysłannik WHO ds. bezpieczeństwa pacjentów; Mike Durkin, Wielka Brytania; Nikhil Gupta, WHO; Minna Häkkinen-Wu, WHO; Ingo Hartel, Niemcy; Helen Haskell, Stany Zjednoczone; Maki Kajiwara, WHO; Edwarda Kelleya, WHO; Shaleel Kesavan, Wielka Brytania; Mondher Letaief, WHO; Kobieta Limpanyalert, Tajlandia; Alpana Mair, WHO; Kathleen Mosier, Stany Zjednoczone; Irina Papiewa, WHO; Maria Del Rosario Perez, WHO; Aziz Sheikh, Wielka Brytania; Hardeep Singh, Stany Zjednoczone; Ayda Taha, WHO; Kazumi Tanaka, Japonia; Shin Ushiro, Japonia; Adriana Velasquez, WHO.

Główny zespół przygotowujący manuskrypt: Sir Liam Donaldson, Neelam Dhingra i Nikhil Gupta.

Międzynarodowi eksperci: Elizabeth Adams, Irlandia; Yolanda Agra, Hiszpania; Jacob Seman Ahmed, Etiopia; Rashid Al-Abri, Oman; Sara Albolino, Włochy; Abdullah Alhawsawi, Arabia Saudyjska; Huda Amer Al-Katheeri, Katar; Hidayatullah Alnoor, Afganistan; Qamra Al Sariri, Oman; Benedict Louise Alveberg, Norwegia; Carla Ulhoa Andrew, Brazylia; Ernest Konadu Asiedu, Ghana; Heitham Mohammed Awadalla, Sudan; Unurjargal Ayurzana, Mongolia; Nor'Aishah Abu Bakar, Malezja; Judith Diaz Bazan, Argentyna; Nejoua Belkaab, Maroko; Tommaso Bellandi, Włochy; Franklin Cardenas, Ekwador; Andrew Carson-Stevens, Wielka Brytania; Alexander Carter, Wielka Brytania; Beerdarshan Singh Caussy, Mauritius; Pieter de Coninck, Niemcy; Giulia Dagliana, Włochy; Javier Davila, Meksyk; G Sudath K Dharmaratne, Sri Lanka; Mike Durkin, Wielka Brytania; Ezekiel Garcia Elorrio, Argentyna; Charlotte George, Szwecja; Maria Giudici, Urugwaj; Toruń Omland

Granlund, Norwegia; Lena Graversen, Dania; Ingo Hartel, Niemcy; Helen Haskell, Stany Zjednoczone; Jeremy Hunt, Wielka Brytania; Elena Jablonicka, Słowacja; Syed Hussain Jafri, Pakistan; Mariam Regina Kamoga, Uganda; Ataul Karim, Bangladesz; Elżbieta King, Kanada; Aradhana Kohli, Holandia; Sandy Kossey, Kanada; Nora Kronig, Szwajcaria; Basia Kutryba, Polska; Kaisa Lähdepur, Finlandia; Andrew Likaka, Malawi; Kobieta Limpanyalert, Tajlandia; Jasna Mesarić, Chorwacja; Anastazja Nikitina, Rosja; Richard Katongole Carpenter, Jamajka; Lu Niu, Chiny; Joseph Okware, Uganda; Leandra Olson, Stany Zjednoczone; Naomi Poole, Australia; Ioana Cristina Popescu, Kanada; Dewanee Ranaweera, Sri Lanka; Daniela Roichman, Izrael; Eduard Sałachow, Szwajcaria; Alexandra Shaw, Wielka Brytania; Aziz Sheikh, Wielka Brytania; Anupam Sibal, Indie; Hardeep Singh, Stany Zjednoczone; Chantele Sitaram, Kanada; Paulo Sousa, Portugalia; Jitendra Nath Srivastava, Indie; Anthony Staines, Szwajcaria; Jozef Suvada, Słowacja; Kok Hian Tan, Singapur; Lekilay Tehmeh, Liberia; Patrizia Theurer, Austria; Luciana Yumi Ue, Brazylia; Shin Ushiro, Japonia; Evelyn Wesangula, Kenia; Alberta Wu, USA; Jason Young, Szwajcaria; Thomas Zeltner, Szwajcaria; i Isaac Zürcher, Szwajcaria.

Organizacje międzynarodowe: Sylvia Basterrechea, International Hospital Federation; Howard Catton, International Council of Nurses; Mary Coffey, European Society for Radiotherapy and Oncology; Karen Cosby, Gordon and Betty Moore Foundation; Guy Frijia, European Society of Radiology; Monika Hierath, European Society of Radiology; Helen Hughes, Patient Safety Learning; Joe Kiani, Patient Safety Movement Foundation; Niek Klazinga, OECD; Zuzana Kusynova, International Pharmaceutical Federation; Peter Lachman, International Society for Quality In Health Care; Carrie Mayer, Joint Commission International; Patricia McGaffigan, Institute for Healthcare Improvement; Alexander Mejia, United Nations Institute for Training and Research; Jannicke Mellin-Olsen, World Federation of Societies of Anaesthesiologists; Maria Magdalena Mihaila, World Medical Association; Kathleen Mosier,

International Ergonomics Association; Nyambura Muroki, World Medical Association; Maria Pilar Astier Pena, World Organization of Family Doctors; Joyce Chang Price, Joint Commission International; Lillian Reisser, International Society on Thrombosis and Haemostasis; Caroline Samer, International Union of Basic and Clinical Pharmacology; Kawaldip Sehmi, International Alliance of Patients' Organizations; Susan Sheridan, Society to Improve Diagnosis in Medicine; David Whitaker, World Federation of Societies of Anaesthesiologists.

WHO: Benedetta Allegranzi, Madhava Balakrishnan, Marie-Charlotte Bouesseau, Alessandro Cassini, Karen Daniels, Neelam Dhingra, Sir Liam Donaldson, Stephen Osborne Nurse Findlay, Jonas Gonseth-Garcia, Ann-Lise Guisset, Nikhil Gupta, Minna Hakkinen-Wu, Anne Johansen, Maki Kajiwara, Edward Kelley, Mondher Letaief, Alpna Mair, Qin Liu, Margaret Montgomery, Jean-Bosco Ndi-hokubwayo, Sepideh Bagheri Nejad, Irina Papieva, Maria Del Rosario Perez, Katthyana Aparicio Reyes, Paul Rogers, Nadeeb Safiullah, Shams B. Syed, Ayda Taha, Kazumi Tanaka i Evgeny Zheleznyakov.

Uzyskano istotny wkład od różnych zespołów technicznych w centrali WHO, a także od regionalnych i krajowych biur WHO.

Organizacje międzynarodowe i pozarządowe, które wniosły wkład merytoryczny: International Pharmaceutical Federation, Global Sepsis Alliance, International

Alliance for Patients' Organizations, International Council of Nurses, International Ergonomics Associations, International Society for Quality in Health Care, Public Services International, International Society on Thrombosis and Haemostasis, Save the Children – International, World Federation of Societies of Anaesthesiologists, World Medical Association, and World Organization of Family Doctors.

Państwa członkowskie, które dokonały przeglądu i wniosły wkład merytoryczny: Argentyna, Australia, Austria, Bangladesz, Brazylia, Chile, Chiny, Ekwador, Federacja Rosyjska, Filipiny, Finlandia, Gwinea Bissau, Hiszpania, Indie, Indonezja, Izrael, Kanada, Jamajka, Japonia, Kenia, Liberia, Namibia, Niemcy, Nowa Zelandia, Norwegia, Oman, Polska, Republika Korei, Sri Lanka, Stany Zjednoczone Ameryki, Sudan, Tajlandia, Tonga, Tunezja, Turcja, Urugwaj, Włochy oraz Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.

Dziękujemy wszystkim zainteresowanym stronom, w tym sektorowi prywatnemu, za ich cenny wkład w rozwój tego globalnego planu działania.

WHO wyraża wdzięczność za globalne przywództwo strategiczne, wsparcie techniczne i finansowe dla rozwoju Globalnego planu działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na lata 2021–2030 ze strony rządów Arabii Saudyjskiej, Niemiec, Japonii, Szwajcarii oraz Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.

Bibliografia

World Health Organization. 2011. Global plan for the decade of action for road safety 2011–2020. Geneva: WHO (https://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/plan_english.pdf?ua=1, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2013. Comprehensive mental health action plan 2013–2020. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2013. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2013. WHO traditional medicine strategy 2014–2023. Geneva: WHO (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_eng.pdf?sequence=1, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2014. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva: WHO (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127938/9789241507448_eng.pdf?sequence=1, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2015. Global action plan on antimicrobial resistance. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2016. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021. Geneva: WHO (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf?sequence=1>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2017. Global action plan on HIV drug resistance 2017–2021. Geneva: WHO (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255883/9789241512848-eng.pdf?sequence=1>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2017. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: WHO (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2017. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: WHO (<https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2018. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: WHO (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?ua=1>, accessed 16 July 2021).

World Health Organization. 2019. Stronger collaboration, better health: global action plan for healthy lives and well-being for all. Geneva: WHO (<https://www.who.int/publications-detail/stronger-collaboration-better-health-global-action-plan-for-healthy-lives-and-well-being-for-all>, accessed 16 July 2021).

Resolution WHA55.18. Quality of care: patient safety. In: Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13–18 May 2002. Geneva: World Health Organization; 2002 (https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf, accessed 16 July 2021).

Pojęcie	Definicja i źródło (wraz z piśmiennictwem wykorzystanym przy opracowaniu słownika)
Akredytacja	Formalny proces, w ramach którego uznany organ, zwykle organizacja pozarządowa, ocenia i uznaje, że organizacja opieki zdrowotnej spełnia obowiązujące, wcześniej ustalone i opublikowane standardy. Standardy akredytacji zwykle uznaje się za optymalne i osiągalne, a ich celem jest zachęcanie do ciągłego doskonalenia w ramach akredytowanych organizacji. Decyzję o akredytacji dla konkretnej organizacji opieki zdrowotnej podejmuje się po okresowej ocenie dokonywanej na miejscu przez zespół recenzentów, zwykle co 2–3 lata. Akredytacja nie jest procesem wymaganym przez prawo i regulacje, a organizacje często dobrowolnie decydują się na jej przeprowadzenie [1]
Zdarzenia niepożądane związane ze stosowaniem leku	Wszystkie niekorzystne następstwa interwencji medycznych związanych ze stosowaniem produktu leczniczego. Obejmują zarówno działania niepożądane leków, w których nie popełniono błędu, jak i powikłania wynikające z błędów lekarskich [2]
Zdarzenie niepożądane	Zdarzenie, które spowodowało uszczerbek na zdrowiu pacjenta [3]
Opiekunowie	Osoby, które sprawują opiekę nad członkiem lub członkami rodziny, przyjaciółmi lub społecznością. Mogą zapewniać regularną, okazjonalną lub rutynową opiekę lub angażować się w organizowanie opieki świadczonej przez innych [4]
Powikłanie	Choroba lub uraz powstały w następstwie innej choroby i/lub interwencji związanej z opieką zdrowotną [3]
Równość	Uczciwość; dystrybucja możliwości zachowania dobrego samopoczucia wynika z potrzeb ludzi. Wszyscy mają równe szanse rozwoju i zachowania zdrowia poprzez uczciwy i sprawiedliwy dostęp do zasobów zdrowotnych [5]
Błąd	Niezrealizowanie zaplanowanego działania zgodnie z zamierzeniem lub zastosowanie niewłaściwego planu [3]
Szkoda	Upośledzenie struktury lub funkcji organizmu i/lub wynikające z tego szkodliwe skutki. Szkoda obejmuje chorobę, uraz, cierpienie, niepełnosprawność i zgon [3]
Zagrożenie	Okoliczność, czynnik lub działanie, które może spowodować szkodę [3]

Pojęcie	Definicja i źródło (wraz z piśmiennictwem wykorzystanym przy opracowaniu słownika)
Zakażenie związane z opieką zdrowotną (określane również jako „zakażenie wewnątrzszpitalne” lub „zakażenie szpitalne”)	Zakażenie występujące u pacjenta w trakcie opieki w szpitalu lub innej placówce opieki zdrowotnej, które nie występowało lub nie znajdowało się w okresie inkubacji w czasie przyjęcia. Zakażenia związane z opieką zdrowotną mogą pojawić się również po wypisaniu ze szpitala [6]
Usługi medyczne	Wszelkie usługi (nie ograniczające się do usług medycznych lub klinicznych) mające na celu poprawę zdrowia lub ustalenie rozpoznania, leczenie i rehabilitację jednostek i populacji [4].
System ochrony zdrowia	(I) Wszelkie działania, których głównym celem jest promowanie, przywracanie i/lub utrzymanie zdrowia; (II) Ludzie, instytucje i zasoby zorganizowane razem zgodnie z ustaloną polityką w celu poprawy zdrowia ludności, której służą, odpowiadając jednocześnie na uzasadnione oczekiwania ludzi i chroniąc ich przed kosztami złego stanu zdrowia poprzez różnorodne działania nacelowane głównie na poprawę zdrowia [7]
Pracownicy ochrony zdrowia	Pracownicy ochrony zdrowia to wszyscy ludzie zaangażowani zawodowo w działania nacelowane głównie na poprawę zdrowia. Grupa ta obejmuje dostawców usług medycznych: lekarze, pielęgniarki, położne, specjaliści zdrowia publicznego, technicy laboratoryjni oraz inny personel techniczny, medyczny i niemedyyczny, pracownicy sprawujący opiekę osobistą, pracownicy zajmujący się ochroną zdrowia, uzdrowiciele i osoby praktykujący medycynę tradycyjną. Obejmuje również pracowników zarządzających i wspierających opiekę zdrowotną, takich jak sprzętacze, kierowcy, administratorzy szpitali, osoby zarządzające ochroną zdrowia na określonym obszarze i pracownicy socjalni oraz inne grupy zawodowe zajmujące się działaniami związanymi ze zdrowiem. Pracownicy ochrony zdrowia to nie tylko osoby pracujące w placówkach opieki doraźnej, ale także zatrudnieni w opiece długoterminowej, zdrowiu publicznym, opiece: środowiskowej, społecznej i domowej [8]
Czynniki ludzkie	Badanie wzajemnych powiązań między ludźmi oraz narzędziami, sprzętem i używanymi metodami a środowiskiem, w którym żyją i pracują [3].
Zdarzenie	Każde odstępstwo od zwykłej opieki medycznej powodujące uraz pacjenta lub stwarzające ryzyko szkody. Obejmuje błędy, możliwe do uniknięcia zdarzenia niepożądane i zagrożenia [3]
Just culture	Środowisko, które stara się zrównoważyć potrzebę uczenia się na błędach i potrzebę podejmowania działań dyscyplinujących [3]
Licencjonowanie	Zatwierdzony przez rząd proces regulacyjny mający na celu udzielenie pozwolenia i określenie zakresu sprawowania opieki zdrowotnej przez osoby lub organizacje, zwykle poprzedzający akredytację [9].
Wyrób medyczny	Artykuł, instrument, aparatura lub urządzenie, które są używane w celu zapobiegania, diagnozowania lub leczenia chorób lub innych stanów, lub do określania, mierzenia, przywracania, korygowania lub modyfikowania struktury lub funkcji ciała w określonym celu zdrowotnym. Zazwyczaj działanie wyrobu medycznego nie opiera się na działaniu farmakologicznym, immunologicznym ani metabolicznym [4]

Pojęcie	Definicja i źródło (wraz z piśmiennictwem wykorzystanym przy opracowaniu słownika)
Błąd medyczny	Zdarzenie niepożądane lub grożące niekorzystnymi następstwami, któremu można zapobiec przy obecnym stanie wiedzy medycznej [3]
Błąd związany z użyciem leku	Każde zdarzenie, któremu można zapobiec, mogące spowodować lub prowadzić do niewłaściwego użycia leku lub niekorzystnych następstw dla pacjenta, w sytuacji kiedy lek jest podawany przez pracownika ochrony zdrowia, pacjenta lub konsumenta [2]
Krajowa polityka bezpieczeństwa pacjentów	Formalne stanowisko rządu określające priorytety i parametry działań w kontekście potrzeb kraju, dostępnych zasobów i względów politycznych – opracowywane w ściślejszej konsultacji z zainteresowanymi stronami, w tym ze społecznościami [10]
Zdarzenie grożące niekorzystnymi następstwami	Zagrożenie, które ostatecznie nie zakończyło się szkodliwym działaniem u pacjenta [3]
Zdarzenie, które nigdy nie powinno mieć miejsca (<i>never event</i>)	Zdarzenie związane z bezpieczeństwem pacjenta, którego skutkiem jest poważny uszczerbek na zdrowiu lub zgon pacjenta (dotyczy to szczególnie rażących błędów medycznych, np. operacja w niewłaściwym miejscu, która nigdy nie powinna się odbyć) [11]
Wzmocnienie pozycji pacjenta	Proces, w którym pacjenci rozumieją swoją rolę oraz nabywają wiedzę i umiejętności za pośrednictwem pracownika ochrony zdrowia, aby wykonać zadanie w środowisku uznającym różnice społeczne i kulturowe oraz zachęcającym pacjentów do udziału [12]
Zaangażowanie pacjenta	Ułatwienia dla korzystających z usług zdrowotnych i wzmocnienie ich roli jako współtwórców zdrowia społecznego oraz polityki i praktyki ochrony zdrowia [13]
Możliwe do zapobiegania	Uznane przez środowisko jako możliwe do uniknięcia w określonych okolicznościach [3]
Podstawowa opieka zdrowotna	Główny element systemu opieki zdrowotnej, który umożliwia dostępną, stałą, kompleksową i skoordynowaną opiekę skoncentrowaną na pacjencie w ramach pierwszego kontaktu [4]
Jakość	Stopień, w jakim usługi zdrowotne wykonywane dla jednostek i populacji zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pożądaných wyników zdrowotnych i są zgodne z aktualną wiedzą profesjonalną [3]
Odporność	Zdolność wszystkich podmiotów i funkcji związanych ze zdrowiem do wspólnego łagodzenia, przygotowywania się, reagowania i odbudowy po destrukcyjnych zdarzeniach mających wpływ na zdrowie publiczne, przy jednoczesnym zapewnieniu podstawowych funkcji i usług oraz wykorzystywaniu doświadczeń do dostosowywania i przekształcania systemu w celu poprawy [14]
Ryzyko	Prawdopodobieństwo niebezpieczeństwa, straty lub urazu w związku z działaniami systemu opieki zdrowotnej [3]
Pierwotna przyczyna	Zasadnicza przyczyna wystąpienia zdarzenia [3]
Bezpieczna opieka	Bezpieczna opieka obejmuje podejmowanie decyzji klinicznych opartych na dowodach, aby zmaksymalizować wyniki zdrowotne danej osoby i zminimalizować potencjalne szkody [3]

Pojęcie	Definicja i źródło (wraz z piśmiennictwem wykorzystanym przy opracowaniu słownika)
Kultura bezpieczeństwa	Kultura bezpieczeństwa organizacji jest efektem indywidualnych i grupowych wartości, postaw, postrzegania, kompetencji i wzorców zachowań, które cechują proces zarządzania w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w organizacji. Organizacje o pozytywnej kulturze bezpieczeństwa charakteryzują się komunikacją opartą na wzajemnym zaufaniu, podobnym rozumieniu znaczenia bezpieczeństwa oraz uznaniem skuteczności środków zapobiegawczych [15]
Sepsa	Zagrażające życiu zaburzenie czynności narządów spowodowane rozregulowaną odpowiedzią gospodarza na zakażenie [16]
Podejście systemowe	Przeprowadzenie szybkiego, intensywnego badania, po którym następuje multidyscyplinarna analiza systemów... w celu [odkrycia] zarówno bezpośrednich, jak i systemowych przyczyn błędów... Opiera się na koncepcji, że chociaż jednostki popełniają błędy, cechy systemów, w których pracują, mogą z większym prawdopodobieństwem powodować błędy, które dodatkowo są trudniejsze do wykrycia i skorygowania. Podejście to opiera się na stanowisku, że chociaż jednostki muszą być odpowiedzialne za jakość swojej pracy, więcej błędów zostanie wyeliminowanych poprzez skupienie się na systemach niż na jednostkach. Zastępuje analizę winy i skupia się na okolicznościach, a nie na charakterze [3]
Przeniesienie opieki	Różne lokalizacje, do których pacjent przemieszcza się lub wraca z określonej fizycznej lokalizacji lub w których nawiązuje kontakt z pracownikiem ochrony zdrowia w celu uzyskania opieki zdrowotnej [17]
Powszechny dostęp do usług zdrowotnych (UHC, universal health coverage)	Oznacza, że wszystkie osoby i społeczności otrzymują usługi zdrowotne, których potrzebują, bez ponoszenia trudności finansowych. Obejmuje pełne spektrum podstawowych, wysokiej jakości usług zdrowotnych, od promocji zdrowia po profilaktykę, leczenie, rehabilitację i opiekę paliatywną przez całe życie [18]

Piśmiennictwo

1. Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality. Bethesda (MD): United States Agency for International Development; 1999.
2. Medication safety in polypharmacy. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/medication-safety-in-polypharmacy-technical-report>, accessed 12 July 2021).
3. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2009 ([https://www.who.int/publications/i/item/the-conceptual-framework-for-the-international-classification-for-patient-safety-\(icps\)](https://www.who.int/publications/i/item/the-conceptual-framework-for-the-international-classification-for-patient-safety-(icps)), accessed 12 July 2021).
4. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>, accessed 12 July 2021).
5. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272722>, accessed 12 July 2021).
6. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549929>, accessed 12 July 2021).
7. Health Systems Strengthening Glossary. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf, accessed 12 July 2021).
8. Charter: Health worker safety: a priority for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240011595>, accessed 12 July 2021).
9. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565561>; accessed 12 July 2021).
10. Guide for developing national patient safety policy and strategic plan. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2014 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206546/9789290232070.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, accessed 12 July 2021).
11. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>; accessed 12 July 2021).
12. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>, accessed 12 July 2021).
13. Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/patient-engagement>; accessed 12 July 2021).
14. Health Systems Resilience Toolkit. Geneva: World Health Organization (Unpublished).

15. American College of Healthcare Executives and IHI/NPSF Lucian Leape Institute. Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success. Boston (MA): American College of Healthcare Executives and Institute for Healthcare Improvement; 2017 (<http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/Leading-a-Culture-of-Safety-A-Blueprint-for-Success.aspx>; accessed 12 July 2021).
16. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801–10. <https://dx.doi.org/10.1001%2Fjama.2016.0287>
17. Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/transitions-of-care>; accessed 12 July 2021).
18. Fact sheet: Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization; 2021 ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)), accessed 12 July 2021).

