

BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA TO KWESTIA SYSTEMU, A NIE WINY. WYNIKI BADANIA HUMAN FACTORS W SZPITALU CMKP

Nowe podejście do zdarzeń medycznych w kontekście ustawy no-fault.



“Największym problemem w ochronie zdrowia nie są błędy ludzi, tylko organizacja systemu pracy, który pozwala, aby błędy miały konsekwencje”.

Warszawa, kwiecień 2026

W obliczu dyskursu prowadzonego w Polsce nad ustawą no-fault, wyniki badania Human Factors przeprowadzonego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. W/ Orłowskiego CMKP dostarczają jednoznacznych dowodów wskazując, iż większość ryzyk prowadzących do niepożądanych zdarzeń medycznych ma charakter systemowy, a nie jak sądzi się w Polsce, indywidualny.

Badanie zrealizowane przez ekspertów Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie we współpracy z Okręgową Izbą Lekarską oraz przy wsparciu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych PZU pokazało, iż skuteczna poprawa bezpieczeństwa pacjentów wymaga zmiany podejścia polegającego na odejściu od poszukiwania winy do zarządzania ryzykiem systemowym.

I. KLUCZOWE WYNIKI BADANIA

- 22% hospitalizacji: przypadki z jawną szkodą (potencjalne zdarzenia niepożądane)
- 78% hospitalizacji: zdarzenia typu near miss lub o charakterze ryzyka systemowego
- 52% przypadków: problemy w obszarze informacji, dokumentacji i komunikacji

Oznacza to, iż niemal 4 na 5 procesów leczenia zawierało ukryte ryzyko błędu, które nie zostało dotychczas uchwycone w systemie raportowania zdarzeń.

II. ŹRÓDŁO RYZYKA: SYSTEM, A NIE CZŁOWIEK

Badanie wykazało, że główne zagrożenia, wynikające z organizacji pracy, obejmowały:

- fragmentacja informacji klinicznej
- nieustrukturyzowane przekazanie pacjenta
- częste przerwania pracy zespołu
- przeciążenie poznawcze personelu
- brak standaryzacji procesów

Co istotne, bezpieczeństwo leczenia jest dzisiaj „ratowane” przez doświadczenie personelu, a nie przez dobrze system zaprojektowany zgodnie z zasadami nauki o Human Factors.

III. WYNIKI MIĘDZYNARODOWE

Międzynarodowe badania bezpieczeństwa pacjenta wskazują, że zdecydowana większość zdarzeń medycznych ma charakter systemowy. Szacuje się, że nawet 70–85% zdarzeń niepożądanych wynika z organizacji pracy, przeciążanie poznawczego personelu, komunikacji i procesów, a nie z indywidualnych decyzji profesjonalistów medycznych. Jednocześnie tylko około 25–30% przypadków spełnia kryteria zaniedbania w rozumieniu prawnym. Oznacza to, że skuteczna poprawa bezpieczeństwa nie może opierać się na karaniu jednostek, lecz na projektowaniu bezpiecznych systemów opieki.

IV. KEY MESSAGES

- Większość ryzyka jest ukryta w systemie
 - w badaniu, 78% hospitalizacji zawierało sygnały ryzyka (near miss)
 - tylko 22% przypadków wiązało się z jawną szkodą, co jest zgodne z wynikami międzynarodowymi

Błędy nie zaczynają się od lekarza, zaczynają się wcześniej, w procesie

- Główne źródła błędów są przewidywalne
 - 52% przypadków zawierało problemy w dokumentacji, komunikacji i informacji
 - krytyczne momenty to przekazanie pacjenta, przerwania pracy, organizacja procesu

To nie są przypadkowe zdarzenia – to powtarzalne słabości systemu

- To zgodne z danymi międzynarodowymi
 - 70–80% błędów w ochronie zdrowia ma charakter systemowy
 - tylko mniejszość przypadków wynika z indywidualnego zaniedbania

Polskie wyniki potwierdzają globalne dane

- Human Factors pozwala działać zanim dojdzie do szkody
 - identyfikuje „near miss”, czyli błędy zanim staną się zdarzeniem medycznym
 - wskazuje konkretne miejsca do poprawy (proces, komunikacja, organizacja)

Human Factors to przejście z reakcji na prewencję

- Fundament dla systemu no-fault
 - bezpieczeństwo pacjenta i profesjonalisty medycznego zaczyna się od dobrze zaprojektowanego systemu, a nie od szukanie winy
 - mniej niepożądanych zdarzeń medycznych to mniej roszczeń i niższe koszty ubezpieczeń oraz systemu ochrony zdrowia

No-fault działa tylko wtedy, gdy równolegle zarządzamy ryzykiem systemowym

V. DLACZEGO TO KLUCZOWE DLA USTAWY NO-FAULT

Ustawa no-fault winna opierać się na założeniu, że:

- błędy są nieuniknione w systemach złożonych,
- kluczowe jest ich zapobieganie na etapie projektowania, a nie karanie.

Wyniki badania w CMKP wprost potwierdzają to podejście:

1. Błędy są przewidywalne

- 78% hospitalizacji zawierało sygnały ostrzegawcze (near miss), czyli momenty, w których można zapobiec szkodzie poprzez wdrożenie zaleceń Human Factors jako elementu projektowego.

2. Błędy są systemowe

- Dominujące ryzyka dotyczą komunikacji i organizacji pracy, a nie decyzji pojedynczego lekarza

3. Błędy są możliwe do ograniczenia

- Interwencje Human Factors (np. checklisty, standaryzacja handoff) w badaniach międzynarodowych redukują:
 - o zdarzenia niepożądane nawet o 30%
 - o powikłania chirurgiczne o kilkadziesiąt procent
 - o koszty roszczeń wielokrotnie

VI. KORZYŚCI Z WDROŻENIA HUMAN FACTORS – DLA KAŻDEJ ZE STRON

1. Pacjent

- większe bezpieczeństwo leczenia
- mniej powikłań i zdarzeń niepożądanych
- lepsza ciągłość opieki i komunikacja

2. Personel medyczny

- odejście od kultury winy na rzecz kultury bezpieczeństwa
- mniejsze obciążenie poznawcze i stres
- lepsze wsparcie systemowe w podejmowaniu decyzji

3. Szpital

- redukcja zdarzeń medycznych
- poprawa jakości i organizacji pracy
- większa przewidywalność procesów klinicznych
- realna możliwość zarządzania ryzykiem zamiast reagowania na szkody

4. Płatnik i ubezpieczyciel

- ograniczenie liczby roszczeń
- niższe koszty wypłat odszkodowań
- możliwość aktywnego zarządzania ryzykiem ubezpieczeniowym

Jak pokazuje analiza, znacząca część ryzyka odszkodowawczego wynika z możliwych do identyfikacji i poprawy słabości systemu pracy

5. System ochrony zdrowia / regulator / Izba Lekarska / ustawodawca

- dowód na zasadność modelu no-fault
- możliwość budowy systemu opartego na uczeniu się, a nie karaniu
- fundament do wdrożenia krajowego systemu raportowania near miss

VII. NAJWAŻNIEJSZE OBSZARY DO POPRAWY, WNIOSKI Z BADANIA

Badanie wskazało cztery krytyczne momenty procesu leczenia:

- przygotowanie pacjenta do zabiegu, przy niepełnej informacji o aktualnie przyjmowanych lekach,
- praca na bloku operacyjnym powiązana z zakłóceniem koncentracji chirurga,
- logistyka sprzętu, wynikająca z braku standaryzacji,
- przekazanie pacjenta, wiążące się z ryzykiem utraty informacji.

Są to momenty generujące największe ryzyko zdarzeń medycznych i jednocześnie są to obszary najbardziej podatne na poprawę.

VIII. CO TO OZNACZA W PRAKTYCE?

Badanie Human Factors zmienia punkt ciężkości z „kto popełnił błąd”, na „dlaczego system pozwolił na błąd”. To fundamentalna zmiana, która wspiera wdrożenie ustawy no-fault, umożliwia realną redukcję zdarzeń medycznych oraz tworzy podstawę nowoczesnego zarządzania bezpieczeństwem. Jeżeli chcemy ograniczyć niepożądane zdarzenia medyczne w Polsce, musimy zacząć projektować bezpieczne systemy pracy. Przedmiotowe badanie pokazało, że ryzyko jest mierzalne, błędy są przewidywalne, a ich redukcja jest możliwa, pod warunkiem zastosowania podejścia Human Factors.

CMKP Centrum Medycznego
Kształcenia
Podyplomowego

NIL Naczelna
Izba Lekarska