Wsparcie Szpitala

Procedura zgłaszania zdarzeń niepożądanych

Szablon dla szpitala — 2026

Dokument zgodny z:

- Ustawą z 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692)
- Klasyfikacją NCC MERP (rewizja październik 2022)
- Modelem analizy systemowej Reasona (Swiss Cheese Model)

Co zawiera dokument:

- Definicje kluczowych pojęć (zdarzenie niepożądane, near miss, RCA)
- Schemat procesu zgłaszania krok po kroku
- Gotowy formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego
- Macierz odpowiedzialności i ścieżka eskalacji
- Klasyfikacja NCC MERP – 9 kategorii skali szkody

Pełny artykuł ekspercki:

Błędy medyczne w szpitalu – jak klasyfikować, analizować i wyciągać wnioski bez kultury obwiniania

→ https://wsparciedlaszpitala.pl/bezpieczenstwo-pacjenta/bledy-medyczne-w-szpitalu-jak-je-klasyfikowac-analizowac-i-wyciagac-wnioski-bez-kultury-obwiniania/

© 2026 wsparciedlaszpitala.pl — wszelkie prawa zastrzeżone

Dokument do swobodnego dostosowania i wewnętrznego użytku w placówce leczniczej.
Treść ma charakter szablonu pomocniczego — wymaga zatwierdzenia przez dyrekcję placówki.

1. Cel procedury i podstawa prawna

Cel procedury

Procedura określa zasady zgłaszania, klasyfikacji i analizy zdarzeń niepożądanych w szpitalu, zgodnie z ustawą z 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

Celem jest budowanie systemu uczenia się na błędach – bez kultury obwiniania, z naciskiem na identyfikację warunków systemowych umożliwiających wystąpienie zdarzeń i wdrażanie skutecznych działań naprawczych.

Podstawa prawna

- **Ustawa z 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta**
  Dz.U. 2023 poz. 1692
- **Rozporządzenia wykonawcze Ministra Zdrowia**
  akty wykonawcze
- **Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**
  Dz.U. 2024 poz. 581 ze zm.
- **WHO Global Patient Safety Action Plan 2021–2030**
  wytyczna międzynarodowa
- **NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors (rewizja 2022)**
  standard międzynarodowy

Kluczowe artykuły ustawy

Art.	Zakres regulacji
Art. 2 pkt 8	Definicja zdarzenia niepożądanego
Art. 18-19	Wewnętrzny system zarządzania jakością
Art. 20	Obowiązek zgłaszania niezwłocznie po stwierdzeniu zdarzenia
Art. 21	Treść zgłoszenia
Art. 24	Analiza przyczyn źródłowych i obowiązkowa anonimizacja
Art. 25	Rejestr Zdarzeń Niepożądanych prowadzony przez ministra zdrowia

© 2026 Wsparcie dla Szpitala

2. Definicje kluczowych pojęć

Zdarzenie niepożądane

Zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta. Nie stanowi zdarzenia niepożądanego skutek prawidłowo udzielonego świadczenia.

Błąd medyczny

Niezamierzone działanie lub zaniechanie odbiegające od standardu opieki, które prowadziło lub mogło prowadzić do szkody dla pacjenta.

Near miss (zdarzenie potencjalne)

Sytuacja, w której błąd zaszedł, ale został przechwycony przed dotarciem do pacjenta (np. przez weryfikację). Najcenniejszy sygnał ostrzegawczy systemu.

Powikłanie

Negatywny skutek właściwie wykonanego świadczenia, opisany w wiedzy medycznej. Nie stanowi zdarzenia niepożądanego.

Root Cause Analysis (RCA)

Systematyczna metoda dochodzenia do przyczyn źródłowych zdarzenia – warunków utajonych w systemie, których eliminacja zapobiega podobnym zdarzeniom w przyszłości.

Pełnomocnik ds. jakości

Osoba odpowiedzialna w placówce za koordynację wewnętrznego systemu jakości – rejestrację zgłoszeń, organizację zespołów RCA, raportowanie do dyrekcji.

Just Culture (kultura sprawiedliwego rozliczania)

Model rozdzielający trzy sytuacje: błąd ludzki bez sankcji, ryzykowne zachowanie z coachingiem, rażące zaniedbanie z sankcją. Nie oznacza bezkarności.

Never event

Zdarzenie, które w prawidłowo działającym systemie nigdy nie powinno wystąpić – np. operacja niewłaściwej strony, ciało obce w polu operacyjnym, transfuzja niezgodnej grupy.

© 2026 Wsparcie dla Szpitala

3. Schemat procesu zgłaszania

Proces zgłaszania i analizy zdarzenia niepożądanego składa się z 6 etapów. Termin dla każdego etapu liczy się od momentu zarejestrowania zgłoszenia.

1 **Zgłoszenie i wstępna klasyfikacja** — do 72 godzin

Personel zgłasza zdarzenie do Pełnomocnika ds. jakości. Wstępna klasyfikacja typu i skali szkody (NCC MERP).

2 **Powołanie zespołu RCA** — do 7 dni

Zespół 3–6 osób z różnych funkcji. W zespole NIE zasiadają osoby uczestniczące w zdarzeniu.

3 **Rekonstrukcja zdarzenia** — do 14 dni

Zespół odtwarza chronologię na podstawie dokumentacji, zleceń, kart obserwacji, rozmów. Tylko fakty.

4 **Identyfikacja przyczyn** — do 21 dni

Techniki: 5×Why (5 razy „dlaczego?") oraz diagram Ishikawy. Cel: warunki utajone, nie konkretne osoby.

5 **Działania naprawcze** — do 30 dni

Każda przyczyna → konkretne działanie. Hierarchia siły: zmiana fizyczna > standaryzacja > szkolenie.

6 **Wdrożenie i monitoring** — monitoring 12m

Właściciel, termin, wskaźnik. Sprawdzanie skuteczności w horyzontach 3, 6, 12 miesięcy.

© 2026 Wsparcie dla Szpitala

4. Formularz zgłoszenia zdarzenia

Do wypełnienia przez zgłaszającego niezwłocznie po stwierdzeniu zdarzenia.

I. Dane zgłoszenia

Nr zgłoszenia (nadaje system)

Data i godzina zgłoszenia

Imię i nazwisko zgłaszającego (lub identyfikator anonimowy)

Stanowisko / oddział zgłaszającego

II. Dane zdarzenia

Data i godzina wystąpienia zdarzenia

Miejsce wystąpienia (oddział, sala, gabinet)

Krótki opis zdarzenia (bez ocen, tylko fakty)

III. Wstępna klasyfikacja

Typ zdarzenia (zaznacz jedno):

- ☐ Błąd lekowy
- ☐ Błąd chirurgiczny
- ☐ Upadek pacjenta
- ☐ Błąd komunikacyjny
- ☐ Never event
- ☐ Błąd diagnostyczny
- ☐ Zakażenie szpitalne
- ☐ Błąd transfuzjologiczny
- ☐ Błąd identyfikacji
- ☐ Inny

Kategoria NCC MERP (zaznacz jedno):

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I

Działania natychmiastowe (jeśli podjęto)

© 2026 Wsparcie dla Szpitala

5. Macierz odpowiedzialności

Każda rola w procesie ma jasno określone zadania. Brak luk = sprawny system.

Rola	Odpowiedzialność
Personel pierwszej linii (lekarz, pielęgniarka)	Zgłoszenie zdarzenia niezwłocznie po stwierdzeniu, udzielenie pacjentowi pomocy, zabezpieczenie sprzętu / dowodów.
Pielęgniarka oddziałowa / kierownik zmiany	Pierwsza ocena zdarzenia, raport do oddziału, w razie potrzeby eskalacja do ordynatora.
Ordynator / kierownik kliniki	Powiadomienie Pełnomocnika ds. jakości, decyzja o trybie analizy, wsparcie zespołu RCA.
Pełnomocnik ds. jakości	Rejestracja zgłoszenia, klasyfikacja, organizacja zespołu RCA, raportowanie wskaźników dyrekcji.
Zespół ds. zdarzeń niepożądanych	Przeprowadzenie pełnego RCA, opracowanie rekomendacji, monitoring skuteczności wdrożenia.
Dyrekcja placówki	Zatwierdzenie planu naprawczego, alokacja zasobów, raport do organów zewnętrznych, kultura no-blame.

Kluczowe wskaźniki (KPI) systemu jakości

- Liczba zgłoszeń na 1000 osobodni hospitalizacji
- Udział zgłoszeń kategorii A–C (near miss) – wskaźnik dojrzałości kultury
- Średni czas od zgłoszenia do zakończenia RCA
- Odsetek wdrożonych zaleceń naprawczych
- Odsetek zaleceń z monitorowaną skutecznością ≥6 miesięcy
- Liczba ponownych wystąpień zdarzeń tej samej kategorii w 12 mies.

Pełna metodologia w artykule online

Szczegółowy opis modelu Reasona, klasyfikacji NCC MERP
oraz analizy przyczyn źródłowych RCA znajdziesz w pełnym artykule:

→ https://wsparciedlaszpitala.pl/bezpieczenstwo-pacjenta/bledy-medyczne-w-szpitalu-jak-je-klasyfikowac-analizowac-i-wyciagac-wnioski-bez-kultury-obwiniania/

© 2026 Wsparcie dla Szpitala