

Warszawa, dnia 29 października 2015 r.

Poz. 67

**OBWIESZCZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 28 października 2015 r.

**w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne**

Na podstawie z art. 2 ust. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418, Nr 76, poz. 641 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654) ogłasza się standardy akredytacyjne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne, zatwierdzone przez Ministra Zdrowia w dniu 28 października 2015 r., stanowiące załącznik do obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA

*Marian Zembala*

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

Załącznik do obwieszczenia  
Ministra Zdrowia  
z dnia 28 października 2015 r. (poz. 67)

**Standardy akredytacyjne  
w zakresie  
udzielania świadczeń zdrowotnych oraz  
funkcjonowania podmiotów leczniczych  
wykonujących inwazyjne procedury  
zabiegowe i operacyjne**

**Standardy akredytacyjne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne:**

- 1) w trybie hospitalizacji jednego dnia lub
- 2) w trybie hospitalizacji w podmiotach do 50 łóżek, lub
- 3) w podmiotach wąskoprofilowych (podmioty specjalizujące się w wykonywaniu wybranych inwazyjnych procedur zabiegowych i operacyjnych z danej dziedziny medycyny).

# Spis treści

I. Potrzeby Pacjenta (PP).....	5
II. Kwalifikacja i Przyjęcie (KP) .....	16
III. Ocena Stanu Pacjenta (OS) .....	23
IV. Laboratorium (LA).....	29
V. Diagnostyka Obrazowa (DO).....	38
VI. Zabiegi i Znieczulenia (ZA).....	44
VII. Farmakoterapia (FA) .....	53
VIII. Ciągłość Opieki (CO).....	59
IX. Kontrola Zakazań (KZ) .....	68
X. Bezpieczeństwo Opieki (BO).....	77
XI. Poprawa Jakości (PJ) .....	88
XII. Skuteczność Leczenia (SL) .....	97
XIII. Jakość Obsługi (JO).....	104
XIV. Informacja Medyczna (IM) .....	111
XV. Zarządzanie Podmiotem (ZP).....	126
Słownik pojęć.....	139

## I. Potrzeby Pacjenta (PP)

- PP 1:** Pacjent jest poinformowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach.
- PP 2:** Pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie swojego zdrowia.
- PP 3:** Pacjenci uczestniczą w procesie wyboru postępowania medycznego.
- PP 4:** W podmiocie określono listę świadczeń wymagających pisemnej zgody pacjenta.
- PP 5:** Planowe zabiegi rozpoczynane są po uzyskaniu zgody pacjenta.
- PP 5.1:** Podmiot opracował informację o wykonywanych zabiegach.
- PP 5.2:** Podmiot zapewnia pacjentowi czas na zapoznanie się z informacją o proponowanym zabiegu.
- PP 5.3:** Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.
- PP 6:** Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na przeprowadzenie znieczulenia.
- PP 7:** Warunki udzielania świadczeń pozwalają na poszanowanie intymności i godności pacjenta.
- PP 8:** Opieka nad pacjentem jest sprawowana z poszanowaniem godności i intymności pacjenta.
- PP 9:** Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin.
- PP 10:** Krewni i osoby wskazane przez pacjenta mogą uczestniczyć w procesie opieki.
- PP 11:** Pacjentom zapewniono możliwość kontaktu telefonicznego.
- PP 12:** Podmiot zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami głuchoniemymi, niesłyszącymi i obcojęzycznymi.
- PP 13:** Podmiot zapewnia możliwość składania skarg, uwag i wniosków.
- PP 14:** Opinia pacjentów o responsywności personelu medycznego jest analizowana.
- PP 14.1:** Niezależny podmiot prowadzi badanie ankietowe pacjentów.
- PP 14.2:** Badanie opinii pacjentów jest wszechstronne.
- PP 14.3:** Badanie ankietowe jest prowadzone po wypisie pacjenta.
- PP 14.4:** Pacjenci wyrażają zgodę na udział w badaniu ankietowym po wypisie.
- PP 15:** Informacja o ewentualnych kosztach związanych z opieką jest aktualna i łatwo dostępna.

## I. Potrzeby Pacjenta (PP)

Głównym celem dla jakiego pacjent trafia do podmiotu leczniczego, zwanego dalej „podmiotem“, jest trafne zdiagnozowanie choroby lub efektywne leczenie – oczekuje on skutecznej i bezpiecznej opieki zdrowotnej. Opieka zdrowotna posiada też istotne dla pacjenta aspekty niemedyczne. Składają się na nie jakość obsługi oraz zaspokajanie psychologicznych potrzeb pacjenta. Te aspekty opieki w istotny sposób wpływają na ostateczną ocenę przez pacjenta jakości sprawowanej nad nim opieki. Jakości obsługi poświęcony jest osobny dział standardów - JO. PP obejmuje standardy dotyczące zaspokajania potrzeb psychologicznych wiążącego się często z uważniejszym przyjmowaniem przez pacjenta porad medycznych i lepszym stosowaniem się do zaleceń udzielanych przez personel. Zaspokajanie psychologicznych potrzeb pacjenta przyczynia się do większej skuteczności leczenia. Wyczulenie i responsywność personelu medycznego zarówno na wyrażanie, jaki i nieartykułowane potrzeby pacjenta, dotyczy takich wartości jak:

- 1) godność (swoboda poruszania się, poważanie ze strony personelu, możliwość zadawania pytań i uzyskiwania wyczerpującej informacji, niekrępujące warunki badania i leczenia);
- 2) autonomia (prawo do uzyskania informacji o rozpoznaniu, stanie zdrowia i możliwych sposobach postępowania medycznego, możliwość zasięgnięcia niezależnych opinii o proponowanym leczeniu, wyrażanie zgody na badania, zabiegi i na proponowany sposób leczenia, prawo odmowy leczenia);
- 3) dyskrecja (możliwość rozmowy z lekarzem z zachowaniem poufności, chęć zachowania w tajemnicy informacji o chorobie);
- 4) zainteresowanie (zainteresowanie personelu medycznego problemami pacjenta, szybka pomoc w sytuacjach nagłych);
- 5) wsparcie społeczne (możliwość kontaktu z członkami rodziny i przyjaciółmi, możliwość korzystania z pożywienia (produktów żywnościowych) i przedmiotów przyniesionych przez odwiedzających, możliwość uczestnictwa w praktykach religijnych).

Wiele z wymienionych powyżej potrzeb próbuje się zagwarantować przy pomocy powszechnie obowiązujących przepisów prawa wprowadzających katalog praw pacjenta do systemu opieki zdrowotnej. W czasie pobytu w podmiocie pacjent powinien być poinformowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach. Informacje te powinny zostać przekazane pacjentowi w sposób zrozumiały. Personel powinien znać prawa pacjenta. Samo przestrzeganie tych przepisów nie gwarantuje jednak wysokiej oceny opieki ze strony pacjentów. Immanentną składową opieki powinna być empatia personelu w stosunku do pacjentów, życzliwość i wyczulenie na indywidualne potrzeby psychologiczne. W przypadku pacjentów małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody standardy akredytacyjne odnoszą się również do ich przedstawicieli ustawowych, na zasadach określonych przepisami prawa powszechnie obowiązującego.

Właściwym sposobem oceny responsywności personelu na potrzeby pacjentów są wyniki metodologicznie poprawnych badań opinii pacjentów. Ich wyniki stanowią skuteczne narzędzie do poprawy postawy personelu.

### **PP 1: Pacjent jest poinformowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach.**

#### **Wyjaśnienie**

Prawa i obowiązki pacjenta powinny być:

- spisane w sposób zrozumiały i czytelny,
- łatwo dostępne w miejscach pobytu pacjentów,
- na życzenie udostępnianie indywidualnie.

W czasie przyjęcia do podmiotu pacjent powinien być także informowany o obowiązującym w tym podmiocie regulaminie.

**Sprawdzenie**

1. wywiad z pacjentami
2. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Wszyscy zapytani pacjenci wskazali, że zostali poinformowani o przysługujących im prawach i obowiązkach.
- 3 – Prawie wszyscy zapytani pacjenci wskazali, że zostali poinformowani o przysługujących im prawach i obowiązkach.
- 1 – Nieliczni zapytani pacjenci wskazali, że nie zostali poinformowani o przysługujących im prawach i obowiązkach.

**PP 2: Pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie swojego zdrowia.****Wyjaśnienie**

Każdy pacjent przebywający w podmiocie ma prawo do uzyskania wyczerpującej informacji o swoim stanie zdrowia i planowanym postępowaniu medycznym. Tryb przekazywania tych informacji zależy od zasad przyjętych w podmiocie, lecz informacja ta powinna być zrozumiała dla pacjenta i osób przez niego wskazanych (rodziny, bądź innych osób sprawujących nad nim opiekę). W uzasadnionych przypadkach nieudzielenia pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia, należy dokonać stosownego wpisu w dokumentacji medycznej pacjenta. Pacjent powinien móc wskazać osobę, której może być udzielana informacja o jego stanie zdrowia. Ocena standardu uwzględnia rezultaty badań opinii pacjentów.

**Sprawdzenie**

1. wywiad z personelem
2. wywiad z pacjentami
3. rezultaty badania opinii pacjentów

**Punktowanie**

- 5 – Wszyscy pacjenci (lub przedstawiciele ustawowi) uzyskują zrozumiałe informacje o stanie swojego zdrowia.
- 3 – Prawie wszyscy pacjenci (lub przedstawiciele ustawowi) uzyskują zrozumiałe informacje o stanie swojego zdrowia.
- 1 – Niektórzy pacjenci (lub przedstawiciele ustawowi) uzyskują zrozumiałe informacje o stanie swojego zdrowia.

**PP 3: Pacjenci uczestniczą w procesie wyboru postępowania medycznego.****Wyjaśnienie**

Pacjenci powinni być zapoznawani z potencjalnymi korzyściami i ryzykiem związanym z proponowanym postępowaniem medycznym. Alternatywne metody postępowania powinny zostać przedstawione pacjentowi w sposób zrozumiały i umożliwiający dokonanie świadomego wyboru pomiędzy nimi. Wybór postępowania medycznego zgodnie z zasadą autonomii należy do pacjenta, ale może on, o ile uczyni to w sposób wyraźny, delegować to prawo na lekarza. Dokonując wyboru w imieniu pacjenta lekarz powinien uwzględniać wartości najważniejsze dla pacjenta.

**Sprawdzenie**

1. rezultaty badania opinii pacjentów
2. wywiad z personelem
3. wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – Wszyscy zapytani pacjenci uczestniczyli w procesie wyboru postępowania medycznego.
- 3 – Większość zapytanych pacjentów uczestniczyła w procesie wyboru postępowania medycznego.
- 1 – Większość zapytanych pacjentów nie uczestniczyła w procesie wyboru postępowania medycznego.

**PP 4: W podmiocie określono listę świadczeń wymagających pisemnej zgody pacjenta.****Wyjaśnienie**

Zasadne jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na udzielenie określonego świadczenia. Uzyskanie takiej zgody w formie pisemnej jest istotne w przypadku procedur związanych z istotnym ryzykiem powikłań, takich jak operacje i zabiegi chirurgiczne, a także niektóre zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne. Lista świadczeń wymagających uzyskania pisemnej zgody powinna zostać:

- zatwierdzona przez kadrę zarządzającą,
- być łatwo dostępna,
- znana personelowi medycznemu.

W podmiocie określa się sposób uzyskiwania zgody pacjenta, tak ustnej (np. na dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego czy pobranie krwi do badania), jak i pisemnej, na wykonanie procedur związanych z większym ryzykiem.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie określono listę świadczeń wymagających pisemnej zgody pacjenta zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie określono listę świadczeń wymagających pisemnej zgody pacjenta nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie określono listy świadczeń wymagających pisemnej zgody pacjenta zgodnie z wymogami standardu.

**PP 5: Planowe zabiegi rozpoczynane są po uzyskaniu zgody pacjenta.****Wyjaśnienie**

Świadczenia powinny być udzielane po uzyskaniu od pacjenta świadomej zgody. Istotnym jest by, przed uzyskaniem zgody, pacjentowi w sposób zrozumiały przedstawiono proponowany sposób lub sposoby postępowania medycznego, w tym szanse uzyskania korzystnego efektu leczenia i ryzyko związane z jego zastosowaniem. Informacja powinna również wskazywać alternatywne sposoby postępowania, jeśli takowe mają zastosowanie. Należy zapewnić pacjentom czas na zapoznanie się z przedstawionymi informacjami i dokonanie świadomego wyboru. Odmowę lub brak możliwości uzyskania świadomej zgody należy odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta.

**PP 5.1: Podmiot opracował informację o wykonywanych zabiegach.****Wyjaśnienie**

Podstawą świadomego wyrażenia zgody jest uzyskanie zrozumiałej informacji o proponowanym sposobie lub sposobach postępowania medycznego. Informacja powinna dotyczyć:

- proponowanego sposobu postępowania medycznego,
- oczekiwanych korzyści,
- ryzyka,
- odległych skutków,
- niezbędności poddania się proponowanemu postępowaniu.

Zaleca się opracowanie pisemnej informacji dla pacjenta na temat wykonywanych świadczeń. Informacja powinna być przedstawiona językiem prostym, w sposób zrozumiały, zilustrowany graficznie, z ograniczoną ilością tekstu. Powinna zwięźle ilustrować anatomię, stosowane badania, klasyfikację zaawansowania choroby i proponowany sposób postępowania.



**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot opracował informację o wykonywanych świadczeniach.
- 3 – Podmiot opracował informację o części wykonywanych świadczeń.
- 1 – Podmiot nie opracował informacji o wykonywanych świadczeniach.

**PP 5.2: Podmiot zapewnia pacjentowi czas na zapoznanie się z informacją o proponowanym zabiegu.****Wyjaśnienie**

W przypadku przyjęć w trybie planowym, oczekiwanie na wyrażenie przez pacjenta zgody powinno być do niego kierowane wyłącznie jeżeli, pacjentowi w sposób zrozumiały przedstawiono proponowany sposób lub sposoby postępowania medycznego i zapewniono czas na zapoznanie się z tymi informacjami. Pacjent powinien otrzymywać informację o proponowanym postępowaniu medycznym z dostatecznym wyprzedzeniem przed przyjęciem, tak aby miał czas na przemyślenie, ewentualnie na zasięgnięcie niezależnej opinii, i by w chwili przyjęcia zgoda przez niego wyrażana była w pełni świadoma.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem
4. wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – Wszyscy pacjenci otrzymują informację o proponowanym postępowaniu medycznym z dostatecznym wyprzedzeniem.
- 3 – Prawie wszyscy pacjenci otrzymują informację o proponowanym postępowaniu medycznym z dostatecznym wyprzedzeniem.
- 1 – Niektórzy pacjenci otrzymują informację o proponowanym postępowaniu medycznym z dostatecznym wyprzedzeniem lub podmiot nie przedstawia takiej informacji z dostatecznym wyprzedzeniem.

**PP 5.3: Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.****Wyjaśnienie**

Formularz świadomej zgody pacjenta powinien zawierać:

- wskazanie zabiegu lub operacji,
- oświadczenie o możliwości zapoznania się z informacją o proponowanym zabiegu,
- podpis pacjenta,
- podpis lekarza pobierającego zgodę i udzielającego wyjaśnień pacjentowi.

Odmowę lub brak możliwości uzyskania świadomej zgody należy odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem
4. wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonane zabiegu zgodnie z wymogami standardu lub wyjaśnienie braku możliwości pobrania zgody.
- 3 – 90–99% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonane zabiegu zgodnie z wymogami standardu lub wyjaśnienie braku możliwości pobrania zgody.
- 1 – Mniej niż 90% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonane zabiegu zgodnie z wymogami standardu lub wyjaśnienie braku możliwości pobrania zgody.

**PP 6: Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na przeprowadzenie znieczulenia.****Wyjaśnienie**

Pacjent powinien być poinformowany o ryzyku związanym z proponowanym rodzajem znieczulenia oraz alternatywnych sposobach postępowania. Na formularzu zgody wymagany jest:

- proponowany typ znieczulenia,
- podpis pacjenta,
- podpis anestezjologa udzielającego informacji i pobierającego zgodę na znieczulenie,
- data uzyskania zgody.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonanie określonego typu znieczulenia zgodnie z wymogami standardu lub uzasadnienie braku możliwości pobrania zgody.
- 3 – 90–99% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonanie określonego typu znieczulenia zgodnie z wymogami standardu lub uzasadnienie braku możliwości pobrania zgody.
- 1 – Mniej niż 90% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonanie określonego typu znieczulenia zgodnie z wymogami standardu lub uzasadnienie braku możliwości pobrania zgody.

**PP 7: Warunki udzielania świadczeń pozwalają na poszanowanie intymności i godności pacjenta.****Wyjaśnienie**

Podmiot powinien zapewniać warunki udzielania świadczeń, które minimalizują uczucie skrępowania i ograniczenia prywatności pacjenta. W tym celu wykorzystuje się m.in. parawany, zasłony, oddzielne sale chorych, pokoje badań.

Wnętrze każdego pomieszczenia, w tym pomieszczenia przeznaczonego do badania pacjentów, powinno być odpowiednio zaaranżowane lub posiadać wydzieloną część, która umożliwi dyskretną rozmowę z pacjentem oraz niekrępujące pacjenta przeprowadzenie badania przedmiotowego, ewentualnie instrumentalnego (np. usg). Ważnym jest by gabinety były dobrze izolowane akustycznie, dostatecznie oświetlone i wyposażone w ułatwiające badanie kozetki lub fotele. Tożsame wymagania powinny być spełniane przez sale pobytu pacjentów.

**Sprawdzenie**

1. obserwacja bezpośrednia
2. wywiad z pacjentami
3. wywiad z personelem
4. rezultaty badania opinii pacjentów

**Punktowanie**

- 5 – Wszystkie pomieszczenia, w których przebywają pacjenci, pozwalają na zapewnienie poszanowania intymności i godności pacjenta zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Prawie wszystkie pomieszczenia, w których przebywają pacjenci, pozwalają na zapewnienie poszanowania intymności i godności pacjenta zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Niektóre pomieszczenia, w których przebywają pacjenci, pozwalają na zapewnienie poszanowania intymności i godności pacjenta zgodnie z wymogami standardu.

**PP 8: Opieka nad pacjentem jest sprawowana z poszanowaniem godności i intymności pacjenta.****Wyjaśnienie**

Zachowanie zasad prywatności dotyczy każdej okoliczności pobytu pacjenta w podmiocie, nie tylko badania lekarskiego, czy sprawowania opieki lekarskiej i pielęgniarstwa. Zachowanie prywatności jest istotne podczas przeprowadzania wywiadu lekarskiego, czy pobierania świadomej zgody na udzielenie świadczenia.

Personel powinien respektować godność wszystkich pacjentów, w szczególności osób starszych i fizycznie lub psychicznie niepełnosprawnych. Pacjenci powinni mieć poczucie poszanowania ich godności bez względu na ich stan zdrowia, przekonania i sytuację ekonomiczną.

**Sprawdzenie**

- 1. wywiad z personelem
- 2. wywiad z pacjentami
- 3. obserwacja bezpośrednia
- 4. rezultaty badania opinii pacjentów

**Punktowanie**

- 5 – Zawsze opieka nad pacjentami sprawowana jest z poszanowaniem jego godności i intymności pacjenta.
- 3 – Prawie zawsze opieka nad pacjentami sprawowana jest z poszanowaniem godności i intymności pacjenta.
- 1 – Opieka nad pacjentami nie jest sprawowana z poszanowaniem godności i intymności pacjenta.

**PP 9: Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin.****Wyjaśnienie**

W uzasadnionych przypadkach, podmiot może wprowadzić ograniczenia liczby osób odwiedzających i godzin odwiedzin. Regulamin odwiedzin powinien uwzględniać prawo do zachowania prywatności pacjentów przebywających w salach wielosobowych. Oznacza to możliwość wyznaczania odwiedzin w innych dostępnych miejscach niż sale chorych oraz potrzebę tworzenia takich możliwości w trakcie przebudowy czy prac remontowych. Regulamin odwiedzin powinien także precyzować zasady i tryb odwiedzin w miejscach, takich jak m. in. sale nadzoru poznieczuleniowego, sale intensywnej nadzoru, oddziały intensywnej terapii.

**Sprawdzenie**

- 1. przegląd dokumentacji podmiotu
- 2. wywiad z personelem
- 3. wywiad z pacjentami
- 4. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono zasady odwiedzin pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono zasady odwiedzin pacjentów nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowane zasady nie są stosowane w pełnym zakresie lub nie są kompletne.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono zasad odwiedzin pacjentów zgodnie

z wymogami standardu.

### **PP 10: Krewni i osoby wskazane przez pacjenta mogą uczestniczyć w procesie opieki.**

#### **Wyjaśnienie**

Udział rodziny lub opiekunów w opiece nad pacjentem zwiększa jego poczucie bezpieczeństwa, ułatwia adaptację w obcym środowisku, pozwala na lepsze zaspokajanie potrzeb pacjenta w nowych warunkach. Włączenie rodziny w opiekę powinno być możliwie najszersze, lecz nieobciążające innych pacjentów. Podmiot powinien określić zakres opieki jaką może świadczyć rodzina i bliscy pacjenta. Informacja o zasadach sprawowania opieki nad pacjentem powinna być dostępna dla odwiedzających.

#### **Sprawdzenie**

1. wywiad z personelem
2. wywiad z pacjentami
3. obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

- 5 – Podmiot określił zakres opieki nad pacjentem, w jakim mogą uczestniczyć krewni lub osoby wskazane przez pacjenta.
- 3 – Podmiot określił zakres opieki nad pacjentem, w jakim mogą uczestniczyć krewni lub osoby wskazane przez pacjenta nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Krewni lub osoby wskazane przez pacjenta nie mogą uczestniczyć w opiece nad pacjentami.

### **PP 11: Pacjentom zapewniono możliwość kontaktu telefonicznego.**

#### **Wyjaśnienie**

Podmiot zapewnia pacjentom możliwość komunikacji przy użyciu przenośnych aparatów telefonicznych. Podmiot powinien dysponować osobnymi aparatami z bezprzewodową słuchawką do użytku pacjentów.

#### **Sprawdzenie**

1. wywiad z personelem
2. wywiad z pacjentami
3. obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

- 5 – Pacjenci mają możliwość skorzystania z przenośnego aparatu przeznaczonego do ich wyłącznego użytku.
- 3 – Pacjenci mają możliwość skorzystania z przenośnego aparatu personelu.
- 1 – Pacjenci nie mają możliwości skorzystania z przenośnego aparatu telefonicznego.

### **PP 12: Podmiot zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami głuchoniemymi, niesłyszącymi i obcojęzycznymi.**

#### **Wyjaśnienie**

W podmiocie powinno się określić tryb i sposób porozumiewania z pacjentami głuchoniemymi, niesłyszącymi oraz obcojęzycznymi. W każdym przypadku powinna istnieć możliwość porozumienia się przez personel z pacjentem w języku angielskim. W przypadku podmiotów zlokalizowanych na terenach przygranicznych oczekiwana jest znajomość języka państwa sąsiadującego. Należy wskazać osoby odpowiedzialne za tę komunikację.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami głuchoniemymi, niesłyszącymi i obcojęzycznymi zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami głuchoniemymi, niesłyszącymi i obcojęzycznymi nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie zapewnia możliwości porozumiewania się z pacjentami głuchoniemymi, niesłyszącymi i obcojęzycznymi.

**PP 13: Podmiot zapewnia możliwość składania skarg, uwag i wniosków.****Wyjaśnienie**

Pacjenci powinni mieć możliwość składania skarg, uwag i wniosków ustnie lub pisemnie. Skargi, uwagi i wnioski pacjentów, w tym składane anonimowo, istotne z punktu widzenia jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów powinny być analizowane. Jeżeli z analizy wynika potrzeba podjęcia działań to kadra zarządzająca określa zakres, termin i osoby odpowiedzialne za ich realizację. Wyniki analizy skarg są dokumentowane, a wszystkie skargi, uwagi i wnioski są archiwizowane przez okres 3 lat. Wnioski z analizy skarg powinny być uwzględniane w programach poprawy jakości opieki świadczonej przez podmiot.

**Sprawdzenie**

- 1. przegląd dokumentacji podmiotu
- 2. wywiad z personelem
- 3. wywiad z pacjentami
- 4. obserwacja bezpośrednia

*Standard nie jest oceniany w przypadku braku skarg, uwag i wniosków.*

**Punktowanie**

- 5 – Skargi, uwagi i wnioski zgłaszane przez pacjentów są analizowane, a wnioski z analizy są uwzględnione w programach poprawy jakości.
- 3 – Skargi, uwagi i wnioski zgłaszane przez pacjentów są analizowane, lecz wnioski nie są w pełni uwzględniane w programach poprawy jakości.
- 1 – Skargi, uwagi i wnioski zgłaszane przez pacjentów nie są analizowane.

**PP 14: Opinia pacjentów o responsywności personelu medycznego jest analizowana.****Wyjaśnienie**

Badanie opinii i doświadczeń pacjentów pozwala na ocenę responsywności personelu medycznego na potrzeby psychologiczne pacjentów. Warunkiem jest właściwy dobór próby pacjentów, poprawność metodologiczna badania opinii pacjentów, uwzględniająca możliwość pozytywnego zafałszowania wyników w sytuacjach gdy pacjenci z uwagi na rzeczywistość lub domniemaną zależność od podmiotu udzielają odpowiedzi korzystniejszej dla tego podmiotu niżby to wynikało, z ich przekonania.

**PP 14.1: Niezależny podmiot prowadzi badanie ankietowe pacjentów.****Wyjaśnienie**

Badanie doświadczeń i opinii pacjentów stanowi bezpośrednie źródło informacji o aktualnie udzielanej opiece zdrowotnej i wskazuje, które problemy powodują deficyty jakości. Prawidłowo przeprowadzane, regularnie powtarzane badania opinii, co najmniej raz w roku, wykonywane zgodnie z jednolitą metodologią pozwalają identyfikować problemy dla programów poprawy jakości oraz oceniać skuteczność takich programów. Wyniki badań opinii pacjentów są wiarygodne przy minimalizacji poczucia uzależnienia pacjenta od podmiotu, jedynie badanie wykonane przez podmiot zewnętrzny, niezależny od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, spełnia ten warunek. Podmiot zewnętrzny realizujący badanie opinii pacjentów powinien:

- posiadać udokumentowane doświadczenie w badaniu opinii pacjentów, które wymagają odmiennej metodologii niż badania opinii społecznej,

- prowadzić badania na terenie całej Polski, co pozwala na obiektywną ocenę uzyskiwanych wyników.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Pacjenci są regularnie ankietowani przez niezależny, zewnętrzny podmiot, a rezultaty badania opinii pacjentów służą programom poprawy jakości.
- 3 – Pacjenci są ankietowani przez niezależny, zewnętrzny podmiot, ale rezultaty badania opinii pacjentów nie służą programom poprawy jakości lub badania te nie są przeprowadzane regularnie.
- 1 – Pacjenci nie są ankietowani w celu pozyskania ich opinii o pobycie w podmiocie albo ankietyzacji nie przeprowadza niezależny, zewnętrzny podmiot.

**PP 14.2: Badanie opinii pacjentów jest wszechstronne.****Wyjaśnienie**

Badanie powinno dotyczyć:

- responsywności personelu medycznego na psychologiczne potrzeby pacjenta,
- oceny konsumentckiej jakości opieki,
- skuteczności leczenia,
- skuteczności leczenia bólu,
- oceny satysfakcji pacjenta.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Zakres badania opinii pacjentów jest zgodny z wymogami standardu.
- 3 – Zakres badania opinii pacjentów nie jest w pełni zgodny z wymogami standardu.
- 1 – Zakres badania opinii pacjentów nie jest zgodny z wymogami standardu.

**PP 14.3: Badanie ankietowe jest prowadzone po wypisie pacjenta.****Wyjaśnienie**

Wiarygodne badanie powinno zostać przeprowadzone po wypisie pacjenta. Taki system minimalizuje poczucie presji i uzależnienia od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, mogące wpłynąć na wyniki badania, doświadczeń i opinie pacjentów. Istotne jest by ankietyzacja była przeprowadzana nie w czasie hospitalizacji lub w dniu wypisu, ale w kilka tygodni po wypisie. Badanie wykonywane zbyt późno (kilka miesięcy po hospitalizacji) nie jest dostatecznie wiarygodne.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Wszyscy badani pacjenci są ankietowani w kilka tygodni po wypisie.
- 3 – Większość badanych pacjentów jest ankietowanych w kilka tygodni po wypisie.
- 1 – Pacjenci nie są ankietowani lub otrzymują ankietę w czasie pobytu w podmiocie lub zbyt późno.

**PP 14.4: Pacjenci wyrażają zgodę na udział w badaniu ankietowym po wypisie.****Wyjaśnienie**

Pacjenci uczestniczący w badaniu powinni wyrazić zgodę na badanie ankietowe dotyczące ich doświadczeń z pobytu w podmiocie przeprowadzone przez podmiot zewnętrzny, niezależny od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Zgodę taką podmiot powinien uzyskać od każdego przyjmowanego pacjenta.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera zgodę na udział w badaniu ankietowym.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera zgodę na udział w badaniu ankietowym.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera zgodę na udział w badaniu ankietowym.

**PP 15: Informacja o ewentualnych kosztach związanych z opieką jest aktualna i łatwo dostępna.****Wyjaśnienie**

W przypadku możliwości skorzystania z odpłatnych świadczeń, aktualna informacja o kosztach powinna być łatwo dostępna dla pacjentów.

**Sprawdzenie**

1. wywiad z kadrą zarządzającą
2. wywiad z pacjentami
3. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Informacja o kosztach związanych z opieką jest aktualna i łatwo dostępna.
- 3 – Informacja o kosztach związanych z opieką jest aktualna, lecz nie jest łatwo dostępna.
- 1 – Informacja o kosztach związanych z opieką jest nieaktualna.

## II. Kwalifikacja i Przyjęcie (KP)

**KP 1:** Podmiot opracował i wdrożył triage dla określenia trybu objęcia pacjenta opieką.

**KP 2:** Podmiot analizuje stosowaną praktykę kwalifikacji pacjentów.

**KP 3:** Podmiot opracował i wdrożył wskazania do najczęściej wykonywanych zabiegów.

**KP 3.1:** Podmiot opracował wskazania do wykonywanych zabiegów.

**KP 3.2:** Wskazania u poszczególnych pacjentów są dokumentowane.

**KP 4:** Pacjent otrzymuje informacje o alternatywnych metodach postępowania.

**KP 5:** Przed przyjęciem pacjent otrzymuje kompletną informację o zabiegu.

**KP 6:** Pacjenci długo oczekujący na udzielenie świadczenia wymagają dodatkowej uwagi.

**KP 6.1:** W podmiocie określono i wdrożono sposób postępowania z pacjentami w przypadku długiego oczekiwania na wykonanie świadczenia.

**KP 6.2:** W podmiocie prowadzi się okresową analizę przyczyn długiego oczekiwania na wykonanie świadczeń.

**KP 7:** W podmiocie określono sposób postępowania w przypadku odmowy przyjęcia lub leczenia.

**KP 8:** W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę postępowania w sytuacjach szczególnych.



## II. Kwalifikacja i Przyjęcie (KP)

Właściwy, zgodny z aktualnym stanem wiedzy, wybór postępowania medycznego decyduje o zasadności tego postępowania. Postępowanie o udowodnionej skuteczności będzie medycznie efektywne pod warunkiem zastosowania go u pacjentów z właściwymi wskazaniami (właściwego zastosowania). Terapię stosujemy w nadziei, że uzyskane zostaną pozytywne efekty (korzyści) i zdecydowanie przeważają one nad możliwymi efektami negatywnymi (ryzykami). W przypadku stosowania terapii u niewłaściwie dobranych pacjentów (z postacią choroby nie kwalifikującą do proponowanego postępowania) efekty pozytywne nie wystąpią natomiast negatywne mogą wystąpić, co w konsekwencji oznacza działanie na szkodę pacjenta. Podmiot powinien stosować:

- metody o udowodnionej skuteczności,
- u pacjentów właściwie kwalifikowanych.

### KP 1: Podmiot opracował i wdrożył triage dla określenia trybu objęcia pacjenta opieką.

#### Wyjaśnienie

Pacjenci kierowani do przyjęcia znajdują się w stanie zdrowia zróżnicowanym pod względem pilności objęcia opieką. Czasem skierowanie bywa niezasadne i pacjent powinien trafić do innego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Podmiot powinien dysponować algorytmem klasyfikacji zgłaszających się pacjentów pod względem:

- zasadności skierowania/zgłoszenia się,
- pilności objęcia opieką (diagnostyką lub leczeniem).

Triage prowadzony przez personel medyczny, powinien odbywać się bezpośrednio po zgłoszeniu się pacjenta i być dokumentowany. W przypadku zgłoszeń telefonicznych wstępna ocena winna zostać przeprowadzona w oparciu o wywiad telefoniczny, a personel powinien umieć przeprowadzić taki wywiad zgodnie z algorytmem triage. Określenie pilności powinno dotyczyć zarówno pacjentów właściwie skierowanych/zgłaszających się, jak też pacjentów kierowanych do innych podmiotów.

#### Sprawdzenie

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

#### Punktownie

- 5 – Podmiot opracował procedurę triage, którą zawsze stosuje ją u pacjentów bezpośrednio po ich zgłoszeniu się i w oparciu o nią ustala terminy przyjęć lub przekierowuje pacjenta.
- 3 – Podmiot opracował procedurę triage, ale nie zawsze stosuje ją u pacjentów bezpośrednio po ich zgłoszeniu się albo nie zawsze w oparciu o nią ustala terminy przyjęć lub przekierowuje pacjenta.
- 1 – Personel nie dysponuje lub nie zna procedury triage i ustala terminy na innej zasadzie.

### KP 2: Podmiot analizuje stosowaną praktykę kwalifikacji pacjentów.

#### Wyjaśnienie

Część pacjentów kierowanych lub zgłaszających się do podmiotu bez skierowania, zostaje przyjęta lub zakwalifikowana do zabiegu i uzyskuje niezbędną opiekę. Pozostali są kierowani do:

- podstawowej opieki zdrowotnej,
- innego podmiotu o profilu zbliżonym, gdy wynika to ze szczególnych kompetencji takiego podmiotu,
- podmiotu specjalistycznego o odmiennym profilu, gdy pacjent wymaga innego rodzaju opieki zdrowotnej niż świadczona przez podmiot.

Decyzja o objęciu leczeniem lub skierowaniu do innego rodzaju opieki/podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych może być podjęta na różnym etapie opieki:

- na etapie triage,
- na etapie kwalifikacji do zabiegu,

- na etapie przyjęcia i przed przystąpieniem do zabiegu.

Wszystkie przypadki skierowania pacjenta pod opiekę innego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych wraz z uzasadnieniem powinny zostać odnotowane.

Okresowo:

- nie rzadziej niż raz w roku podmiot powinien opracować zestawienie na temat losu pacjentów,
- zestawienie to powinno być częścią corocznego raportu o jakości opieki w podmiocie.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

### **Punktownie**

- 5 – Podmiot analizuje stosowaną praktykę kwalifikacji pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot analizuje stosowaną praktykę kwalifikacji pacjentów nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie analizuje stosowanej praktyki kwalifikacji pacjentów zgodnie z wymogami standardu.

## **KP 3: Podmiot opracował i wdrożył wskazania do najczęściej wykonywanych zabiegów.**

### **Wyjaśnienie**

Wskazania i przeciwwskazania do najczęściej wykonywanych zabiegów powinny być zgodne z aktualną wiedzą medyczną, oparte na pierwotnych doniesieniach naukowych lub na opracowaniach wtórnych (wytyczne, stanowiska, opracowania odpowiednich krajowych lub międzynarodowych grup ekspertów). W szczególności mogą być one oparte o rekomendacje wydane przez poszczególne krajowe towarzystwa naukowe, przykładowo w odniesieniu do zabiegów:

- ortopedycznych – Polskie Towarzystwo Ortopedii i Traumatologii,
- okulistycznych – Polskie Towarzystwo Okulistyczne,
- endowaskularnych na naczyniach wieńcowych – Polskie Towarzystwo Kardiologiczne,
- endowaskularnych na naczyniach obwodowych – Polskie Towarzystwo Angiologiczne,
- na przewodzie pokarmowym – Polskie Towarzystwo Gastroenterologiczne, itd.

Wskazania i przeciwwskazania powinny być zebrane w formie pisemnej (np. w formie listy) ułatwiającej lekarzowi sprawdzenie, czy pacjent spełnia przyjęte kryteria.

Wskazania, o ile to zasadne, w odniesieniu do konkretnego typu zabiegu, powinny obejmować:

- postać i nasilenie objawów klinicznych,
- cechy anatomiczne zaawansowania patologii z przyjęciem kryteriów i miejsc pomiaru/oceny,
- odsetek pacjentów zakwalifikowanych do danego zabiegu, spełniających przyjęte kryteria,
- sposób oceny efektów zabiegu,
- kryteria zaliczenia pacjenta do grupy wysokiego ryzyka zabiegowego w oparciu o przesłanki wynikające z chorób współistniejących lub anatomicznych czynników ryzyka.

### **KP 3.1: Podmiot opracował wskazania wykonywanych zabiegów.**

### **Wyjaśnienie**

W oparciu o aktualne wytyczne/stanowiska odpowiednich polskich, europejskich lub amerykańskich towarzystw naukowych, bądź na podstawie oryginalnych doniesień naukowych opracowano listę medycznych wskazań i przeciwwskazań dla większości wykonywanych zabiegów. Niezależnie od wskazań medycznych, w większości przypadków, zabiegom planowym powinni być poddawani pacjenci, którzy:

- rozumieją ogólnie na czym polega zabieg i jakie mogą być jego konsekwencje,
- są zdolni stosować się do zaleceń pozabiegowych.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot opracował wskazania do wszystkich wykonywanych zabiegów w oparciu o aktualne wytyczne lub publikacje naukowe.
- 3 – Podmiot opracował wskazania do większości wykonywanych zabiegów w oparciu o aktualne wytyczne lub publikacje naukowe.
- 1 – Podmiot nie opracował wskazań do większości wykonywanych zabiegów.

**KP 3.2: Wskazania u poszczególnych pacjentów są dokumentowane.****Wyjaśnienie**

Historia choroby pacjenta zawiera wypełnioną listę wskazań i braku przeciwwskazań do wykonania określonego zabiegu.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera listę wskazań i braku przeciwwskazań.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera listę wskazań i braku przeciwwskazań.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera listę wskazań i braku przeciwwskazań.

**KP 4: Pacjent otrzymuje informacje o alternatywnych metodach postępowania.****Wyjaśnienie**

Najczęściej istnieją metody alternatywne w stosunku do proponowanego sposobu postępowania, przykładowo inny rodzaj zabiegu, inny rodzaj farmakoterapii, leczenie zachowawcze lub zaniechanie leczenia. Alternatywne metody postępowania wiążą się zwykle z odmiennym rozłożeniem ryzyk i ich rodzajem. Jeżeli pacjent kwalifikuje się do proponowanego i do alternatywnego/alternatywnych metod postępowania powinien otrzymać wyczerpującą informację jakie potencjalne korzyści i możliwe zagrożenia (ryzyka) wiążą się z każdą opcją postępowania.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej
2. wywiad z pacjentem
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o alternatywnych metodach postępowania przedstawionych pacjentowi.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o alternatywnych metodach postępowania przedstawionych pacjentowi.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o alternatywnych metodach postępowania przedstawionych pacjentowi.

**KP 5: Przed przyjęciem pacjent otrzymuje kompletną informację o zabiegu.****Wyjaśnienie**

Pacjent powinien mieć możliwość zapoznania się z założeniami proponowanego zabiegu oraz właściwie się do niego przygotować, a podmiot powinien mu to ułatwić. W przypadku zabiegów wykonywanych w trybie planowym, po zakwalifikowaniu i zaplanowaniu zabiegu, jeszcze w okresie oczekiwania na przyjęcie, pacjent powinien otrzymać:

- wyczerpującą, pisemną informację o rodzaju proponowanego zabiegu,
- formularz zgody na zabieg,
- informacje o sposobie przygotowania się do zabiegu i zgłoszenia się do przyjęcia.

Wymagane od pacjenta zgody powinny być udzielane świadomie. Pacjent powinien móc bez pośpiechu zapoznać się z treścią każdej oczekiwanej zgody. Komentarze do poszczególnych zgód powinny zwięźle wyjaśniać potrzebę udzielenie takiej zgody.

Pacjent powinien zostać zaopatrzone w informacje o ewentualnych badaniach, które powinien wykonać przed zabiegiem, o lekach, których zażywanie winien przerwać lub rozpocząć oraz o tym co należy zabrać zgłaszając się do przyjęcia.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z pacjentami

#### **Punktowanie**

- 5 – Przed wyrażeniem zgody na zabieg pacjent otrzymuje kompletną informację o zabiegu zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Przed wyrażeniem zgody na zabieg pacjent otrzymuje kompletną informację o zabiegu nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Przed wyrażeniem zgody na zabieg pacjent nie otrzymuje kompletnej informacji o zabiegu zgodnie z wymogami standardu.

### **KP 6: Pacjenci długo oczekujący na udzielenie świadczenia wymagają dodatkowej uwagi.**

#### **Wyjaśnienie**

Pacjenci nie powinni długo oczekiwać na wykonanie świadczenia. Jeżeli zachodzi taka konieczność należy minimalizować możliwe niekorzystne efekty oraz poszukiwać sposobów skracania czasu oczekiwania.

### **KP 6.1: W podmiocie określono i wdrożono sposób postępowania z pacjentami w przypadku długiego oczekiwania na wykonanie świadczenia.**

#### **Wyjaśnienie**

Pacjent powinien zostać poinformowany o:

- przyczynach długiego oczekiwania na wykonanie świadczenia,
- przewidywanym terminie jego wykonania,
- ewentualnej możliwości uzyskania świadczenia odpłatnie,
- objawach, które powinny skłonić pacjenta do wcześniejszej konsultacji medycznej,
- podmiocie, do którego powinien w takim przypadku zwrócić się z prośbą o konsultację.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. wywiad z kadrą zarządzającą

#### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie określono i wdrożono sposób postępowania z pacjentami w przypadku długiego oczekiwania na wykonanie świadczenia zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie określono i wdrożono sposób postępowania z pacjentami w przypadku długiego oczekiwania na wykonanie świadczenia nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowany sposób postępowania nie jest stosowany w pełnym zakresie lub nie jest kompletny.
- 1 – W podmiocie nie określono lub nie wdrożono poprawnie sposobu postępowania z pacjentami w przypadku długiego oczekiwania na wykonanie świadczenia zgodnie z wymogami standardu.

**KP 6.2: W podmiocie prowadzi się okresową analizę przyczyn długiego oczekiwania na wykonanie świadczeń.****Wyjaśnienie**

Analiza przyczyn długiego oczekiwania na wykonanie świadczeń powinna być dokonywana co najmniej raz w roku, zarówno pod względem liczebności, jak i przyczyn.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. wywiad z kadrą zarządzającą

*Standard nie jest oceniany w podmiotach, w których nie występują przypadki długiego oczekiwania pacjenta.*

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie prowadzi się okresowo analizę przyczyn długiego oczekiwania na wykonanie świadczeń, a wynikające z niej wnioski są wykorzystywane dla poprawy jakości opieki.
- 3 – W podmiocie prowadzi się okresowo analizę przyczyn długiego oczekiwania na wykonanie świadczeń, ale nie wdraża się wynikających z niej wniosków.
- 1 – W podmiocie nie prowadzi się analizy przyczyn długiego oczekiwania na wykonanie świadczeń.

**KP 7: W podmiocie określono sposób postępowania w przypadku odmowy przyjęcia lub leczenia.****Wyjaśnienie**

Odmowie przyjęcia lub leczenia z powodu:

- braku miejsc,
- braku odpowiedniego sprzętu,
- braku wskazań,
- niedostatecznej współpracy pacjenta

powinno towarzyszyć:

- udzielenie pacjentowi niezbędnej pomocy,
- wyjaśnienie przyczyny odmowy,
- przekazanie informacji o możliwości uzyskania opieki w późniejszym terminie lub w innym podmiocie.

W przypadku odmowy przyjęcia, pacjent powinien otrzymać kartę informacyjną.

Podmiot prowadzi rejestr odmów przyjęcia.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W przypadku odmowy przyjęcia pacjenta postępowanie jest zawsze zgodne z wymogami standardu.
- 3 – W przypadku odmowy przyjęcia pacjenta postępowanie jest prawie zawsze zgodne z wymogami standardu
- 1 – Postępowanie w przypadku odmowy przyjęcia nie jest zgodne z wymogami standardu lub jest niedostatecznie udokumentowane.

**KP 8: W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę postępowania w sytuacjach szczególnych.****Wyjaśnienie**

Sytuacje szczególne obejmują przynajmniej gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia osoby:

- niehospitalizowanej, ale znajdującej się na terenie podmiotu lub w jego bezpośredniej okolicy,
- hospitalizowanej, gdy pomoc przekracza możliwości podmiotu.

Podmiot może opisać inne sytuacje szczególne, specyficzne dla jego działalności i powinien gromadzić informacje na ich temat.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę postępowania w sytuacjach szczególnych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę postępowania w sytuacjach szczególnych nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowana procedura nie jest stosowana w pełnym zakresie lub nie jest kompletna.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono procedury postępowania w sytuacjach szczególnych zgodnie z wymogami standardu.

### III. Ocena Stanu Pacjenta (OS)

- OS 1: Podmiot opracował i wdrożył elementy rutynowej oceny stanu pacjenta przy przyjęciu.**
- OS 2: Dokumentacja medyczna pacjentów jest prowadzona poprawnie i zawiera podstawowe składowe.**
  - OS 2.1: Wynik wywiadu lekarskiego (badania podmiotowego).**
  - OS 2.2: Ocena stanu psychicznego pacjenta.**
  - OS 2.3: Wynik badania fizykalnego (badania przedmiotowego).**
  - OS 2.4: Ocena podstawowych ryzyk klinicznych.**
  - OS 2.5: Rozpoznanie.**
  - OS 2.6: Ocena zaawansowania choroby w wybranej skali.**
  - OS 2.7: Epikryza.**
  - OS 2.8: Zalecenia końcowe.**
- OS 3: Dla ułatwienia oceny stanu pacjenta jest stosowany wystandaryzowany kwestionariusz.**

### III. Ocena Stanu Pacjenta (OS)

Stan zdrowia pacjenta i wynikające z tego potrzeby zdrowotne powinny zostać ocenione bezpośrednio po przyjęciu (dotyczy standardów od OS 2.1 do OS 2.6). Ocena pacjenta powinna być kompleksowa, tak by mogła być podstawą do ustalenia planu leczenia i opieki. Ocena końcowa obejmuje rozpoznanie, epikryzę i zalecenia końcowe.

#### OS 1: Podmiot opracował i wdrożył elementy rutynowej oceny stanu pacjenta przy przyjęciu.

##### **Wyjaśnienie**

W podmiocie określono minimalny zestaw informacji niezbędnych do oceny stanu pacjenta przy przyjęciu. Ocena ta powinna opierać się o informacje zebrane co najmniej w ramach:

- wywiadu lekarskiego (badania podmiotowego),
- badania fizykalnego (badania przedmiotowego),
- badań dodatkowych, wykonanych przed lub po przyjęciu pacjenta do podmiotu,
- oceny ciężkości stanu ogólnego pacjenta,
- danych z wypełnianych przez pacjenta ankiet,
- badania jakości życia przy zastosowaniu odpowiednich kwestionariuszy.

Podmiot może określić różne zakresy standardowej oceny stanu pacjenta zależnie od chorób lub problemów zdrowotnych.

Należy określić minimalny zakres badania podmiotowego i przedmiotowego obowiązujący w odniesieniu do wszystkich pacjentów.

##### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono elementy rutynowej oceny stanu pacjenta zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono elementy rutynowej oceny stanu pacjenta nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, nie są one stosowane w pełnym zakresie lub określone elementy rutynowej oceny stanu pacjenta nie są kompletne.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono elementów rutynowej oceny stanu zdrowia zgodnie z wymogami standardu.

#### OS 2: Dokumentacja medyczna pacjentów jest prowadzona poprawnie i zawiera podstawowe składowe.

##### **Wyjaśnienie**

Standard jest oceniany na podstawie dokumentacji otwartej oraz przeglądu zamkniętej, archiwalnej dokumentacji pacjentów.

#### OS 2.1: Wynik wywiadu lekarskiego (badania podmiotowego).

##### **Wyjaśnienie**

Minimalny zestaw informacji, które powinny być uwzględnione w rutynowym wywiadzie obejmuje:

- przyczynę przyjęcia,
- główne dolegliwości,
- inne dolegliwości, jeśli wystąpiły,



- przebieg dotychczasowego leczenia,
- stosowane leki,
- uczulenia i idiosynkrazje,
- przebyte choroby, operacje i zabiegi,
- stosowane używki i diety,
- informacje z wywiadu rodzinnego i środowiskowego.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90%–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wyniki wywiadu lekarskiego zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – 70%–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wyniki wywiadu lekarskiego zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wyniki wywiadu lekarskiego zgodnie z wymogami standardu.

**OS 2.2: Ocena stanu psychicznego pacjenta.****Wyjaśnienie**

Stan psychiczny pacjenta wpływa na skuteczność leczenia w okresie pozabiegowym i może istotnie zwiększać ryzyko niepowodzeń i powikłań. Lekarz powinien poddać ocenie w szczególności:

- orientację pacjenta co do czasu, miejsca i osób,
- zdolność do współpracy z personelem,
- objawy lęku, pobudzenia, halucynacji,
- poziom pesymizmu/ optymizmu,
- występowanie depresji.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu psychicznego zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu psychicznego zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu psychicznego zgodnie z wymogami standardu.

**OS 2.3: Wynik badania fizykalnego (badania przedmiotowego).****Wyjaśnienie**

Zakres badania fizykalnego nie powinien być ograniczony do badania specjalistycznego, powinien uwzględniać ocenę stanu ogólnego pacjenta.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wyniki badania fizykalnego zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wyniki badania fizykalnego zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wyniki badania fizykalnego zgodnie z wymogami standardu.

**OS 2.4: Ocena podstawowych ryzyk klinicznych.****Wyjaśnienie**

Należy określić poziom ryzyka dla podstawowych zagrożeń, jakie występują w chorobie lub problemie zdrowotnym danego pacjenta, przykładowo: ryzyko zakrzepicy, ryzyko krwawienia. Ryzyko i prawdopodobieństwo kliniczne szacowane są przy użyciu odpowiednich skal będących kalkulatorami ryzyka, zweryfikowanymi w badaniach naukowych. U wszystkich pacjentów należy określić ryzyka kliniczne.

Odrębna ocena dotyczy pacjentów kwalifikowanych do zabiegów i znieczulenia, to ryzyko jest oceniane w standardzie ZA 3.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę podstawowych ryzyk klinicznych.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę podstawowych ryzyk klinicznych.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę podstawowych ryzyk klinicznych.

**OS 2.5: Rozpoznanie.****Wyjaśnienie**

Dokumentacja medyczna pacjenta powinna zawierać rozpoznanie.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie.

**OS 2.6: Ocena zaawansowania choroby w wybranej skali.****Wyjaśnienie**

Rozpoznanie główne, wskazujące na rodzaj choroby lub problemu zdrowotnego, powinno być określone w dokumentacji medycznej pacjenta wraz ze stopniem nasilenia lub zaawansowania.

Dla zdecydowanej większości chorób opracowano skale stopnia zaawansowania choroby, przykładowo:

- NYHA – skala ciężkości objawów niewydolności serca,
- GOLD – klasyfikacja nasilenia przewlekłej, obturacyjnej choroby płuc,
- CCS – skala zaawansowania dławicy piersiowej,
- CEAP – klasyfikacja przewlekłej niewydolności żylniej.

W przypadku braku przyjętej klasyfikacji, lekarz powinien określić według własnego doświadczenia czy schorzenie ma postać lekką, średnio zaawansowaną czy ciężką.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę zaawansowania choroby w wybranej skali.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę zaawansowania choroby w wybranej skali.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę zaawansowania choroby w wybranej skali.

**OS 2.7: Epikryza.****Wyjaśnienie**

Epikryza stanowi krytyczne, syntetyczne podsumowanie dotyczące postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego w trakcie hospitalizacji. Obejmuje zwięzłe podsumowanie danych z:

- wywiadu lekarskiego (badania podmiotowego),
- badania fizykalnego (badania przedmiotowego),
- badań dodatkowych,
- zastosowanego leczenia, uwzględniające:
  - uzyskane efekty,
  - zdarzenia niepożądane, jeśli wystąpiły.

Epikryza powinna być sporządzana w czasie wypisu pacjenta.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera epikryzę sporządzaną zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera epikryzę sporządzaną zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera epikryzę sporządzaną zgodnie z wymogami standardu.

**OS 2.8: Zalecenia końcowe.****Wyjaśnienie**

Zalecenia dotyczące postępowania z pacjentem po wypisie powinny być sformułowane w sposób zrozumiały dla pacjenta. Zalecenia dalszego postępowania mogą dotyczyć:

- leczenia farmakologicznego i innych form terapii,
- dalszego postępowania medycznego (np. kontrolne badania lekarskie lub laboratoryjne),
- zaleceń w zakresie powrotu do zajęć i aktywności, takich jak: praca, kierowanie pojazdem, podejmowanie decyzji,
- modyfikacji stylu życia (np. zalecenia dietetyczne).

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera zrozumiałe dla pacjenta zalecenia końcowe zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera zrozumiałe dla pacjenta zalecenia końcowe pacjenta zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera zrozumiałe dla pacjenta zalecenia końcowe zgodnie z wymogami standardu.

**OS 3: Dla ułatwienia oceny stanu pacjenta jest stosowany wystandaryzowany kwestionariusz.****Wyjaśnienie**

Ułatwieniem i zabezpieczeniem przed pominięciem istotnych informacji jest stosowanie w historii choroby wspólnego kwestionariusza, wypełnianego w oparciu o obowiązującą w podmiocie standardową procedurę postępowania, odpowiednio przez:

- lekarza,
- pielęgniarkę,
- innych członków personelu medycznego, jeśli zasadne.

Dane zawarte w kwestionariuszu powinny być dostępne dla wszystkich osób sprawujących opiekę nad pacjentem.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono kwestionariusz do oceny stanu pacjenta zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono kwestionariusz do oceny stanu pacjenta nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono kwestionariusza do oceny stanu pacjenta zgodnie z wymogami standardu.

## IV. Laboratorium (LA)

- LA 1:** Podmiot opracował listę wykonywanych badań laboratoryjnych.
- LA 2:** Podmiot opracował i wdrożył procedury pozyskiwania materiału do badań i postępowania z nim.
- LA 2.1:** Podmiot opracował i wdrożył procedury pobierania i transportu materiału do badań.
- LA 2.2:** Podmiot opracował i wdrożył procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań.
- LA 3:** Laboratorium dokłada starań, aby wyniki badań odgrywały istotną rolę w procesie opieki nad pacjentem.
- LA 3.1:** Zlecający otrzymuje wyniki badań bezzwłocznie po ich uzyskaniu.
- LA 3.2:** Wyniki badań laboratoryjnych zawierają informacje istotne dla procesu opieki.
- LA 3.3:** Podmiot opracował i wdrożył zasady postępowania w przypadku wartości krytycznych.
- LA 4:** Laboratorium prowadzi kontrolę jakości wykonywanych badań.
- LA 4.1:** Podmiot prowadzi ocenę błędów przedlaboratoryjnych.
- LA 4.2:** Laboratorium prowadzi wewnętrzną kontrolę poprawności oznaczeń.
- LA 4.3:** Laboratoria uczestniczą w programach zewnętrznej kontroli jakości.
- LA 5:** Podmiot nadzoruje jakość badań laboratoryjnych zleczanych na zewnątrz.
- LA 6:** Badania laboratoryjne są wykonywane w miejscu opieki nad pacjentem.
- LA 6.1:** Podmiot określił zakres wykonywanych badań POCT.
- LA 6.2:** Podmiot zapewnia jakość badań POCT, porównywalną z badaniami wykonywanymi w laboratorium.

## IV. Laboratorium (LA)

Poprawność wyników badań wykonywanych przez laboratorium i ich dostępność we właściwym czasie jest czynnikiem wpływającym na skuteczność i bezpieczeństwo opieki sprawowanej nad pacjentem. Wiarygodność wyników tych badań jest często kluczowym elementem poprawnej diagnozy, oceny stanu pacjenta i wskazówką do wyboru lub modyfikacji postępowania medycznego lub prowadzonego leczenia. Wprowadzenie mechanizmów kontroli procesu uzyskiwania i komunikowania wyników badań laboratoryjnych, a także właściwy nadzór nad laboratorium lub usługami zleconymi na zewnątrz sprzyjają osiągnięciu wysokiej jakości świadczonej opieki.

### LA 1: Podmiot opracował listę wykonywanych badań laboratoryjnych.

#### **Wyjaśnienie**

W podmiocie opracowano listę dostępnych/wykonywanych badań laboratoryjnych ze wskazaniem, które laboratorium (wewnętrzne lub zewnętrzne) wykonuje poszczególne badanie. Laboratorium wewnętrzne, jak i regularnie współpracujące z podmiotem laboratorium/laboratoria zewnętrzne opracowały, stosują i przekazały podmiotowi:

- listę badań wykonywanych w danym laboratorium, która uwzględnia:
  - nazewnictwo badań zgodne z aktualnym stanem wiedzy,
  - tryb zlecenia i wykonywania badania,
  - metodę wykonywania badania (metoda analityczna),
  - czas oczekiwania na wynik badania (czas TAT) uwzględniający potrzeby zleceniodawcy i uzgodniony ze zleceniodawcą,
  - sposób przekazywania zleceniodawcy wyników badań,
  - formularz sprawozdania z badań laboratoryjnych,
  - niepewność pomiaru / wyniku badania / poziom błędów,
  - zakres referencyjny, tzn. określenie przedziału wyników uznawanych za prawidłowe;
- listę stosowanych procedur badawczych;
- opis stosowanych przez laboratorium procedur badawczych, które powinny uwzględniać aktualne wymagania standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych, wraz z dowodami ich spełniania;
- raporty z walidacji.

Podmiot dysponuje aktualnymi raportami z walidacji stosowanych metod badawczych w odniesieniu do wszystkich laboratoriów wewnętrznych i zewnętrznych regularnie współpracujących z podmiotem, z uwzględnieniem o ile to zasadne:

- precyzji w serii jednoczesnej i niejednoczesnej (CV) dla oceny powtarzalności oznaczeń metody badawczej,
- dopuszczalnej granicy błędu (DGB),
- porównania stosowanej metody z innymi metodami.

Lista badań dostępnych/wykonywanych w podmiocie powinna być regularnie aktualizowana.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano listę dostępnych badań wraz z procedurami badawczymi i są one aktualne.
- 3 – W podmiocie opracowano listę dostępnych badań wraz z procedurami badawczymi nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowana lista nie jest aktualna lub nie jest niekompletna.
- 1 – W podmiocie nie opracowano listy dostępnych badań lub procedur badawczych zgodnie z wymogami standardu.

**LA 2: Podmiot opracował i wdrożył procedury pozyskiwania materiału do badań i postępowania z nim.****Wyjaśnienie**

Prawidłowy sposób pozyskiwania materiału do badań laboratoryjnych oraz właściwe postępowanie z tym materiałem do momentu przekazania go do laboratorium w istotnym stopniu decydują o wiarygodności uzyskiwanych wyników oznaczeń.

**LA 2.1: Podmiot opracował i wdrożył procedury pobierania i transportu materiału do badań.****Wyjaśnienie**

W miejscach zlecenia badań i pobierania materiału powinna być dostępna pełna informacja dotycząca:

- zasad i sposobu przygotowania pacjenta do badań,
- sposobu pobierania materiału do badań,
- postępowania z pobranym materiałem (oznakowania, rejestrowania, przechowywania).

W przypadku badań wymagających specjalnego przygotowania, pacjent powinien otrzymać informację, na czym polega pobranie materiału do badania oraz w jaki sposób należy się do niego przygotować.

Podmiot powinien też posiadać instrukcje dotyczące transportu pobranych materiałów, z uwzględnieniem lokalizacji miejsca pobrania i laboratorium. W przypadku wykonywania badań w laboratorium zewnętrznym, podmiot opracowuje instrukcje we współpracy z tym laboratorium.

Instrukcje powinny obejmować m.in.:

- sposób zlecenia badań laboratoryjnych i ich ewentualne dozlecenie,
- zasady przygotowania pacjenta do badania,
- sposoby pobierania materiału do badań, uwzględniające wykaz używanych w tym celu pojemników i materiałów, zakres stosowania systemów zamkniętych, kolejność pobierania próbek i sposób ich oznakowania w celu ich jednoznacznej identyfikacji, a także listę przeszkolonych osób, posiadających potwierdzoną umiejętność poprawnego pobrania materiału,
- postępowanie z pobranym materiałem od pobrania do przekazania go laboratorium, uwzględniające co najmniej dopuszczalną temperaturę przechowywania oraz czas w jakim materiał winien dotrzeć do laboratorium,
- warunki transportu ze wskazaniem właściwych pojemników transportowych, statywów do transportu pionowego, czasu i temperatury transportu, a także listę przeszkolonych osób, odpowiedzialnych za nadzór transportu do laboratorium,
- sposób dokumentowania, uwzględniający czasy poszczególnych etapów:
  - pobrania,
  - przekazania do transportu,
  - dostarczenia materiału do laboratorium,
- uzyskiwania dodatkowych wyjaśnień z laboratorium – sposób kontaktu i lista osób kompetentnych do udzielenia wyjaśnień.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu, w szczególności instrukcji
2. wywiad z personelem medycznym
3. wywiad z personelem pomocniczym i uczestniczącym w transporcie
4. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedury pobierania i transportu materiału do badań zgodnie z wymogami standardu.

- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedury pobierania i transportu materiału do badań nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowane procedury nie są stosowane w pełnym zakresie lub nie są kompletne.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono procedur pobierania i transportowania materiału do badań zgodnie z wymogami standardu.

### **LA 2.2: Podmiot opracował i wdrożył procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań.**

#### **Wyjaśnienie**

Każdy podmiot powinien posiadać procedurę przyjmowania, rejestrowania, oznakowania i przechowywania materiałów do badań. Zasady te powinny być znane personelowi, okresowo oceniane (nie rzadziej niż raz w roku) i w razie potrzeby korygowane.

W przypadku wykonywania badań w laboratorium zewnętrznym, podmiot we współpracy z tym laboratorium opracowuje zasady przechowywania materiału przed przekazaniem.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. obserwacja bezpośrednia.

#### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowane procedury nie są stosowane w pełnym zakresie lub nie są kompletne.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono procedur przyjmowania i przechowywania materiału do badań zgodnie z wymogami standardu.

### **LA 3: Laboratorium dokłada starań, aby wyniki badań odgrywały istotną rolę w procesie opieki nad pacjentem.**

#### **Wyjaśnienie**

Wyniki badań laboratoryjnych powinny możliwie szybko trafiać do zlecającego w formie ułatwiającej interpretację tego wyniku. W sytuacjach gdy wyniki wskazują na zagrożenie dla pacjenta informacja ta natychmiast i bez zniekształceń powinna docierać do osób mogących pomóc pacjentowi.

### **LA 3.1: Zlecający otrzymuje wyniki badań bezzwłocznie po ich uzyskaniu.**

#### **Wyjaśnienie**

Wyniki badania laboratoryjnego stanowią istotną przesłankę przy podejmowaniu decyzji klinicznych. Niejednokrotnie szybkość postępowania diagnostycznego ma wpływ na skuteczność postępowania medycznego. Dlatego wyniki oznaczeń powinny możliwie szybko trafiać do zlecającego. Laboratorium powinno zadbać o dostarczenie wyniku w sposób zwiększający szansę, iż zlecający skutecznie zostanie poinformowany. Wskazane jest niezależnie:

- przesyłanie wyniku do historii choroby pacjenta (elektronicznego rekordu pacjenta),
- powiadomienie zlecającego (w formie zgodnej z jego życzeniem).

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

#### **Punktowanie**



- 5 – Z chwilą uzyskania przez laboratorium wyniku badania jest on automatycznie transmitowany do historii choroby pacjenta, a niezależnie zlecający otrzymuje powiadomienie o wyniku wykonanego oznaczenia.
- 3 – Z chwilą uzyskania przez laboratorium wyniku badania jest on automatycznie transmitowany do historii choroby pacjenta.
- 1 – Z chwilą uzyskania przez laboratorium wyniku badania jest on dostępny na stronie laboratorium.

### **LA 3.2: Wyniki badań laboratoryjnych zawierają informacje istotne dla procesu opieki.**

#### **Wyjaśnienie**

Wynik badania laboratoryjnego służy do podjęcia klinicznej decyzji diagnostycznej lub terapeutycznej. Powinien zawierać nie tylko wartość uzyskanego oznaczenia, ale także zakres wartości referencyjnych (prawidłowych), ostrzeżenie o przekroczeniu wartości prawidłowych oraz informację o niepewności pomiaru. Wynik badania jest dokumentem, a zatem musi być datowany i autoryzowany, tak by można było określić osobę odpowiedzialną za wykonanie oznaczenia.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

- 5 – Wyniki badań laboratoryjnych zawierają informacje istotne dla procesu opieki zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Wyniki badań laboratoryjnych zawierają informacje istotne dla procesu opieki nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Wyniki badań laboratoryjnych nie zawierają informacji istotnych dla procesu opieki zgodnie z wymogami standardu. Istotna niezgodność z wymogami standardu.

### **LA 3.3: Podmiot opracował i wdrożył zasady postępowania w przypadku wartości krytycznych.**

#### **Wyjaśnienie**

Przekroczenie krytycznych wartości wyniku badania laboratoryjnego wskazuje na zagrażający życiu stan pacjenta i wymaga podjęcia natychmiastowych działań. Z tych względów laboratorium we współpracy z zatrudnionymi klinicystami powinno określić:

- wykaz badań, w których mogą występować wartości krytyczne wraz z ustaleniem krytycznych wartości granicznych,
- zasady natychmiastowej identyfikacji każdej wartości krytycznej,
- zasady powiadamiania osoby sprawującej opiekę nad pacjentem,
- osoby odpowiedzialne za powiadomienie,
- bazę danych kontaktowych odbiorców pierwotnych (zlecających badanie), odbiorców zastępczych (osób powiadamianych przy braku kontaktu z odbiorcą pierwotnym),
- plan awaryjny w przypadku braku kontaktu z odbiorcą pierwotnym i zastępczym.

Czytelne zestawienie wartości krytycznych powinno być umieszczone w widocznym miejscu.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono zasady postępowania w przypadku wartości krytycznych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono zasady postępowania w przypadku wartości krytycznych nie w pełni zgodnie z wymogami standardów, opracowane zasady nie są stosowane w pełnym zakresie lub nie są kompletne.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono zasady postępowania w przypadku wartości krytycznych zgodnie z wymogami standardu.

**LA 4: Laboratorium prowadzi kontrolę jakości wykonywanych badań.****Wyjaśnienie**

Sprawdzanie błędów na poszczególnych etapach procesu diagnostyki laboratoryjnej i jakości oznaczeń wykonywanych w laboratorium upewnia o poprawności uzyskiwanych wyników badań, lub wskazuje na potrzebę poprawy w zakresie procedur postępowania albo konkretnych oznaczeń. Sprawdzanie jakości oznaczeń obejmuje ocenę błędów przedlaboratoryjnych, kontrole jakości wewnątrz- oraz zewnątrzlaboratoryjne. Kontrola jakości wykonywanych badań prowadzona jest przez laboratorium tego podmiotu lub współpracujące z nim (laboratorium zewnętrzne).

**LA 4.1: Podmiot prowadzi ocenę błędów przedlaboratoryjnych.****Wyjaśnienie**

Wyniki regularnej, okresowej analizy błędów przedlaboratoryjnych powinny być znane zespołowi ds. jakości, omawiane z personelem medycznym i personelem laboratorium, a także dostępne w intranecie. W wyniku prowadzonej analizy powinny być wdrożone działania naprawcze, przykładowo dodatkowe szkolenia. Okresowa ocena powinna dotyczyć m.in.:

- przygotowania pacjentów do badań laboratoryjnych,
- pobierania materiału do badań laboratoryjnych,
- przechowywania i transportu materiału,
- przyjmowania materiału przez laboratorium,
- poprawności innych czynności mogących mieć wpływ na powstawanie błędów przedlaboratoryjnych.

W celu prowadzenia kontroli błędów przedlaboratoryjnych laboratorium winno ustalić i opracować:

- harmonogram oceny błędów przedlaboratoryjnych, adekwatny do potrzeb podmiotu,
- listę błędów przedlaboratoryjnych występujących w podmiocie,
- wzór formularza do zapisu występujących błędów przedlaboratoryjnych,
- sposób ich analizy, w tym analizę trendów,
- osoby odpowiedzialne za działania naprawcze,
- harmonogram spotkań z personelem odpowiedzialnym za pozyskiwanie i postępowanie z materiałem do badań,
- szkolenia personelu i wdrażania działań naprawczych.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kardą zarządzającą
3. wywiad z zespołem ds. jakości
4. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie prowadzi się ocenę błędów przedlaboratoryjnych i ustala pożądane działania naprawcze.
- 3 – W podmiocie prowadzi się ocenę błędów przedlaboratoryjnych w ograniczonym zakresie, bądź nie ustala pożądanych działań naprawczych.
- 1 – Podmiot nie prowadzi oceny błędów przedlaboratoryjnych.

**LA 4.2: Laboratorium prowadzi wewnętrzną kontrolę poprawności oznaczeń.****Wyjaśnienie**

Każde laboratorium powinno systematycznie kontrolować uzyskiwane wyniki opracowując i stosując:

- wykaz materiałów kontrolnych,
- harmonogram oznaczeń kontrolnych, z uwzględnieniem częstości pomiarów, rodzaju i poziomów materiałów kontrolnych,
- wykaz personelu upoważnionego do wykonywania oznaczeń w celu kontroli wewnątrzlaboratoryjnej,
- sposób dokumentowania uzyskiwanych wyników,

- kryteria akceptacji wyników kontroli wewnątrz-laboratoryjnej,
- kryteria odrzucenia wyników kontroli wewnątrz-laboratoryjnej,
- wykaz personelu, upoważnionego do akceptacji wyników kontroli wewnątrzlaboratoryjnej,
- wykaz personelu, upoważnionego do prowadzenia działań naprawczych (korygujących i zapobiegawczych) w przypadku odrzucenia wyników kontroli wewnątrzlaboratoryjnej.

Wyniki kontroli oznaczeń powinny być dokumentowane, analizowane i przedstawiane personelowi. Podmiot powinien posiadać pozytywne wyniki testów kontroli wewnątrzlaboratoryjnej prowadzonych zgodnie z harmonogramem we wszystkich laboratoriach wewnętrznych lub zewnętrznych rutynowo współpracujących z podmiotem.

#### **Sprawdzenie**

1. obserwacja bezpośrednia
2. przegląd dokumentacji podmiotu
3. wywiad z zespołem ds. jakości
4. wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – Podmiot prowadzi wewnętrzną kontrolę poprawności oznaczeń zgodnie z wymogami standardu i posiada dowód pozytywnych wyników testów kontroli.
- 3 – Podmiot prowadzi wewnętrzną kontrolę poprawności oznaczeń nie w pełni zgodnie z wymogami standardu
- 1 – Podmiot nie prowadzi wewnętrzną kontrolę poprawności oznaczeń zgodnie z wymogami standardu zgodnie z wymogami standardu.

### **LA 4.3: Laboratoria uczestniczą w programach zewnętrznej kontroli jakości.**

#### **Wyjaśnienie**

Laboratoria podmiotu lub współpracujące laboratoria zewnętrzne powinny uczestniczyć w zewnętrznym systemie oceny jakości. Jeżeli laboratorium oferuje oznaczenia, których nie obejmuje obligatoryjna kontrola zewnątrz-laboratoryjna, ma ono obowiązek znalezienia innego organizatora kontroli zewnątrzlaboratoryjnej. Uczestnictwo w zewnętrznym programie kontroli jakości powinno być potwierdzone stosownym świadectwem lub certyfikatem. W przypadku braku systemu kontroli zewnątrzlaboratoryjnej, laboratorium jest zobowiązane do zorganizowania porównań międzylaboratoryjnych.

Laboratorium winno opracować i wykorzystywać:

- listę organizatorów kontroli zewnątrzlaboratoryjnej dla badań oferowanych przez laboratorium,
- harmonogram uczestniczenia w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej,
- zasady akceptacji i odrzucenia wyników kontroli zewnątrzlaboratoryjnej,
- personel odpowiedzialny za wykonywanie kontroli,
- personel odpowiedzialny za akceptację wyników kontroli zewnątrzlaboratoryjnej,
- analizę uzyskiwanych wyników kontroli zewnątrzlaboratoryjnej.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – Podmiot posiada dowód pozytywnych wyników testów kontroli zewnątrzlaboratoryjnej prowadzonych zgodnie z harmonogramem we wszystkich laboratoriach wewnętrznych lub zewnętrznych rutynowo współpracujących z podmiotem.
- 3 – Kontrola zewnątrzlaboratoryjna prowadzona jest w ograniczonym zakresie w laboratorium wewnętrznym lub zewnętrznym rutynowo współpracującym z podmiotem.
- 1 – W podmiocie brakuje udokumentowania prowadzenia systematycznej zewnętrznej kontroli poprawności oznaczeń, we wszystkich laboratoriach.

### **LA 5: Podmiot nadzoruje jakość badań laboratoryjnych zleczanych na zewnątrz.**

**Wyjaśnienie**

Laboratorium zewnętrzne, które wykonuje badania zlecane przez podmiot, musi spełniać wymagania standardów akredytacyjnych i dostarczyć podmiotowi dowody potwierdzające jakość wykonywanych badań.

Laboratorium informuje podmiot o każdej zmianie dotyczącej:

- personelu wykonującego badania,
- metod badawczych i zakresów referencyjnych,
- lokalizacji, w której wykonywane jest badanie.

Na życzenie podmiotu, laboratorium zewnętrzne umożliwia dokonanie przeglądu przez osoby upoważnione przez ośrodek akredytacyjny do przeprowadzenia oceny spełnienia standardów akredytacyjnych w danym podmiocie.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wizyta w laboratorium
3. wywiad z personelem.

*Standard nie jest oceniany w jednostkach korzystających jedynie z laboratoriów wewnętrznych.*

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot nadzoruje jakość badań laboratoryjnych zleczanych na zewnątrz zgodnie z wymogami standardu, w szczególności posiada dowody z nadzoru i zgodę na wizytację.
- 3 – Podmiot nadzoruje jakość badań laboratoryjnych zleczanych na zewnątrz nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie nadzoruje jakość badań laboratoryjnych zleczanych na zewnątrz zgodnie z wymogami standardu.

**LA 6: Badania laboratoryjne są wykonywane w miejscu opieki nad pacjentem.****Wyjaśnienie**

Badania wykonywane w miejscu opieki nad pacjentem lub w pobliżu tego miejsca (POCT), dzięki łatwości i szybkości uzyskania wyniku stanowią istotną składową procesu diagnostycznego.

**LA 6.1: Podmiot określił zakres wykonywanych badań POCT.****Wyjaśnienie**

Podmiot określił wykonywane badania POCT, materiały zużywalne, odczynniki, kalibratory i materiały kontrolne. W razie potrzeby modyfikuje lub wdraża nowe badania POCT.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot określił zakres wykonywanych badań POCT zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot określił zakres wykonywanych badań POCT nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie określił zakresu wykonywanych badań POCT zgodnie z wymogami standardu.

**LA 6.2: Podmiot zapewnia jakość badań POCT, porównywalną z badaniami wykonywanymi w laboratorium.****Wyjaśnienie**

Podmiot powinien opracować zasady:

- autoryzacji wykonanych badań,

- prowadzenia dokumentacji i jej archiwizacji,
- kontroli jakości badań POCT,
- serwisowania sprzętu służącego do badań POCT,
- szkolenia personelu wykonującego badania POCT.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot zapewnia jakość badań POCT, porównywalną z badaniami wykonywanymi w laboratorium zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot zapewnia jakość badań POCT, porównywalną z badaniami wykonywanymi w laboratorium nie w pełni zgodną z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie zapewnia jakość badań POCT, porównywalną z badaniami wykonywanymi w laboratorium zgodnie z wymogami standardu.

## V. Diagnostyka Obrazowa (DO)

- DO 1:** Podmiot zapewnia pełną ocenę pracowni diagnostyki obrazowej.
- DO 2:** Podmiot określił sposób postępowania z pacjentem kierowanym do diagnostyki obrazowej.
- DO 3:** Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań obrazowych.
- DO 4:** Pacjenci mają zapewnioną ochronę radiologiczną.
- DO 5:** Pracownia podmiotu prowadzi analizę badań powtórzonych.
- DO 6:** W pracowni okresowo przeprowadza się testy zgodności interpretacji ocen wykonywanych badań.
- DO 7:** W podmiocie odbywają się konsultacje radiologiczno-kliniczne.
- DO 8:** Wybrane techniki obrazowe stanowią element diagnostyczny wykorzystywany przez klinicystów w miejscu udzielania świadczeń.

## V. Diagnostyka Obrazowa (DO)

Diagnostyka obrazowa stanowi istotny element badań dodatkowych wykorzystujących promieniowanie jonizujące, ultradźwięki i zjawisko rezonansu magnetycznego. Badanie ultrasonograficzne, z uwagi na nieinwazyjność, nieszkodliwość, upowszechnienie aparatury i znaczny wzrost dostępności specjalistycznego oprogramowania, powinno obecnie być wykonywane w miejscu udzielania świadczeń (POCT), jako podstawowe narzędzie diagnostyczne w poszczególnych specjalnościach medycznych.

Diagnostyka statyczna z zastosowaniem promieniowania jonizującego pozostaje domeną radiologii, natomiast diagnostyka funkcjonalna powinna być dostępna specjalistom, którzy wykorzystują informacje diagnostyczne w procesie leczniczym (np. angiografię i angioCT naczyń wieńcowych winni oceniać kardiolodzy interwencyjni, angiografię i angioCT naczyń obwodowych – angiolodzy interwencyjni, badania śródoperacyjne – chirurdzy itp.)

Wszystkie osoby biorące udział w badaniach diagnostycznych z zastosowaniem promieniowania jonizującego winny być traktowane jako narażone na to promieniowanie, dlatego też powinny być chronione adekwatnie do rodzaju wykonywanych badań.

W przypadku gdy z rodzaju wykonywanych świadczeń może wynikać potrzeba wykonywania badań obrazowych w trybie rutynowym lub w trybie pilnym przy nagłym pogorszeniu stanu pacjenta, podmiot powinien dysponować możliwością wykonania badania obrazowego bezzwłocznie. Oznacza to potrzebę dostępu do pracowni diagnostyki obrazowej w miejscu lub w bliskim sąsiedztwie.

### DO 1: Podmiot zapewnia pełną ocenę pracowni diagnostyki obrazowej.

#### **Wyjaśnienie**

Niezależnie czy pracownia diagnostyki obrazowej jest częścią składową podmiotu czy jest prowadzona przez inny podmiot na terenie podmiotu lub też jest prowadzona przez inny podmiot poza terenem podmiotu, podmiot powinien zagwarantować:

- możliwość oceny pracowni poprzez jej wizytację,
- ocenę działań pracowni na rzecz zapewnienia wysokiej jakości usług.

Ograniczeniami w ocenie pracowni są:

- odległość pracowni od podmiotu,
- brak dostępności czasowej pracowni.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem (w tym z personelem pracowni)
3. obserwacja bezpośrednia pracowni

#### **Punktowanie**

- 5 – Możliwy był pełny przegląd działania podmiotu w zakresie wykonywania badań w pracowni diagnostyki obrazowej.
- 3 – Możliwy był niepełny przegląd działania podmiotu w zakresie wykonywania badań w pracowni diagnostyki obrazowej.
- 1 – Przegląd działania pracowni w zakresie diagnostyki obrazowej nie był możliwy.

### DO 2: Podmiot określił sposób postępowania z pacjentem kierowanym do diagnostyki obrazowej.

#### **Wyjaśnienie**

Podmiot posiada zasady postępowania z pacjentem kierowanym do diagnostyki obrazowej obejmujące:

- sposób ustalenia terminu badania,
- sposób przygotowania pacjenta (odpowiednie instrukcje),
- informacje o czasie oczekiwania na wykonanie badania,
- informacje o czasie oczekiwania na wynik badania.

W pracowni powinny być opracowane i przestrzegane zasady postępowania z pacjentem poddawanym określonemu typowi badań. Instrukcje powinny obejmować cały proces postępowania, w szczególności:

- przyjęcie pacjenta,
- wykonanie badania,
- wydawanie wyników i ich archiwizację.

Osobna instrukcja powinna być opracowana i wdrożona w przypadku wykonywania badań poza pracownią (np. zdjęcia przyłóżkowe, zdjęcia lub badania na sali operacyjnej/zabiegowej). Instrukcje powinny być dostępne w miejscach wykonywania badań i znane personelowi, który uczestniczy w badaniach. Instrukcje powinny być zebrane w jednym katalogu i łatwo dostępne dla całego personelu.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. obserwacja bezpośrednia

### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie określono sposoby postępowania z badanymi pacjentami dla wszystkich typów badań, a katalog z instrukcjami jest łatwo dostępny.
- 3 – W podmiocie określono sposoby postępowania z badanymi pacjentami dla części badań lub katalog z instrukcjami nie jest pełny lub nie jest łatwo dostępny.
- 1 – W podmiocie nie określono sposobów postępowania z badanymi pacjentami dla wszystkich typów badań.

## **DO 3: Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań obrazowych.**

### **Wyjaśnienie**

Pacjent powinien otrzymać pisemną informację, na czym polega badanie oraz w jaki sposób należy się do niego przygotować.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z pacjentami
3. obserwacja bezpośrednia

### **Punktowanie**

- 5 – Podmiot zapewnia informacje dla pacjentów dotyczące wszystkich wykonywanych badań obrazowych.
- 3 – Podmiot zapewnia informacje dla pacjentów dotyczące prawie wszystkich wykonywanych badań obrazowych.
- 1 – Podmiot nie zapewnia informacji dla pacjentów dotyczących wykonywanych badań obrazowych.

## **DO 4: Pacjenci mają zapewnioną ochronę radiologiczną.**

### **Wyjaśnienie**

W miejscach wykonywania badań radiologicznych powinny być dostępne oraz stosowane środki ochrony pacjentów przed promieniowaniem jonizującym. Środki te powinny być powszechnie dostępne nie tylko w pracowni radiologicznej, ale we wszystkich miejscach, gdzie wykonywane są badania z użyciem promieniowania jonizującego. Procedura dotycząca badań przyłóżkowych powinna uwzględniać ochronę pacjentów, osób postronnych i personelu.



**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. wywiad z pacjentami
4. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Wszyscy pacjenci mają zapewnioną ochronę radiologiczną podczas badania zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Prawie wszyscy pacjenci mają zapewnioną ochronę radiologiczną podczas badania zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Niektórzy pacjenci mają zapewnioną ochronę radiologiczną podczas badania zgodnie z wymogami standardu.

**DO 5: Pracownia podmiotu prowadzi analizę badań powtórzonych.****Wyjaśnienie**

W pracowni należy określić kryteria, które stanowią podstawę do prawidłowej diagnostyki (przykładowo kryteria WHO). Wszystkie badania wymagające powtórzeń powinny być gromadzone i poddawane okresowej analizie z udziałem osób wykonujących badania. Analiza takich badań powinna być przeprowadzana nie rzadziej niż raz na kwartał. Wyniki analizy oraz wnioski powinny być dokumentowane narastająco i łatwo dostępne działom podmiotu korzystającym z badań w pracowni.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W pracowni systematycznie, nie rzadziej niż raz na kwartał, jest prowadzona analiza badań powtórzonych, a działy podmiotu mają dostęp do dokumentu gromadzącego narastająco wyniki i wnioski.
- 3 – W pracowni analiza badań powtórzonych jest prowadzona rzadziej niż raz na kwartał lub działy podmiotu mają niepełny dostęp do wyników analizy i wniosków.
- 1 – W pracowni nie wykonuje się analizy badań powtórzonych lub działy nie mają do niej dostępu.

**DO 6: W pracowni okresowo przeprowadza się testy zgodności interpretacji ocen wykonywanych badań.****Wyjaśnienie**

Wysoki poziom zgodności interpretacji, uzyskiwany przez personel pracowni, badań (obrazów) przez poszczególnych lekarzy opisujących badania stanowi kluczowy element zapewnienia jakości diagnostyki obrazowej. W tym celu kierownik pracowni nie rzadziej niż raz na kwartał winien przeprowadzać ocenę zgodności opisu tego samego badania przez lekarzy pracujących w pracowni z opisem zamieszczonym w dokumentacji medycznej pacjenta. Należy wykonać to tak, by opisujący badanie nie znali wcześniej dokonanej oceny. Wyniki testu winny służyć kształceniu kompetencji zespołu, powinny być omawiane w gronie biorących udział w teście. Alternatywą dla testów zgodności interpretacji prowadzonych wewnątrz pracowni jest udział w zewnętrznych testach z udziałem dwóch lub większej liczby pracowni. Wykonywanie testów powinno być odpowiednio dokumentowane.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W pracowni systematycznie, nie rzadziej niż raz na kwartał, są prowadzone testy zgodności interpretacji wykonywanych badań zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W pracowni są prowadzone testy zgodności interpretacji wykonywanych badań nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W pracowni nie prowadzi się testów zgodności interpretacji wykonywanych badań.

#### **DO 7: W podmiocie odbywają się konsultacje radiologiczno-kliniczne.**

##### **Wyjaśnienie**

W podmiocie odbywają się konsultacje radiologiczno-kliniczne nie rzadziej niż raz na kwartał, które są udokumentowane. System ten jest oparty na cyklicznych spotkaniach lekarzy radiologów i klinicystów, poświęconych omówieniu trudnych, ciekawych, rzadkich diagnostycznie przypadków. Wybrane przypadki spośród omawianych na spotkaniu są gromadzone w katalogu edukacyjnym wraz z uwagami i wnioskami uczestników spotkania stanowiąc archiwum edukacyjne i dokumentację spełniania standardu.

##### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie odbywają się konsultacje radiologiczno-kliniczne zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie odbywają się konsultacje radiologiczno-kliniczne nie w pełni zgodnie z wymogami standardów.
- 1 – W podmiocie nie prowadzi się konsultacji radiologiczno-kliniczne zgodnie z wymogami standardu.

#### **DO 8: Wybrane techniki obrazowe stanowią element diagnostyczny wykorzystywany przez klinicystów w miejscu udzielania świadczeń.**

##### **Wyjaśnienie**

Niektóre techniki obrazowe powinny być dostępne nie tylko w pracowni diagnostycznej, ale w miejscu świadczenia opieki, jak przykładowo badania rentgenowskie. Upowszechnienie nieinwazyjnej techniki badania obrazowego jaką jest ultrasonografia pozwala na jej wykorzystywanie bezpośrednio (bez angażowania diagnostów, radiologów) w ocenie bieżącej stanu pacjenta. Poszczególne specjalności wypracowały swoiste metody badania, stosownie do odmiennych potrzeb diagnostycznych (przykładowo kardiologzy – echokardiografia, angiologzy – badania naczyniowe, urologzy – badanie nerek i dolnych dróg moczowych przez powłoki i badanie transrektalne, ginekologzy – badanie narządów rodnych przez powłoki i transwaginalne). Badanie ultrasonograficzne powinno zatem być dostępne w miejscu świadczenia opieki (POCT), przykładowo w poradni w godzinach przyjmowania pacjentów, na oddziale w czasie pobytu w nim pacjentów. Lekarze opiekujący się pacjentami powinni posiadać umiejętności do wykonywania wyznaczonego zakresu badań.

W odniesieniu do niektórych szczególnych specjalności (np. okulistyka) inne badanie obrazowe (zamiast usg) może zostać uznane za niezbędne w miejscu świadczenia opieki.

##### **Sprawdzenie**

1. obserwacja bezpośrednia
2. przegląd dokumentacji podmiotu
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – Wybrane techniki obrazowe stanowią element diagnostyczny wykorzystywany przez klinicystów w miejscu udzielania świadczeń zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Wybrane techniki obrazowe stanowią element diagnostyczny wykorzystywany przez klinicystów w miejscu udzielania świadczeń nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie wybrane techniki obrazowe nie stanowią elementu diagnostycznego wykorzystywanego przez klinicystów w miejscu udzielania świadczeń zgodnie z wymogami

standardu.

## VI. Zabiegi i Znieczulenia (ZA)

- ZA 1:** Operator kwalifikuje i ustala sposób przeprowadzenia zabiegu.
- ZA 2:** Przed znieczuleniem ogólnym lub regionalnym pacjent jest badany przez anestezjologa.
- ZA 3:** Przed zabiegiem jest oceniane ryzyko związane z zabiegiem i znieczuleniem.
- ZA 4:** Sprzęt używany do znieczulania i zabiegów jest systematycznie sprawdzany.
- ZA 5:** Parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w trakcie zabiegu.
- ZA 6:** Anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po znieczuleniu.
- ZA 7:** Podmiot posiada salę nadzoru pozabiegowego.
- ZA 8:** Podmiot określił odpowiedzialność za opiekę pooperacyjną.
- ZA 9:** Raport z przebiegu zabiegu zawiera następujące informacje:
- ZA 9.1:** Nazwiska zespołu operującego.
  - ZA 9.2:** Nazwiska osób znieczulających.
  - ZA 9.3:** Opis wykonanego zabiegu.
  - ZA 9.4:** Informacje o pobranym materiale.
  - ZA 9.5:** Rozpoznanie pozabiegowe.
- ZA 10:** Przebieg i skutki wykonywanych znieczuleń są analizowane.
- ZA 11:** W zabiegach wykonywanych bez znieczulenia jest dostępna sedacja.
- ZA 12:** Dostępna jest aktualna lista operatorów i samodzielnych operatorów.
- ZA 13:** Podmiot posiada informacje na temat doświadczeń zawodowych operatorów.

## VI. Zabiegi i Znieczulenia (ZA)

Do rutynowych czynności przed zabiegiem operacyjnym lub innym zabiegiem inwazyjnym (dotyczy to też zabiegów małoinwazyjnych, przykładowo wewnątrznaczyniowych czy endoskopowych) należy przedzabiegowa ocena stanu pacjenta, zaplanowanie rodzaju zabiegu, znieczulenia i opieki pozabiegowej oraz zaznajomienie pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego) z proponowanym planem leczenia i postępowaniem okołozabiegowym.

W skład oceny przedzabiegowej wchodzi m.in.:

- zapoznanie się z historią choroby lub ankietą przedoperacyjną,
- badanie podmiotowe i przedmiotowe,
- zapoznanie się z wynikami badań dodatkowych,
- ewentualne zlecenia badań i konsultacji specjalistycznych,
- ocena ryzyka związanego z zabiegiem i znieczuleniem,
- zlecenie postępowania przygotowawczego, potrzebnego do przeprowadzenia zabiegu i znieczulenia.

Ocena stanu pacjenta przed zabiegiem powinna być prowadzona przez operatora i zawierać ocenę ryzyka wykonania zabiegu konkretną metodą, a w razie decyzji o konieczności znieczulenia, także ocenę anestezjologa. Podmiot powinien opracować i wdrożyć procedurę oceny stanu pacjenta przed zabiegiem.

### ZA 1: Operator kwalifikuje i ustala sposób przeprowadzenia zabiegu.

#### **Wyjaśnienie**

Przed zabiegiem lekarz wykonujący zabieg ocenia i potwierdza kwalifikacje pacjenta do zabiegu oraz ustala sposób przeprowadzenia zabiegu, wskazuje czy jest potrzebne znieczulenie.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

#### **Punktowanie**

- 5 – W 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej odnotowano ocenę i kwalifikację pacjenta przed zabiegiem wykonaną przez operatora i proponowany sposób przeprowadzenia zabiegu.
- 3 – W 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej odnotowano ocenę i kwalifikację pacjenta przed zabiegiem wykonaną przez operatora i proponowany sposób przeprowadzenia zabiegu.
- 1 – W mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej odnotowano ocenę i kwalifikację pacjenta przed zabiegiem wykonaną przez operatora i proponowany sposób przeprowadzenia zabiegu.

### ZA 2: Przed znieczuleniem ogólnym lub regionalnym pacjent jest badany przez anestezjologa.

#### **Wyjaśnienie**

Pacjent powinien być oceniany pod kątem wskazań i przeciwwskazań do możliwych sposobów znieczulenia. W tym celu anestezjolog powinien ocenić stan pacjenta przed zabiegiem na tyle wcześnie, aby możliwe było podjęcie i przeprowadzenie działań korygujących, zmniejszających ryzyko związane ze znieczuleniem. Anestezjologiem preferowanym do przeprowadzenia tego badania jest lekarz, który będzie znieczulał pacjenta.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej  
*Standard nie jest oceniany w przypadku nie wykonywania znieczulenia ogólnego ani regionalnego.*

#### **Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu pacjenta przed znieczuleniem dokonaną przez anestezjologa.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu pacjenta przed

- znieczuleniem dokonaną przez anestezjologa.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu pacjenta przed znieczuleniem dokonaną przez anestezjologa.

### **ZA 3: Przed zabiegiem jest oceniane ryzyko związane z zabiegiem i znieczuleniem.**

#### **Wyjaśnienie**

Ocena stanu pacjenta powinna uwzględniać występujące u pacjenta czynniki ryzyka, w tym infekcje, zaburzenia rytmu serca, krwawienia, zakrzepicę żył głębokich. Ocena ta powinna być prowadzona w oparciu o przyjęte i stosowane w podmiocie skale (np. skale: ASA, Capriniego, Padewska, NYHA, Goldmana, Mallampatie'go lub inne zwalidowane). Na podstawie oceny stanu pacjent zostaje zakwalifikowany do określonej grupy ryzyka.

Konsekwencją oceny ryzyka jest wdrożenie standardowych sposobów postępowania z pacjentem adekwatnie do grupy ryzyka (Ścieżki Opieki). W zależności od poziomu ryzyka i wskazań do zabiegu pacjent prowadzony jest zgodnie odpowiednią ścieżką opieki (wystandaryzowanym sposobem postępowania).

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę ryzyka związanego z zabiegiem i znieczuleniem w oparciu o wybrane skale i wskazanie ścieżki opieki.
- 3 – 89–70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę ryzyka związanego z zabiegiem i znieczuleniem w oparciu o wybrane skale i wskazanie ścieżki opieki.
- 1 – Mniej niż 70% dokumentacji medycznej zawiera ocenę ryzyka związanego z zabiegiem i znieczuleniem dokonaną w oparciu o wybrane skale i wskazanie ścieżki opieki.

### **ZA 4: Sprzęt używany do znieczulania i zabiegów jest systematycznie sprawdzany.**

#### **Wyjaśnienie**

Przed rozpoczęciem zabiegu i znieczulenia sprawność sprzętu jest kontrolowana poprzez wykonanie autotestu lub poprzez listę kontrolną sprawności aparatu. W przypadku aparatów do znieczulania nieposiadających funkcji autotestu należy zwrócić uwagę na sprawność poszczególnych składowych stanowiska do znieczulenia:

- kardiomonitora i ustawień alarmów,
- pulsoksymetru,
- kapnometru,
- ciśnienia w instalacji gazowej oraz awaryjnej butli z tlenem,
- alarmu niskiego stężenia tlenu w mieszaniu oddechowej,
- parownika gazów anestetycznych,
- szczelności układu okrężnego,
- sprawności respiratora i ustawień alarmów.

Kontroli musi też podlegać dostępność leków używanych do znieczulenia, w tym sposobu wyraźnego i jednoznacznego opisanie strzykawek z lekami.

Sprzęt używany do znieczulania i zabiegów jest systematycznie sprawdzany przed rozpoczęciem zabiegów w danym dniu lub przed kolejnym zabiegiem po okresie wyłączenia aparatu.

#### **Sprawdzenie**

1. wywiad z personelem
2. przegląd dokumentacji podmiotu
3. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Sprzęt używany do znieczulania i zabiegów jest systematycznie sprawdzany zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Sprzęt używany do znieczulania i zabiegów sprawdzany jest nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Sprzęt używany do znieczulania i zabiegów nie jest sprawdzany zgodnie z wymogami standardu.

**ZA 5: Parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w trakcie zabiegu.****Wyjaśnienie**

Zakres monitorowania obejmuje co najmniej nadzór nad:

- EKG,
- pulsoksymetrią,
- ciśnieniem tętniczym krwi,
- kapnometrią.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że wszystkie parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w trakcie zabiegu.
- 3 – 95–99% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że wszystkie parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w trakcie zabiegu.
- 1 – Mniej niż 95% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że wszystkie parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w trakcie zabiegu.

**ZA 6: Anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po znieczuleniu.****Wyjaśnienie**

Decyzja o przekazaniu pacjenta do sali nadzoru poznieczuleniowego, (sali pooperacyjnej, sali wybudzeń) lub oddziału intensywnej terapii powinna być udokumentowana i oparta o anestezjologiczną ocenę po znieczuleniu. Protokół przekazania opieki powinien zawierać ocenę stanu pacjenta według przyjętej skali oceny (np. skalę Aldreta). Wymagane jest określenie kryterium punktowego upoważniającego do przekazania pacjenta z bloku operacyjnego.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

*Standard nie jest oceniany w przypadku nie wykonywania znieczulenia ogólnego ani regionalnego.*

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że anestezjolog dokonał oceny stanu pacjenta po zabiegu.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że anestezjolog dokonał oceny stanu pacjenta po zabiegu.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że anestezjolog dokonał oceny stanu pacjenta po zabiegu.

**ZA 7: Podmiot posiada salę nadzoru pozabiegowego.****Wyjaśnienie**

Pacjenci po zabiegu, z uwagi na znieczulenie lub potrzebę nadzoru pozabiegowego, wymagają przejściowego pobytu na sali nadzoru poznieczuleniowego (sali wybudzeń, sali poperacyjnej)

położonej w bezpośredniej bliskości sali zabiegowej. Sala powinna być odpowiednio wyposażona. W przypadku sali nadzoru poznieczuleniowego – w sprzęt resuscytacyjny, monitorujący czynności życiowe pacjenta, wspomagający oddychanie, zapewniający możliwość prowadzenia tlenoterapii, utrzymania drożności dróg oddechowych i kontrolowanego podawania leków. W czasie pobytu pacjenta wymagana jest obecność wykwalifikowanego personelu (nie jest wymagana stała obecność anestezjologa). Liczba stanowisk powinna zapewniać możliwość przekazywania wszystkich pacjentów z sali zabiegowej/operacyjnej, jeżeli wymaga tego ich stan zdrowia.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji pracowników
3. wywiad z personelem
4. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot posiada salę nadzoru pozabiegowego zgodną z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot posiada salę nadzoru pozabiegowego nie w pełni zgodną z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie posiada sali nadzoru pozabiegowego zgodnej z wymogami standardu.

**ZA 8: Podmiot określił odpowiedzialność za opiekę pooperacyjną.****Wyjaśnienie**

Po zabiegu istotne jest określenie osoby przekazującej i przejmującej odpowiedzialność za opiekę nad pacjentem. Przekazanie pacjenta z sali nadzoru poznieczuleniowego (sali wybudzeń lub sali pooperacyjnej) na oddział powinno być udokumentowane. Ocena stanu i potwierdzenie przekazania pacjenta powinno być autoryzowane przez personel sali zabiegowej lub sali nadzoru pozabiegowego oraz personel oddziału, do którego pacjent jest przekazany.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej
2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej określono odpowiedzialność za opiekę pooperacyjną.
- 3 – W 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej określono odpowiedzialność za opiekę pooperacyjną.
- 1 – W mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej określono odpowiedzialność za opiekę pooperacyjną.

**ZA 9: Raport z przebiegu zabiegu zawiera następujące informacje:****Wyjaśnienie**

Bezpośrednio po zakończeniu zabiegu operator sporządza raport z jego przebiegu. Kopia raportu powinna być integralną częścią dokumentacji medycznej pacjenta poddanego zabiegowi. Raport z przebiegu zabiegu powinien zawierać nazwiska zespołu operującego i znieczulającego, opis zabiegu, informacje o pobranym materiale oraz rozpoznanie pozabiegowe.

**ZA 9.1: Nazwiska zespołu operującego.****Wyjaśnienie**

W raporcie z przebiegu operacji powinno znajdować się nazwisko operatora, asysty (z zaznaczeniem czy jest to asysta pomocnicza czy senioralna), pielęgniarki operacyjnej oraz pozostałych członków zespołu.



**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera nazwiska zespołu operującego.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera nazwiska zespołu operującego.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera nazwiska zespołu operującego.

**ZA 9.2: Nazwiska osób znieczulających.****Wyjaśnienie**

W raporcie powinny znajdować się nazwiska osób znieczulających.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera nazwiska osób znieczulających.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera nazwiska osób znieczulających.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera nazwiska osób znieczulających.

**ZA 9.3: Opis wykonanego zabiegu.****Wyjaśnienie**

Opis wykonanego zabiegu powinien zawierać:

- opis stanu miejscowego stwierdzonego podczas operacji,
- opis wykonanego zabiegu (w przypadku zabiegów typowych dopuszcza się użycie nazwy metody),
- opis przebiegu zabiegu,
- opis powikłań lub innych zdarzeń niepożądanych, w przypadkach szczególnych uzasadnienie dla podejmowanych konkretnych czynności z tym związanych lub zapis o przebiegu bez powikłań.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera opis wykonanego zabiegu zgodnego z wymogami standardu.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera opis wykonanego zabiegu zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera opis wykonanego zabiegu zgodnie z wymogami standardu.

**ZA 9.4: Informacje o pobranym materiale.****Wyjaśnienie**

W przypadku pobrania materiału do badań histopatologicznych, bakteriologicznych, cytologicznych, toksykologicznych lub innych, raport z przebiegu zabiegu powinien zawierać opis pobranego materiału, miejsce pobrania, liczbę próbek, a nie jedynie rejestrację faktu pobrania.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o pobranym materiale zgodną z wymogami standardu.

- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o pobranym materiale zgodną z wymogami standardu.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o pobranym materiale zgodną z wymogami standardu.

#### **ZA 9.5: Rozpoznanie pozabiegowe.**

##### **Wyjaśnienie**

Raport z przebiegu zabiegu powinien zawierać rozpoznanie pooperacyjne. Jeżeli nie udało się ustalić rozpoznania, fakt ten powinien być odnotowany.

##### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

##### **Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie pooperacyjne.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie pooperacyjne.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie pooperacyjne.

#### **ZA 10: Przebieg i skutki wykonywanych znieczuleń są analizowane.**

##### **Wyjaśnienie**

Przebieg wykonanych znieczuleń ogólnych i regionalnych powinien być systematycznie analizowany, w razie wystąpienia istotnego powikłania – na bieżąco, w pozostałych przypadkach – okresowo, nie rzadziej niż raz w roku, z uwzględnieniem:

- prawidłowego przygotowania pacjenta do zabiegu,
- poprawności i stabilności parametrów fizjologicznych w czasie znieczulenia,
- dostosowania czasu znieczulenia do czasu zabiegu,
- częstości i rodzaju zagrożeń oraz powikłań lub innych zdarzeń niepożądanych, które wystąpiły w związku ze znieczuleniem.

Należy opracować system bieżącego raportowania wszystkich sytuacji nietypowych i zdarzeń niepożądanych, które powinny być analizowane.

Analiza roczna powinna zmierzać do:

- oceny fachowości poszczególnych pracowników,
- poprawy organizacji pracy,
- oceny opieki przed znieczuleniem.

Wyniki analizy powinny być znane zespołowi prowadzącemu znieczulenia, a wnioski z analizy wdrażane w praktyce.

##### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z personelem

*Standard nie jest oceniany w przypadku niewykonywania znieczuleń ogólnych i regionalnych.*

##### **Punktowanie**

- 5 – Przebieg i skutki wykonywanych znieczuleń są analizowane zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Przebieg i skutki wykonywanych znieczuleń są analizowane nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Przebieg i skutki wykonywanych znieczuleń nie są analizowane zgodnie z wymogami standardu.

#### **ZA 11: W zabiegach wykonywanych bez znieczulenia jest dostępna sedacja.**

##### **Wyjaśnienie**

Jeżeli wykonywane w podmiocie zabiegi nie wymagają znieczulenia ogólnego ani regionalnego powinna istnieć:

- możliwość zastosowania sedacji/analgo-sedacji.

Sedację zleca operator, a wykonuje lekarz odpowiednio wyszkolony. Sedacja/analgo-sedacja powinna być stosowana:

- na życzenie pacjenta,
- gdy lekarz uzna ją za wskazaną z uwagi na współpracę pacjenta.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z pacjentem

#### **Punktowanie**

- 5 – W zabiegach wykonywanych bez znieczulenia podmiot zapewnia możliwość sedacji/analgo-sedacji zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W zabiegach wykonywanych bez znieczulenia podmiot zapewnia możliwość sedacji/analgo-sedacji nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W zabiegach wykonywanych bez znieczulenia podmiot nie zapewnia możliwość sedacji/analgo-sedacji.

### **ZA 12: Dostępna jest aktualna lista operatorów i samodzielnych operatorów.**

#### **Wyjaśnienie**

Podmiot powinien wprowadzić system uznawania kompetencji poszczególnych operatorów do samodzielnego wykonywania poszczególnych typów zabiegów. Po potwierdzeniu kompetencji operatora w zakresie określonego typu zabiegu konieczne jest uznanie samodzielności uprawniającej do wykonywania określonego typu zabiegu bez asysty senioralnej. Lista winna być aktualizowana i zawierać wykaz operatorów i samodzielnych operatorów według wykonywanych typów zabiegów.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – Podmiot prowadzi aktualną listę operatorów i samodzielnych operatorów.
- 3 – Podmiot prowadzi listę operatorów i samodzielnych operatorów, lecz nie jest ona aktualna.
- 1 – Podmiot nie prowadzi listy operatorów i samodzielnych operatorów.

### **ZA 13: Podmiot posiada informacje na temat doświadczeń zawodowych operatorów.**

#### **Wyjaśnienie**

Podmiot posiada wykaz zabiegów wykonanych przez poszczególnych operatorów w ciągu ostatnich trzech lat z podaniem miejsca ich wykonywania (w podmiocie lub w innym podmiocie udzielającym świadczeń), typem zabiegu oraz określeniem roli w zespole operacyjnym (samodzielny operator, pierwszy operator z asystą senioralną, asysta, asysta senioralna). Wykaz powinien uwzględniać rekomendowane liczby wykonywanych zabiegów jako wartości minimalne dla samodzielnych operatorów oraz wartości świadczące o dużej biegłości rekomendowane przez poszczególne towarzystwa naukowe, przykładowo:

- zabiegi ortopedyczne – Polskie Towarzystwo Ortopedii i Traumatologii,
- zabiegi okulistyczne – Polskie Towarzystwo Okulistyczne,
- zabiegi na naczyniach wieńcowych – Polskie Towarzystwo Kardiologiczne,
- zabiegi na naczyniach obwodowych – Polskie Towarzystwo Angiologiczne,
- zabiegi na przewodzie pokarmowym – Polskie Towarzystwo Gastroenterologiczne.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z pracownikami

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot posiada aktualny wykaz zabiegów wykonanych przez poszczególnych operatorów.
- 3 – Podmiot posiada wykaz zabiegów wykonanych przez poszczególnych operatorów, ale nie spełnia on wszystkich wymogów standardu.
- 1 – Podmiot nie posiada aktualnego wykazu zabiegów wykonanych przez poszczególnych operatorów.

## VII. Farmakoterapia (FA)

- FA 1: Podmiot posiada receptariusz.**
- FA 2: Podmiot opracował i wdrożył zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym.**
- FA 3: Zlecenie leków i realizacja zlecenia są dokumentowane.**
- FA 4: Podmiot opracował zasady podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego.**
- FA 5: Podmiot opracował i wdrożył procedury bezpiecznego przechowywania leków.**
- FA 6: Podmiot prowadzi nadzór nad lekami przechowywanymi w oddziałach.**
- FA 7: Podmiot opracował i wdrożył system oznakowania przygotowanych leków.**
- FA 8: Podmiot opracował i wdrożył procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi.**
- FA 9: Podmiot monitoruje komunikaty dotyczące bezpieczeństwa produktów leczniczych.**
- FA 10 W podmiocie funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii/komitet terapeutyczny.**

## VII. Farmakoterapia (FA)

Środki farmakologiczne (produkty lecznicze i wyroby medyczne) powinny być stosowane w sposób racjonalny, optymalnie zwiększający szansę uzyskania pozytywnych efektów leczenia i uniknięcia działań niepożądanych. Należy określić, jakie leki są w podmiocie dostępne standardowo, a które i dlaczego podlegają ograniczeniom w stosowaniu. Przy kwalifikowaniu do wykazu leków rutynowo dostępnych należy brać pod uwagę aktualne, uznane wytyczne postępowania klinicznego i wpisywać na listę leki o udowodnionej skuteczności oraz o optymalnym profilu bezpieczeństwa. Kryterium cenowe nie może być wyznacznikiem celowości stosowania leków. Podmiot powinien określić zasady prowadzenia gospodarki lekami. Lekarze i pielęgniarki winni uczestniczyć w okresowych szkoleniach dotyczących farmakoterapii. W oparciu o przewidywane potrzeby, należy określić najkorzystniejsze sposoby zaopatrzenia w leki, wielkość potrzebnych zapasów, sposoby uzupełniania i przechowywania leków, a także określić zasady zbierania zamówień i dystrybucji leków do miejsc, w których są one podawane pacjentom.

### FA 1: Podmiot posiada receptariusz.

#### Wyjaśnienie

Receptariusz obowiązuje personel w zakresie ordynowania i dyspensowania produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych w celu prowadzenia racjonalnej gospodarki zasobami. Wykaz leków powinien być sporządzony według klasyfikacji ATC. Dobór leków w receptariuszu winien zapewnić wszystkim jednostkom podmiotu niezbędne, skuteczne i bezpieczne produkty lecznicze bez narażania podmiotu na niepotrzebne wydatki. Receptariusz winien ułatwiać wybór tańszej alternatywy, gdy możliwe jest zastosowanie jednego z kilku równoważnych leków.

Receptariusz powinien określać co najmniej:

- zatwierdzony wykaz leków sporządzony według klasyfikacji ATC,
- nazwy międzynarodowe lub handlowe leku, postać, dawkę, dostępnych rutynowo w podmiocie produktów leczniczych,
- koszt jakim w budżecie zostanie obciążona jednostka zamawiająca lek w przeliczeniu na DDD,
- wymogi, które muszą być spełnione przy zleceniu niektórych leków, przykładowo leki stosowane w terapii zakażeń.

Receptariusz powinien być okresowo, co najmniej raz w roku, analizowany i aktualizowany.

#### Sprawdzenie

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z zespołem ds. farmakoterapii/komitetem terapeutycznym
4. wywiad z personelem

#### Punktowanie

- 5 – Podmiot posiada poprawny, aktualny receptariusz, a zasady stosowania leków są znane wszystkim lekarzom.
- 3 – Podmiot posiada receptariusz, ale nie spełnia on w pełni wymogów standardu lub zasady stosowania leków nie są znane wszystkim lekarzom.
- 1 – Podmiot posiada szpitalną listę leków.

### FA 2: Podmiot opracował i wdrożył zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym.

#### Wyjaśnienie

W podmiocie powinno opracować się procedurę dostarczania brakujących leków w trybie nagłym, przykładowo w godzinach nocnych, podczas świąt.

#### Sprawdzenie

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą

3. wywiad z zespołem ds. farmakoterapii/komitetem terapeutycznym
4. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę pozyskiwania leków w trybie nagłym.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę pozyskiwania leków w trybie nagłym, lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub nie jest kompletna.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono procedury pozyskiwania leków w trybie nagłym.

**FA 3: Zlecenie leków i realizacja zlecenia są dokumentowane.****Wyjaśnienie**

Zasady zlecania leków obejmują:

- identyfikację zlecającego/odstawiającego lek,
- datę zlecenia/odstawienia leku,
- dawkę i formę podania leku,
- czas podania,
- drogę podania.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że leki są podawane pacjentom jedynie na podstawie udokumentowanych zleceń zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że leki są podawane pacjentom jedynie na podstawie udokumentowanych zleceń zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że leki są podawane pacjentom jedynie na podstawie udokumentowanych zleceń zgodnie z wymogami standardu.

**FA 4: Podmiot opracował zasady podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego.****Wyjaśnienie**

Należy określić, które z leków dopuszczonych do podawania bez pisemnego zlecenia lekarskiego mogą lub powinny być podane bez takiego zlecenia, a także które leki i w jakich sytuacjach mogą być podane w oparciu o ustne zlecenie lekarskie. Należy określić leki, które z uwagi na specyfikę pacjenta oraz wykonywane procedury nie powinny być nigdy podawane bez pisemnego zlecenia lekarskiego. Należy także określić kto może podać leki w wyżej wymienionych sytuacjach. Niezwłocznie po podaniu leku, fakt ten powinien zostać zgłoszony i odnotowany w historii choroby pacjenta.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kardą zarządzającą
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowana procedura nie jest stosowana w pełnym zakresie lub nie jest kompletna.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono procedury podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego zgodnie z wymogami standardu.

**FA 5: Podmiot opracował i wdrożył procedury bezpiecznego przechowywania leków.****Wyjaśnienie**

Określenie, w jaki sposób należy przechowywać i zabezpieczać leki zwiększa bezpieczeństwo użytkowania leków. Wdrożona procedura powinna ograniczać niekontrolowany i nieuzasadniony dostęp do leków, ale jednocześnie zapewniać możliwość użycia potrzebnego leku bez zbędnej zwłoki. Procedura ma też na celu zabezpieczenie leków przed nieprawidłowym przechowywaniem. Leki powinny być przechowywane zgodnie z zaleceniami producenta w zamkniętych szafkach, wózkach, lodówkach; w sposób minimalizujący możliwość pomyłkowego użycia leku. Leki bardzo silnie działające, a także narkotyczne powinny być przechowywane z ograniczeniem dostępu do nich. Leki, których omyłkowe podanie w formie nie rozcieńczonej może być szczególnie groźne powinny być przechowywane osobno, bądź separowane od innych leków, w celu minimalizacji ryzyka ich pomyłkowego użycia.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedury bezpiecznego przechowywania leków zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedury bezpiecznego przechowywania leków nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowane procedury nie są stosowane w pełnym zakresie lub nie są kompletne.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono procedur bezpiecznego przechowywania leków zgodnie z wymogami standardu.

**FA 6: Podmiot prowadzi nadzór nad lekami przechowywanymi w oddziałach.****Wyjaśnienie**

W podmiocie funkcjonuje system nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach/jednostkach podmiotu. Polega on na okresowej kontroli:

- ilości leków,
- sposobu stosowania przyjętych zasad ułożenia leków,
- terminu ważności leków,
- zgodności stanu z dokumentacją wydawania (w odniesieniu do leków, dla których przyjęto zasady kontroli wydawania, np. leków narkotycznych).

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowana procedura nie jest stosowana w pełnym zakresie lub nie jest kompletna.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono procedury nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach zgodnie z wymogami standardu.



**FA 7: Podmiot opracował i wdrożył system oznakowania przygotowanych leków.****Wyjaśnienie**

Leki przygotowane do podania (strzykawki z lekiem, płyny infuzyjne) powinny być oznakowane w sposób jednolity, znany personelowi i minimalizujący możliwość pomyłek. Oznakowanie powinno zawierać:

- nazwę leku,
- dawkę,
- informację łatwo i bezpośrednio identyfikującą dla kogo dany lek jest przeznaczony.

Leki przygotowane do podania doustnie także powinny być oznakowane w sposób minimalizujący możliwość pomyłki. Leki szczególnie silnie działające powinny być oznakowane w sposób zwracający uwagę.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono system oznakowania przygotowanych leków zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono system oznakowania przygotowanych leków nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowany system nie jest stosowany w pełnym zakresie lub nie jest kompletny.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono systemu oznakowania przygotowanych leków zgodnie z wymogami standardu.

**FA 8: Podmiot opracował i wdrożył procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi.****Wyjaśnienie**

W podmiocie powinna funkcjonować procedura postępowania z lekami i preparatami krwiopochodnymi, które nie zostały zużyte lub nie mogą być użyte, przykładowo: leki przeterminowane, niewykorzystane leki narkotyczne.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi w ograniczonym zakresie.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono procedury postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi.

**FA 9: Podmiot monitoruje komunikaty dotyczące bezpieczeństwa produktów leczniczych.****Wyjaśnienie**

W podmiocie systematycznie są sprawdzane komunikaty o wstrzymaniu lub wycofaniu z obrotu produktów leczniczych oraz komunikaty bezpieczeństwa. Opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku pojawienia się komunikatu lub decyzji Głównego Inspektora Farmaceutycznego ([www.gif.gov.pl](http://www.gif.gov.pl)) oraz komunikatu bezpieczeństwa zamieszczanego na stronie

internetowej Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych ([www.urpl.gov.pl](http://www.urpl.gov.pl)).

**Sprawdzenie**

1. wywiad z kadrą zarządzającą
2. wywiad z personelem
3. przegląd dokumentacji podmiotu

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie monitoruje się komunikaty dotyczące bezpieczeństwa produktów leczniczych.
- 3 – W podmiocie monitoruje się komunikaty dotyczące bezpieczeństwa produktów leczniczych w ograniczonym zakresie.
- 1 – W podmiocie nie monitoruje się komunikatów dotyczących bezpieczeństwa produktów leczniczych.

**FA 10: W podmiocie funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii / komitet terapeutyczny.****Wyjaśnienie**

W podmiocie powołano zespół ds. farmakoterapii/komitet terapeutyczny. Zespół ten opracowuje politykę lekową i dokonuje okresowej oceny stosowanej w podmiocie farmakoterapii oraz leczenia preparatami krwiopochodnymi. W szczególności ocenie powinna podlegać losowo wybrana dokumentacja medyczna pod kątem zasadności stosowania leków, preparatów krwiopochodnych, częstości przypadków polipragmazji oraz kombinacji terapeutycznych obarczonych dużym ryzykiem niekorzystnych interakcji. Spotkania zespołu powinny odbywać się regularnie, nie rzadziej niż raz na pół roku. Członkowie zespołu/komiteu winni realizować zadania określone w zarządzeniu dyrektora zgodnie z przyjętym planem pracy. Wyniki pracy zespołu powinny być znane zespołowi jakości i personelowi. W pracach zespołu powinni uczestniczyć przedstawiciele różnych grup zawodowych.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z zespołem ds. farmakoterapii

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii/komitet terapeutyczny, który aktualizuje receptariusz szpitalny, określa zasady racjonalnej farmakoterapii w podmiocie, dokonuje analizy prowadzonego leczenia.
- 3 – W podmiocie funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii/komitet terapeutyczny, który realizuje swoje zadania w ograniczonym zakresie.
- 1 – W podmiocie nie funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii/komitet terapeutyczny.

## VIII. Ciągłość Opieki (CO)

- CO 1: Pacjent planowo przyjmowany do zabiegu powinien mieć opracowany przed przyjęciem plan leczenia i opieki.
- CO 2: Pacjent ma wyznaczonego lekarza odpowiadającego za opiekę nad nim.
- CO 3: Lekarze dyżurni rekrutują się z personelu prowadzącego pacjentów w podmiocie.
- CO 4: Podmiot opracował i wdrożył Standardowe Procedury Postępowania.
  - CO 4.1: Podmiot opracował i wdrożył procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu.
- CO 5: Podmiot jest przygotowany do udzielania pomocy pacjentom w stanach zagrożenia życia.
  - CO 5.1: Podmiot opracował i wdrożył procedury postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia.
  - CO 5.2: Pracownicy są szkoleni w resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
  - CO 5.3: W podmiocie określono leki, sprzęt i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia i są one dostępne w miejscach świadczenia opieki.
  - CO 5.4: Prowadzona jest analiza częstości i skuteczności resuscytacji.
- CO 6: Nieplanowanemu i pilnemu przekazaniu pacjenta towarzyszy pełna informacja medyczna.
- CO 7: Prowadzony jest rejestr pacjentów przekazanych do innych ośrodków lub szpitali.
- CO 8: Pacjenci otrzymują kartę informacyjną w dniu wypisu.
- CO 9: Podmiot przekazuje lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej zalecenia odnośnie dalszej opieki nad pacjentem.
- CO 10: Podmiot monitoruje stan pacjenta w bezpośrednim okresie pozabiegowym.
- CO 11: Podmiot zapewnia opiekę po wypisie w razie pogorszenia się stanu pacjenta.

## VIII. Ciągłość Opieki (CO)

Zmienność osób lub zespołów udzielających świadczeń stwarza szczególne zagrożenie dla jakości i bezpieczeństwa opieki, powodując niejednokrotnie pogorszenie skuteczności leczenia, z jednoczesnym wzrostem ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Oznacza to, iż należy:

- minimalizować niekonne zmiany osób/zespołów opiekujących się pacjentem,
- w sposób szczególny dbać o to by osoby/zespoły przejmujące opiekę korzystały z wiedzy i doświadczeń osób/zespołów poprzednio sprawujących opiekę.

Zapewnienie ciągłości opieki dotyczy:

- przekazywania pacjenta do innego podmiotu,
- opieki w podmiocie,
- przekazywania pacjenta na inny poziom opieki (ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka długoterminowa, POZ, dom).

### **CO 1: Pacjent planowo przyjmowany do zabiegu powinien mieć opracowany przed przyjęciem plan leczenia i opieki.**

#### **Wyjaśnienie**

Cel planowego przyjmowania pacjenta powinien być ustalony przed przyjęciem. W oparciu o badanie podmiotowe (wywiad lekarski), badanie przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, diagnozę, ocenę stopnia zaawansowania choroby oraz stanu ogólnego pacjenta, a także oszacowanie ryzyka lekarz kwalifikujący pacjenta do planowego świadczenia (zabiegu) powinien zaproponować plan postępowania z pacjentem. Weryfikacja propozycji lekarza kierującego przy przyjęciu winna kończyć się potwierdzeniem lub modyfikacją proponowanego planu leczenia i opieki, co powinno zostać odnotowane w historii choroby.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

#### **Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej pacjentów przyjmowanych do planowych zabiegów zawiera plan leczenia i opieki przed przyjęciem do podmiotu.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej pacjentów przyjmowanych do planowych zabiegów zawiera plan leczenia i opieki przed przyjęciem do podmiotu.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej pacjentów przyjmowanych do planowych zabiegów zawiera plan leczenia i opieki przed przyjęciem do podmiotu.

### **CO 2: Pacjent ma wyznaczonego lekarza odpowiadającego za opiekę nad nim.**

#### **Wyjaśnienie**

W czasie pobytu w podmiocie pacjent ma przypisanego jednego lekarza prowadzącego. Lekarz odpowiadający za leczenie i opiekę nad pacjentem (lekarz prowadzący) odpowiada za koordynowanie leczenia i opieki sprawowanej nad pacjentem w trakcie pobytu w podmiocie. Lekarz prowadzący powinien dobrze znać problemy pacjenta, którym się opiekuje. Przekazaniu opieki innemu lekarzowi prowadzącemu winno towarzyszyć przekazanie informacji o pacjencie, udokumentowane w historii choroby. Niewątpliwym pogorszeniem opieki jest sytuacja, gdy w kolejnym dniu funkcję lekarza prowadzącego przejmuje inny lekarz. Takie sytuacje podmiot powinien ograniczyć do minimum. Zupełnie niedopuszczalną jest sytuacja codziennej zmiany lekarza prowadzącego. Pacjenci powinni znać swojego lekarza prowadzącego.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z personelem

## 4. wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – 90% lub więcej pacjentów pozostaje pod opieką jednego lekarza prowadzącego przez cały okres pobytu w podmiocie.
- 3 – 70–89% pacjentów pozostaje pod opieką jednego lekarza prowadzącego przez cały okres pobytu w podmiocie.
- 1 – Mniej niż 70% pacjentów pozostaje pod opieką jednego lekarza prowadzącego przez cały okres pobytu w podmiocie.

**CO 3: Lekarze dyżurni rekrutują się z personelu prowadzącego pacjentów w podmiocie.****Wyjaśnienie**

Lekarze pracujący w oddziale w znaczącym wymiarze czasu pracy (powyżej pół etatu lub w odpowiednim ekwiwalencie godzinowym) mają szansę przed objęciem dyżuru znać pacjentów, ich problemy zdrowotne oraz przebieg dotychczasowego leczenia. Niekorzystnym dla jakości opieki rozwiązaniem jest dyżurowanie lekarzy, którzy wyłącznie w tym celu przebywają w podmiocie lub sprawują opiekę nad pacjentami w małym wymiarze czasu.

**Sprawdzenie**

- 1. przegląd dokumentacji podmiotu
- 2. przegląd dokumentacji medycznej
- 3. wywiad z personelem
- 4. wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – 90% lub więcej dyżurów obsadzanych jest przez lekarzy pracujących stale w dużym wymiarze czasu pracy w podmiocie (powyżej pół etatu lub w odpowiednim ekwiwalencie godzinowym).
- 3 – 70–89% dyżurów obsadzanych jest przez lekarzy pracujących stale w dużym wymiarze czasu pracy w podmiocie.
- 1 – Mniej niż 70% dyżurów obsadzanych jest przez lekarzy pracujących stale w dużym wymiarze czasu pracy w podmiocie.

**CO 4: Podmiot opracował i wdrożył Standardowe Procedury Postępowania.****Wyjaśnienie**

Stosowanie jednolitego leczenia i opieki ułatwiają sformułowane na piśmie, przejrzyste standardowe procedury postępowania (SOP). Mogą być one opracowane w formie algorytmu, z uwzględnieniem kilku ścieżek opieki. SOP-y powinny być łatwo dostępne, znane i stosowane przez personel. Raz w roku należy przeprowadzić ocenę wdrożenia przyjętych SOP-ów.

**Sprawdzenie**

- 1. przegląd dokumentacji podmiotu
- 2. przegląd dokumentacji medycznej
- 3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono Standardowe Procedury Postępowania zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono Standardowe Procedury Postępowania nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono Standardowych Procedur Postępowania zgodnie z wymogami standardu.

**CO 4.1: Podmiot opracował i wdrożył procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu.**

**Wyjaśnienie**

Pacjenci nie powinni cierpieć z powodu bólu. W ramach działań na rzecz zwalczania bólu powinno się:

- dokonywać identyfikacji pacjentów z dolegliwościami bólowymi,
- oceniać (skalę) stopień nasilenia dolegliwości,
- wdrożyć adekwatne leczenie przyczynowe lub objawowe zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Leczenie przeciwbólowe powinno być skuteczne. Sposób leczenia, rodzaj i dawki środków przeciwbólowych oraz częstość ich podawania powinny być adekwatne do stopnia nasilenia bólu i dokumentowane w historii choroby. Leczenie bólu powinno mieć kontynuację w zaleceniach poszpitalnych.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji placówki
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z personelem
4. wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowana procedura nie jest stosowana w pełnym zakresie lub nie jest kompletna.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono procedury oceny i skutecznego leczenia bólu zgodnie z wymogami standardu.

**CO 5: Podmiot jest przygotowany do udzielania pomocy pacjentom w stanach zagrożenia życia.****Wyjaśnienie**

Na przygotowanie podmiotu do udzielania pomocy w stanach zagrożenia życia składa się:

- wdrożenie Standardowych Procedur Postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia,
- regularne szkolenia personelu w resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
- określenie, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia,
- stała dostępność sprzętu, leków, materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia oraz funkcjonalność i sprawność systemu alarmowego w miejscach świadczenia opieki,
- prowadzenie analizy częstości i skuteczności resuscytacji.

Elementy te podlegają ewaluacji co 12 miesięcy.

**CO 5.1: Podmiot opracował i wdrożył procedury postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia.****Wyjaśnienie**

Dbając o efektywność i skuteczność postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia, w podmiocie powinno się opracować i aktualizować zasady rozpoznawania i postępowania w przypadkach utraty przytomności, zatrzymania oddychania i krążenia. Standardowe Procedury Postępowania powinny zostać opracowane w oparciu o zalecenia Europejskiej Rady Resuscytacji. Personel postępuje zgodnie z przyjętymi procedurami.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. symulowana resuscytacja

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedury postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia.
- 3 – W podmiocie częściowo opracowano i wdrożono procedury postępowania w stanach nagłego

zagrożenia życia.

- 1 – W podmiocie nie wdrożono procedur postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia.

### **CO 5.2: Pracownicy są szkoleni w resuscytacji krążeniowo-oddechowej.**

#### **Wyjaśnienie**

Personel powinien być w pełni kompetentny do zainicjowania i kontynuowania resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Niedopuszczalne są praktyki wzywania w tym celu pogotowia ratunkowego. Podstawowe znaczenie mają regularne, praktyczne, organizowane nie rzadziej niż raz w roku, szkolenia z resuscytacji krążeniowo-oddechowej dla całego personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pozostałego personelu medycznego stosownie do pełnionej funkcji (BLS i ALS oraz oceny skuteczności przyrządowych zabiegów resuscytacyjnych). Pozostały personel powinien również znać zasady resuscytacji krążeniowo-oddechowej na podstawowym poziomie. Szkolenia powinny być prowadzone z uwzględnieniem aktualnych wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji. Udział w szkoleniu powinien być udokumentowany w aktach osobowych.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji personelu
3. wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – Personel medyczny jest szkolony z zasad resuscytacji krążeniowo-oddechowej i zna aktualne zasady resuscytacji.
- 3 – Większość personelu medycznego jest szkolona z zasad resuscytacji krążeniowo-oddechowej lub zna aktualne zasady resuscytacji.
- 1 – Personel medyczny nie jest szkolony z zasad resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

### **CO 5.3: W podmiocie określono leki, sprzęt i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia i są one dostępne w miejscach świadczenia opieki.**

#### **Wyjaśnienie**

Sprzęt, leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia powinny zostać określone. Powinien zostać określony ich rodzaj, ilość, sposób zabezpieczenia, uzupełniania oraz wymiany. Minimalny zestaw dostępnych leków i materiałów powinien być zgodny z aktualnymi wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji lub obowiązującymi regulacjami.

Sprzęt, leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia powinny być dostępne i przechowywane w sposób funkcjonalny, umożliwiający szybkie (w ciągu kilku minut) dotarcie do pacjenta oraz dogodne korzystanie z zestawu. Sprzęt powinien być okresowo kontrolowany, tak aby był sprawny i gotowy do użycia, gwarantując możliwość niezwłocznej pomocy pacjentowi.

Nadzór nad zestawem pełni wyznaczona osoba. Zestawy powinny podlegać kontroli, która uwzględnia:

- skład zestawu,
- datę ważności,
- warunki przechowywania,
- sposób uzupełniania wykorzystanych leków i materiałów.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie określono leki, sprzęt i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia i są one dostępne w miejscach świadczenia opieki zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie określono leki, sprzęt i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia, ale są one dostępne w miejscach świadczenia opieki nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.

- 1 – W podmiocie nie określono leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia lub nie są one dostępne w miejscach świadczenia opieki zgodnie z wymogami standardu.

#### **CO 5.4 Prowadzona jest analiza częstości i skuteczności resuscytacji.**

##### **Wyjaśnienie**

Analiza przeprowadzonych resuscytacji i innych działań w stanach zagrożenia życia powinna obejmować:

- przyczynę zatrzymania oddychania lub krążenia,
- czas rozpoczęcia czynności resuscytacyjnych,
- zgodność postępowania z przyjętym algorytmem,
- ocenę postępowania osób uczestniczących.

Podsumowaniem analizy powinny być wnioski dotyczące:

- ewentualnych modyfikacji Standardowej Procedury Postępowania,
- dostępności leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach zagrożenia życia,
- działań edukacyjnych.

Wyniki analizy powinny być przedstawiane personelowi medycznemu na bieżąco oraz raz w roku osobom kierującym poszczególnymi działami (kierownikom działów). Analiza resuscytacji jest prowadzona w oparciu o kartę resuscytacji.

##### **Sprawdzenie**

1. wywiad z personelem
2. obserwacja bezpośrednia
3. test symulowanej resuscytacji

##### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie prowadzi się analizę częstości i skuteczności resuscytacji zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie prowadzi się analizę częstości i skuteczności resuscytacji nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie prowadzi się analizy częstości i skuteczności resuscytacji zgodnie z wymogami standardu.

#### **CO 6: Nieplanowanemu i pilnemu przekazaniu pacjenta towarzyszy pełna informacja medyczna.**

##### **Wyjaśnienie**

Nieplanowanemu i pilnemu przekazaniu pacjenta, przykładowo w celu wykonania operacji, innego zabiegu albo celem podjęcia intensywnej terapii winna towarzyszyć możliwie pełna informacja o jego dotychczasowym stanie i prowadzonym postępowaniu. Informacja taka winna być przekazana wraz z pacjentem, bez opóźnienia i dotyczyć w szczególności:

- stanu pacjenta w chwili przekazywania,
- aktualnie stosowanych leków,
- uprzednio stosowanych leków,
- szczegółowego opisu wykonanych zabiegów/operacji,
- wyników badań,
- uczuleń, idiosynkrazji i innych ew. ostrzeżeń,
- epikryzy sumującej problemy pacjenta.

##### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej
2. wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – Wszystkie przeglądane dokumentacje medyczne przekazywanych pacjentów zawierały pełną informację medyczną.
- 3 – Prawie wszystkie przeglądane dokumentacje medyczne przekazywanych pacjentów zawierały



- pełną informację medyczną.
- 1 – Niektóre przeglądane dokumentacje medyczne przekazywanych pacjentów zawierały pełną informację medyczną.

#### **CO 7: Prowadzony jest rejestr pacjentów przekazanych do innych ośrodków lub szpitali.**

##### **Wyjaśnienie**

Podmiot prowadzi rejestr pacjentów przenoszonych w celach terapeutycznych lub diagnostycznych do innych ośrodków lub szpitali. Rejestr powinien zawierać informację o przyczynach przekazania pacjenta, epikryzę, oraz wskazanie ośrodka/szpitala, do którego przekazano pacjenta.

##### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – Podmiot prowadzi rejestr pacjentów przekazanych do innych ośrodków/szpitali zgodnie z wymogiem standardu.
- 3 – Podmiot prowadzi rejestr pacjentów przekazanych do innych ośrodków/szpitali nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie prowadzi rejestru pacjentów przekazanych do innych ośrodków/szpitali zgodnie z wymogami standardu.

#### **CO 8: Pacjenci otrzymują kartę informacyjną w dniu wypisu.**

##### **Wyjaśnienie**

Wszyscy wypisywani pacjenci winni otrzymać kartę informacyjną w dniu wypisu, przed opuszczeniem podmiotu. Karta informacyjna winna zawierać informacje o:

- przyczynie hospitalizacji,
- rozpoznaniu,
- wynikach badań,
- zastosowanym leczeniu, w tym zleconych lekach i wykonanych zabiegach z podaniem rodzaju zabiegu i wyniku doraźnym, skutkach leczenia, ewentualnych powikłaniach lub zdarzeniach niepożądanych,
- wskazówki dotyczące dalszego postępowania w okresie poszpitalnym.

##### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

##### **Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera kartę informacyjną uwzględniającą kryteria standardu.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera kartę informacyjną uwzględniającą kryteria standardu.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera kartę informacyjną uwzględniającą kryteria standardu.

#### **CO 9: Podmiot przekazuje lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej zalecenia odnośnie dalszej opieki nad pacjentem.**

##### **Wyjaśnienie**

Dla zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem po jego wypisie istotnym jest przekazanie przez podmiot lekarzowi POZ, pielęgniarkę POZ lub położnej POZ przejmującym opiekę nad pacjentem pełnych i rzeczowych informacji z okresu opieki nad tym pacjentem. Poza wydaniem karty informacyjnej, podmiot powinien przekazać pacjentowi list od lekarza prowadzącego skierowany do

lekarza podstawowej opieki zdrowotnej pacjenta, odpowiednio pielęgniarki POZ lub położnej POZ, zawierający wskazówki i sugestie dotyczące dalszego postępowania medycznego, farmakoterapii i informacje o poszpitalnych wizytach kontrolnych lub o planowanej, powtórnej hospitalizacji. Informacje do lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ są przekazywane w oparciu o informacje udostępnione przez pacjenta.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera list do lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – 70–89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera list do lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Mniej niż 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera list do lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ zgodnie z wymogami standardu.

**CO 10: Podmiot monitoruje stan pacjenta w bezpośrednim okresie pozabiegowym.****Wyjaśnienie**

W podmiotach hospitalizujących pacjentów dłuższy czas po zabiegu obserwacja jest prowadzona przez personel. W przypadku krótkich hospitalizacji po zabiegu, w szczególności w przypadku wykonywania zabiegów w trybie hospitalizacji jednego dnia, okres pozabiegowy przypada na pobyt w domu. Nie powinno to jednak zwalniać podmiotu z zainteresowania przebiegiem okresu pozabiegowego u leczonego pacjenta. W szczególności w przypadku zabiegów wykonywanych w trybie hospitalizacji jednego dnia podmiot w kolejnym dniu po wypisaniu powinien skontaktować się z pacjentem i w drodze wywiadu telefonicznego ustalać stan jego zdrowia. Pacjent też powinien być odpowiednio poinformowany i w przypadku wystąpienia niepokojących objawów powinien kontaktować się z własnej inicjatywy z podmiotem. Fakt konsultacji pacjenta przez telefon powinien być odnotowywany.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot monitoruje stan pacjenta w bezpośrednim okresie pozabiegowym zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot monitoruje stan pacjenta w bezpośrednim okresie pozabiegowym nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie monitoruje stanu pacjenta w bezpośrednim okresie pozabiegowym zgodnie z wymogami standardu.

**CO 11: Podmiot zapewnia opiekę po wypisie w razie pogorszenia się stanu pacjenta.****Wyjaśnienie**

W okresie pozabiegowym (zwykle do tygodnia), w przypadku pogorszenia się stanu pacjenta w zakresie leczonej choroby (problemu zdrowotnego) pacjent wypisany z podmiotu powinien mieć zapewnioną możliwość szybkiej konsultacji, ponownej hospitalizacji i kontynuacji leczenia w podmiocie. W tym celu podmiot zapewnia pacjentowi odpowiednią informację o możliwości kontaktu i szybkiego uzyskania odpowiedniej pomocy. W przypadku konieczności skorzystania z innego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, podmiot leczący pacjenta powinien zapewnić mu możliwość kontynuacji niezbędnego leczenia, w szczególności poprzez umówienie terminu konsultacji, wizyty lub hospitalizacji w innym podmiocie.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot zapewnia opiekę po wypisie w razie pogorszenia się stanu pacjenta zgodnie

- 
- z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot zapewnia opiekę po wypisie w razie pogorszenia się stanu pacjenta nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
  - 1 – Podmiot nie zapewnia opieki po wypisie w razie pogorszenia się stanu pacjenta zgodnie z wymogami standardu.

## IX. Kontrola Zakażeń (KZ)

- KZ 1:** W zapobieganiu zakażeniom podmiot wykorzystuje wiarygodne wytyczne.
- KZ 2:** W podmiocie zapobiega się przenoszeniu patogenów przez dotyk.
- KZ 2.1:** Personel odkaża i myje ręce.
- KZ 2.2:** Środki myjące i antyseptyczne są łatwo dostępne.
- KZ 2.3:** Podmiot wykorzystuje powierzchnie przeciwdrobnoustrojowe.
- KZ 3:** Dezynfekcja i sterylizacja sprzętu wielokrotnego użycia jest prawidłowa.
- KZ 4:** W podmiocie jest stosowana dekontaminacja pomieszczeń i sprzętu.
- KZ 4.1:** Pomieszczenia podmiotu są sprzątane i dekontaminowane.
- KZ 4.2:** Sprzęt użytkowy jest myty i dekontaminowany.
- KZ 4.3:** Podmiot zapewnia higienę pościeli szpitalnej.
- KZ 5:** Środki ochrony osobistej są dostępne i stosowane.
- KZ 6:** W podmiocie stosowana jest poprawna profilaktyka okołozabiegowa.
- KZ 7:** Zakażenia i ich zwalczanie są monitorowane.
- KZ 7.1:** Stosowanie antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej jest monitorowane.
- KZ 7.2:** Zakażenia szpitalne są monitorowane.
- KZ 7.3:** Wyniki monitorowania są prezentowane corocznie.
- KZ 8:** Personel jest szczepiony.
- KZ 9:** Personel zna prawidłowe postępowanie po ekspozycji zawodowej.

## IX. Kontrola Zakażeń (KZ)

Zakażenia patogenami szpitalnymi mogą powodować u pacjentów istotne szkody jatrogenne. Redukcja ryzyka zakażeń szpitalnych powinna uwzględniać: opracowanie i wdrożenie procedur higienicznych, szkolenie pracowników, monitorowanie i analizowanie danych mikrobiologicznych i epidemiologicznych oraz podejmowanie działań dla poprawy jakości opieki nad pacjentem. Personel medyczny powinien otrzymywać informacje zwrotne o wynikach prowadzonych działań.

### KZ 1: W zapobieganiu zakażeniom podmiot wykorzystuje wiarygodne wytyczne.

#### Wyjaśnienie

Liczbę i ciężkość zakażeń można istotnie ograniczyć poprzez stosowanie zaleceń pochodzących z wiarygodnych wytycznych zapobiegania:

- zakażeniom trudnym do leczenia,
- zakażeniom krwi po cewnikowaniu żył centralnych,
- zakażeniom po operacjach chirurgicznych,
- zakażeniom układu moczowego w wyniku stosowania cewników.

#### Sprawdzenie

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
3. wywiad z personelem
4. obserwacja bezpośrednia

#### Punktowanie

- 5 – W podmiocie stosowane są wytyczne zgodnie z wymogami standardu.  
3 – W podmiocie stosowane są wytyczne nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.  
1 – W podmiocie nie stosowane są wytyczne zgodnie z wymogami standardu.

### KZ 2: W podmiocie zapobiega się przenoszeniu patogenów przez dotyk.

#### Wyjaśnienie

Ręce personelu i pacjentów stanowią kluczowy element podstawowego mechanizmu przenoszenia patogenów w środowisku szpitalnym. Ograniczeniu transmisji drobnoustrojów przez dotyk służą:

- właściwa dezynfekcja i mycie rąk personelu do czego niezbędna jest dostępność środków dezynfekcyjnych i myjących,
- stosowanie środków ochrony osobistej, w szczególności rękawiczek jednorazowych,
- redukcja transmisji patogenów przez powierzchnie często dotykane – poprzez ich dekontaminację, likwidację potrzeby dotykania przez zastępowanie urządzeniami niewymagającymi dotykania oraz wykorzystywanie materiałów o właściwościach przeciwdrobnoustrojowych.

#### KZ 2.1: Personel odkaża i myje ręce.

#### Wyjaśnienie

Nawyk częstego odkażania (stosowania antyseptyków) i mycia rąk powinien być wdrażany poprzez szkolenie personelu i okresowe kontrole poprawności higieny rąk personelu medycznego (z wykorzystaniem obserwacji bezpośredniej i oceny zużycia środków myjąco-antyseptycznych), jak też ocenę skuteczności higieny rąk poprzez kontrolę mikrobiologiczną. U personelu medycznego powinna być okresowo kontrolowana poprawność:

- techniki odkażania z wykorzystaniem lampy UV,
- odkażania rąk w trakcie rutynowej pracy przy pacjentach.

Analizie powinno podlegać także:

- faktyczne zużycie środków do antyseptyki i mycia rąk.

Personel medyczny powinien otrzymywać informacje zwrotne na ten temat.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. wywiad zespołem ds. zakażeń
4. obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie wdrożono nadzór nad higieną rąk zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie wdrożono nadzór nad higieną rąk nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie wdrożono nadzoru nad higieną rąk zgodnie z wymogami standardu.

### **KZ 2.2: Środki myjące i antyseptyczne są łatwo dostępne.**

#### **Wyjaśnienie**

Każda sala chorych winna być wyposażona w umywalkę i środki higieny. Środki służące do antyseptyki i mycia powinny być łatwo dostępne dla personelu i pacjentów. Dla ograniczenia przenoszenia infekcji każde łóżko pacjenta i każde miejsce badania pacjentów powinny być zaopatrzone w pojemnik ze środkiem antyseptycznym.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

- 5 – Podmiot zapewnia dostępność środków myjących i antyseptycznych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot zapewnia dostępność środków myjących i antyseptycznych nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie zapewnia dostępności środków myjących i antyseptycznych zgodnie z wymogami standardu.

### **KZ 2.3: Podmiot wykorzystuje powierzchnie przeciwdrobnoustrojowe.**

#### **Wyjaśnienie**

Powierzchnie często dotykane przez pacjentów i personel (takie jak przykładowo klamki, poręcze, uchwyty) powinny być wykonane ze stopów metali o właściwościach przeciwdrobnoustrojowych, takich jak: miedź, mosiądz, brąz, zgodnie z rekomendacją EPA.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

- 5 – Większość powierzchni często dotykanych jest wykonana ze stopów o właściwościach przeciwdrobnoustrojowych.
- 3 – Część powierzchni często dotykanych jest wykonana ze stopów o właściwościach przeciwdrobnoustrojowych.
- 1 – Brak powierzchni wykonanych ze stopów o właściwościach przeciwdrobnoustrojowych.

**KZ 3: Dezynfekcja i sterylizacja sprzętu wielokrotnego użytku jest prawidłowa.****Wyjaśnienie**

Procedura mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego powinna obejmować każdy sprzęt wielorazowego użytku, który może być potencjalnym źródłem zakażenia. W podmiocie powinno określić się procedurę postępowania ze sprzętem uwzględniającą:

- typ mycia, dezynfekcji i sterylizacji stosowanej dla poszczególnych kategorii sprzętu medycznego,
- miejsca, w których przeprowadzane są mycie, dezynfekcja, kompletowanie ewentualnych zestawów, sterylizacja,
- sposób postępowania z każdym typem sprzętu, obejmujący dezynfekcję wstępną, mycie, przygotowanie, pakowanie, dezynfekcję/sterylizację,
- sposób kontroli poprawności i skuteczności stosowania procedury,
- osoby odpowiedzialne.

W przypadku korzystania z zewnętrznej firmy sterylizującej:

- określenie zakresów odpowiedzialności podmiotu i firmy sterylizującej,
- posiadanie przez podmiot kopii standardowych procedur postępowania stosowanych przez firmę sterylizującą, dowodów przestrzegania przyjętych procedur oraz kopie wyników kontroli skuteczności sterylizacji.

Podmiot prowadzi nadzór nad procedurami sterylizacji w zewnętrznej firmie.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
3. wywiad z personelem
4. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowana procedura nie jest stosowana w pełnym zakresie, nie jest kompletna, lub brak jest regularnego nadzoru.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono procedury mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu zgodnie z wymogami standardu.

**KZ 4: W podmiocie jest stosowana dekontaminacja pomieszczeń i sprzętu.****Wyjaśnienie**

Usuwanie z powierzchni lub odkażanie/unieszkodliwianie drobnoustrojów na powierzchniach pomieszczeń i sprzętów, z którymi kontakt ma pacjent i personel zmniejsza ryzyko przeniesienia na pacjenta drobnoustrojów zagrażających życiu lub zdrowiu.

**KZ 4.1: Pomieszczenia podmiotu są sprzątane i dekontaminowane.****Wyjaśnienie**

W podmiocie należy opracować procedurę sprząwania i dekontaminacji pomieszczeń, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów takich jak: blok operacyjny i sale zabiegowe. Procedura sprząwania i dezynfekcji powinna uwzględniać:

- podział pomieszczeń na klasy czystości,
- wyznaczenie w pomieszczeniach obszarów większego i mniejszego ryzyka skażenia,
- dobór środków dezynfekcyjnych,
- częstotliwość stosowania środków myjących i dezynfekcyjnych,
- stężenie środków dezynfekcyjnych,
- określenie osób odpowiedzialnych za sprząwanie i dekontaminację,
- częstotliwość kontroli wewnętrznych.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. obserwacja bezpośrednia
4. wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę mycia i dekontaminacji pomieszczeń zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę mycia i dekontaminacji pomieszczeń nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowana procedura nie jest stosowana w pełnym zakresie lub nie jest kompletna.
- 1 – W podmiocie nie opisano lub nie wdrożono procedury mycia i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych zgodnie z wymogami standardu.

**KZ 4.2: Sprzęt użytkowy jest myty i dekontaminowany.****Wyjaśnienie**

Procedura mycia i dekontaminacji sprzętu użytkowego (materacy, łóżek, mebli, itp.) powinna uwzględniać:

- dobór środków myjących i dezynfekcyjnych,
- częstotliwość stosowania środków myjących i dezynfekcyjnych,
- stężenie środków dezynfekcyjnych,
- osoby odpowiedzialne za sprzątanie i dekontaminację,
- osoby odpowiedzialne za nadzór nad dekontaminacją sprzętu użytkowego.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
3. wywiad z personelem
4. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę dekontaminacji sprzętu użytkowego zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę dekontaminacji sprzętu użytkowego nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowana procedura nie jest stosowana w pełnym zakresie lub nie jest kompletna.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono procedury dekontaminacji sprzętu użytkowego zgodnie z wymogami standardu.

**KZ 4.3: Podmiot zapewnia higienę pościeli szpitalnej.****Wyjaśnienie**

Podmiot powinien zapewnić bieżącą czystość pościeli, szczególnie poduszek, kołder i koców. W tym celu określono sposób postępowania z pościelą tak czystą jak i brudną. Procedura powinna uwzględniać m.in.:

- częstość prania elementów takich jak poduszki, kołdry, koce,
- segregację pościeli,
- oznakowanie,
- sposób transportu,
- sposób prania.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
3. wywiad z personelem



4. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę dotyczącą postępowania z pościelą szpitalną zgodnie z wymaganiami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę dotyczącą postępowania z pościelą szpitalną nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowana procedura nie jest stosowana w pełnym zakresie lub nie jest kompletna.
- 1 – W podmiocie nie opisano lub nie wdrożono procedury dotyczącej postępowania z pościelą szpitalną zgodnie z wymaganiami standardu.

**KZ 5: Środki ochrony osobistej są dostępne i stosowane.**

**Wyjaśnienie**

Środki ochrony osobistej obejmują m. in.: rękawiczki, maski, odzież ochronną, obuwie ochronne. W podmiocie powinny zostać opracowane zasady stosowania tych środków i określone osoby odpowiedzialne za ich dostępność.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
3. wywiad z personelem
4. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Środki ochrony osobistej są dostępne i stosowane.
- 3 – Środki ochrony osobistej są dostępne, ale stosowane w ograniczonym zakresie.
- 1 – Środki ochrony osobistej nie są stosowane.

**KZ 6: W podmiocie stosowana jest poprawna profilaktyka okołozabiegowa.**

**Wyjaśnienie**

Na podstawie aktualnej wiedzy medycznej lub konsultacji z ekspertami ds. zakażeń szpitalnych podmiot powinien ustalić plan antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej, obejmujący co najmniej:

- procedury, przy których będzie stosowana okołozabiegowa profilaktyka antybiotykowa,
- określenie pacjentów poddawanych lub wyłączonych z profilaktyki okołozabiegowej,
- wskazanie antybiotyku/antybiotyków i dawki/dawek stosowanych w profilaktyce,
- określenie czasu podania antybiotyku,
- wskazanie osób odpowiedzialnych za podanie antybiotyku.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie wdrożono antybiotykową profilaktykę okołozabiegową zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie wdrożono antybiotykową profilaktykę okołozabiegową nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie wdrożono antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej zgodnie z wymogami standardu.

**KZ 7: Zakażenia i ich zwalczanie są monitorowane.**

**Wyjaśnienie**

Monitorowanie jest pierwszym etapem działań zmierzających do redukcji ryzyka zakażeń w podmiocie. Polega na wyszukiwaniu, rejestracji oraz analizie danych. Monitorowanie powinno mieć charakter czynny, co oznacza że osoby odpowiedzialne za zbieranie danych powinny prowadzić rejestr pacjentów gorączkujących, zacewnikowanych, posiadających wkłucie centralne, otrzymujących antybiotyki.

### **KZ 7.1: Stosowanie antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej jest monitorowane.**

#### **Wyjaśnienie**

W oparciu o posiadaną dokumentację podmiot co najmniej raz na pół roku dokonuje oceny prowadzonej profilaktyki antybiotykowej, ustalając:

- odsetek pacjentów niekwalifikujących się do profilaktyki,
- odsetek pacjentów, którzy otrzymali profilaktykę spośród tych, którzy powinni ją otrzymać,
- zgodność użytego antybiotyku z zalecanym,
- zgodność dawki,
- czas podania i rozrzut czasów podania profilaktyki przed rozpoczęciem zabiegu.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
3. wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie monitoruje się antybiotykową profilaktykę okołozabiegową zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie monitoruje się antybiotykową profilaktykę okołozabiegową nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie monitoruje się antybiotykową profilaktyki okołozabiegowej zgodnie z wymogami standardu.

### **KZ 7.2: Zakażenia szpitalne są monitorowane.**

#### **Wyjaśnienie**

W wybranych pięciu grupach wysokiego ryzyka jest prowadzona ocena wystąpienia zakażenia szpitalnego:

- pacjenci z cewnikiem w drogach moczowych – infekcja dróg moczowych,
- pacjenci, u których wykonano nacięcie skóry (rana pierwotnie czysta) – zakażenie rany pierwotnie czystej,
- pacjenci z drenażem jam ciała – zakażenie jam ciała,
- pacjenci, u których kaniulowano żyły centralne lub którym przetaczano płyny do naczyń krwionośnych – posocznica,
- pacjenci zaintubowani lub z tracheotomią – infekcja dróg oddechowych lub płuc.

Za zakażenie szpitalne/zakażenia związane z opieką zdrowotną uznaje się wystąpienie objawów infekcji w 48 godzin lub później od chwili hospitalizacji przy braku objawów w momencie przyjęcia. Przy krótkich czasach pobytu objawy zakażenia szpitalnego najczęściej wystąpią już po wypisaniu pacjenta z podmiotu. Dlatego konieczne jest monitorowanie wystąpienia objawów ogólnych infekcji (np. gorączki) i objawów specyficznych (np. pieczenie przy oddawaniu moczu u pacjenta cewnikowanego w czasie hospitalizacji) w okresie do 14 dni od zabiegu. W tym celu pacjent powinien podlegać kontroli ambulatoryjnej po zabiegu, w trakcie której oceniana jest możliwość wystąpienia zakażenia. W przypadku niezgłoszenia się pacjenta informacje powinny być zbierane telefonicznie. Wyniki monitorowania obejmują co najmniej:

- odsetek pacjentów z objawami ogólnymi i objawami specyficznymi,
- odsetek pacjentów nieposiadających innych (poza zakażeniem szpitalnym) przyczyn objawów,
- kompletność informacji.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie monitoruje się zakażenia szpitalne zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie monitoruje się zakażenia szpitalne nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie monitoruje się zakażeń szpitalnych zgodnie z wymogami standardu.

**KZ 7.3: Wyniki monitorowania są prezentowane corocznie.****Wyjaśnienie**

Podmiot dokonuje corocznie podsumowania prowadzonego monitorowania stosowania profilaktyki okołozabiegowej oraz występowania zakażeń szpitalnych. Raport wraz z wnioskami prezentowany jest personelowi i przesyłany do ośrodka akredytacyjnego.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
3. wywiad z personelem

*Standard nie jest oceniany w przypadku podmiotu ocenianego po raz pierwszy.*

**Punktowanie**

- 5 – Wyniki monitorowania są prezentowane corocznie i przesyłane do ośrodka akredytacyjnego.
- 3 – Wyniki monitorowania są prezentowane corocznie ale nie są przesyłane do ośrodka akredytacyjnego.
- 1 – Wyniki monitorowania nie są prezentowane.

**KZ 8: Personel jest szczepiony.****Wyjaśnienie**

Podmiot organizuje szczepienia, w szczególności przeciwko WZW typu B i grypie, dla wszystkich osób zatrudnionych w obszarach świadczenia opieki. Informacja o rodzajach i terminach szczepień powinna być łatwo dostępna. Pracownicy niewyrażający zgody na szczepienie winni w formie pisemnej zadeklarować przejęcie na siebie ryzyka wynikającego z ewentualnego zachorowania oraz z roszczeń z tytułu zainfekowania pacjentów. Podmiot powinien gromadzić dane o liczbie zaszczepionych pracowników i liczbie odmów.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie udokumentowano szczepienie przeciwko WZW typu B i grypie co najmniej 80% personelu medycznego.
- 3 – W podmiocie zapewnia się szczepienia personelu medycznego w ograniczonym zakresie.
- 1 – W podmiocie nie organizuje się szczepień personelu medycznego.

**KZ 9: Personel zna prawidłowe postępowanie po ekspozycji zawodowej.****Wyjaśnienie**

Jeżeli w trakcie wykonywania przez personel czynności dojdzie do zakłucia, zranienia, zachłapania, które może stanowić zagrożenie, przykładowo zakłucia grożącego zakażeniem WZW typu B lub C oraz HIV, powinna zostać wdrożona procedura postępowania po ekspozycji na czynniki zakaźne. Procedura powinna uwzględniać kwestię edukacji personelu w zakresie ekspozycji zawodowej oraz być łatwo dostępna dla personelu.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
3. wywiad z personelem
4. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej zgodnie z wymogami standardów i jest ona znana personelowi.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowana procedura nie jest stosowana w pełnym zakresie, nie jest kompletna lub nie jest znana personelowi.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono procedury postępowania po ekspozycji zawodowej zgodnie z wymogami standardu.

## X. Bezpieczeństwo Opieki (BO)

- BO 1:** Podmiot prowadzi działania minimalizujące ryzyko związane z hospitalizacją.
- BO 1.1:** Podmiot minimalizuje ryzyko pomylenia pacjenta.
  - BO 1.2:** Podmiot dba o poprawę komunikacji pomiędzy członkami personelu.
  - BO 1.3:** Podmiot minimalizuje ryzyko wystąpienia błędów w wyniku zmęczenia personelu.
  - BO 1.4:** Podmiot minimalizuje ryzyko wykonania niewłaściwego zabiegu, w niewłaściwym miejscu lub po niewłaściwej stronie.
  - BO 1.5:** Podmiot stosuje Okołooperacyjną Kartę Kontrolną.
  - BO 1.6:** Podmiot zapobiega ryzyku niewłaściwego stosowania leków.
  - BO 1.7:** Podmiot wdrożył program zapobiegania wypadkom i urazom.
  - BO 1.8:** Inne ryzyka dotyczące pacjenta są identyfikowane.
  - BO 1.9:** System alarmowy jest dostępny i skuteczny.
- BO 2:** Podmiot stosuje karty kontrolne.
- BO 3:** Podmiot zapewnia pacjentowi szybką pomoc w przypadku wystąpienia poważnego powikłania lub zdarzenia niepożądanego.
- BO 3.1:** W razie potrzeby podmiot zapewnia przekazanie pacjenta do oddziału intensywnej terapii.
  - BO 3.2:** W razie potrzeby podmiot zapewnia pacjentowi pilne wykonanie niezbędnej interwencji.
  - BO 3.3:** W razie potrzeby podmiot zapewnia pacjentowi bezzwłoczne wykonanie niezbędnego badania diagnostycznego.
- BO 4:** Personel medyczny posiada umiejętność postępowania z pacjentem lub jego rodziną w trudnych sytuacjach.
- BO 5:** Zdarzenia niepożądane występujące w podmiocie są analizowane.
- BO 5.1:** Podmiot prowadzi analizę przyczynowo-skutkową poważnych zdarzeń niepożądanych
  - BO 5.2:** Personel medyczny prowadzi okresową analizę zdarzeń niedoszłych (niedokonanych) i zdarzeń niepowodujących szkody.

## X. Bezpieczeństwo Opieki (BO)

### BO 1: Podmiot prowadzi działania minimalizujące ryzyko związane z hospitalizacją.

#### Wyjaśnienie

Działania minimalizujące ryzyko związane z hospitalizacją to przede wszystkim postępowanie w zakresie:

- zapobiegania zakażeniom,
- zapobiegania błędnej identyfikacji pacjenta,
- poprawy komunikacji pomiędzy członkami personelu,
- zabezpieczenia przed pomyłkami chirurgicznymi,
- bezpiecznego stosowania leków,
- identyfikacji ryzyka dla pacjentów,
- bezpiecznego wykorzystywania alarmów.

Zapobieganie zakażeniom i zagadnienia bezpiecznego stosowania leków zostało omówione w odrębnych działach standardów.

### BO 1.1: Podmiot minimalizuje ryzyko pomylenia pacjenta.

#### Wyjaśnienie

Podmiot powinien minimalizować ryzyko pomylenia pacjenta. W tym celu niezbędna jest jednoznaczna identyfikacja pacjenta. Podmiot powinien rutynowo kontrolować tożsamość pacjenta nie w jeden, ale na dwa sposoby.

Dla poprawnej identyfikacji konieczne jest używanie co najmniej dwóch niezależnych informacji o pacjencie:

- po pierwsze imienia i nazwiska pacjenta,
- po drugie fotografii pacjenta, daty urodzenia lub numeru identyfikacyjnego (np. PESEL).

W standardzie IM 1.3. polecane jest wykorzystywanie jako jednej z nich aktualnego fotografii twarzy pacjenta. Gdy system informatyczny nie pozwala na wykorzystywanie obrazu w zestawie danych identyfikacyjnych jako drugą informację o pacjencie można wykorzystać datę urodzenia lub PESEL.

#### Sprawdzenie

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

#### Punktowanie

- 5 – Podmiot minimalizuje ryzyko pomylenia pacjenta zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot minimalizuje ryzyko pomylenia pacjenta nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie minimalizuje ryzyka pomylenia pacjenta zgodnie z wymogami standardu.

### BO 1.2: Podmiot dba o poprawę komunikacji pomiędzy członkami personelu.

#### Wyjaśnienie

Nieefektywne i niedostateczne porozumiewanie się poszczególnych osób z personelem medycznego (np. pielęgniarek z lekarzami) jest jedną z dwóch najczęstszych przyczyn błędów popełnianych w podmiotach leczniczych. Według danych z literatury niewłaściwa komunikacja pomiędzy członkami personelu jest przyczyną ponad 70 procent zdarzeń strażniczych (ang. *sentinel event*). Dobra komunikacja wymaga:

- regularnych, krótkich odpraw personelu poświęconych omawianiu bieżących zadań i sposobu ich realizacji,
- otwartości na uwagi i problemy zgłaszane przez członka personelu,

- asertywności uczestników – co oznacza aktywność uczestników spotkań i ich prawa do:
  - posiadania i wyrażania własnych poglądów i odczuć,
  - bycia wysłuchanym i traktowanym poważnie,
  - uzyskiwania informacji od innych,
  - popełnienia błędu,
- umiejętności aktywnego słuchania.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Personel komunikuje się między sobą poprawnie i stale doskonalili się w tym zakresie zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Personel komunikuje się między sobą poprawnie, ale doskonalili się nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Personel nie komunikuje się między sobą poprawnie lub nie doskonalili się zgodnie z wymogami standardu.

**BO 1.3: Podmiot minimalizuje ryzyko wystąpienia błędów w wyniku zmęczenia personelu.****Wyjaśnienie**

Zmęczenie jest bardzo istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko popełnienia błędu przez członka personelu. Przykładowo, badania wskazują, że pielęgniarki pracujące dłużej niż 8,5 godziny na dobę popełniają więcej błędów niż te pracujące krócej. Po przekroczeniu 12 godzin pracy ryzyko wyraźnie rośnie. Podmiot powinien dysponować wyczerpującą informacją i posiadać odpowiednie zestawy czasokresów pracy (tak w podmiocie jak i poza nim), w szczególności:

- lekarzy,
- pielęgniarek,
- położnych.

Podmiot powinien dysponować bieżącą informacją o łącznym (w tym i innych podmiotach):

- średnim czasie pracy poszczególnych członków personelu medycznego,
- rozrzucie wartości czasu pracy.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot posiada przejrzystą dokumentację obciążenia pracą członków personelu zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot posiada dokumentację obciążenia pracą członków personelu nie w pełni zgodną z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie posiada przejrzystej dokumentacji obciążenia pracą członków personelu.

**BO 1.4: Podmiot minimalizuje ryzyko wykonania niewłaściwego zabiegu, w niewłaściwym miejscu lub po niewłaściwej stronie.****Wyjaśnienie**

Podmiot powinien dołożyć wszelkich starań, aby w podmiocie tym nie występowały przypadki wykonywania zabiegu po niewłaściwej stronie lub wykonania niewłaściwego zabiegu. Stosowanie odpowiedniej zapobiegawczej procedury u każdego pacjenta, u którego planuje się wykonanie

operacji lub innego inwazyjnego zabiegu uniemożliwia wystąpienie takich przypadków. Postępowanie zapobiegawcze powinno obejmować następujące kroki:

- na oddziale:
  - zgromadzenie i weryfikację przed zabiegiem całej niezbędnej informacji, dokumentacji i badań pacjenta, określenie ich zgodności,
  - weryfikację rodzaju planowanej procedury, miejsca zabiegu i jeżeli to zasadne rodzaju implantu jaki zostanie użyty, a także sprawdzenie czy planowane postępowanie jest zgodne z oczekiwaniami pacjenta,
  - zaznaczenie miejsca operowanego, dla niebudzącego wątpliwości wskazania miejsca nacięcia lub nakłucia – zaznaczenie markerem, którego znaki będą widoczne też wtedy, gdy skóra pacjenta zostanie przygotowana i obłożona do zabiegu w przypadku procedur dotyczących wyboru prawa/lewa strona, struktur wielokrotnych (takich jak palce) lub poziomu (jak procedury w obrębie kręgosłupa),
- na sali zabiegowej/operacyjnej:
  - zagwarantowanie limitu czasu bezpośrednio przed zabiegiem dla upewnienia się co do tożsamości pacjenta, nazwy procedury, strony/miejsca operowanego i jeśli zasadne – implantu w drodze aktywnej komunikacji pomiędzy wszystkimi członkami zespołu operacyjnego/zabiegowego, za każdym razem inicjowanej przez wyznaczonego członka zespołu (koordynatora karty kontrolnej),
  - przestrzeganie zasady nierozpoczynania zabiegu dopóki jakiegokolwiek pytania lub wątpliwości nie zostaną rozwiązane (szczegółowe wymogi określa standard BO 1.5.).

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

### **Punktowanie**

- 5 – Podmiot opracował i wdrożył procedury minimalizacji ryzyka wykonania niewłaściwego zabiegu, w niewłaściwym miejscu lub po niewłaściwej stronie zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot opracował i wdrożył procedury minimalizacji ryzyka wykonania niewłaściwego zabiegu, w niewłaściwym miejscu lub po niewłaściwej stronie nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie opracował lub nie wdrożył procedur minimalizacji ryzyka wykonania niewłaściwego zabiegu, w niewłaściwym miejscu lub po niewłaściwej stronie zgodnie z wymogami standardu.

## **BO 1.5: Podmiot stosuje Okołooperacyjną Kartę Kontrolną.**

### **Wyjaśnienie**

Okołooperacyjna Karta Kontrolna (OKK) jest narzędziem służącym do promowania skutecznej komunikacji i dobrej współpracy w multidyscyplinarnym zespole zabiegowym oraz ograniczania liczby możliwych do uniknięcia zgonów, powikłań i innych zdarzeń niepożądanych. Karta kontrolna dzieli zabieg chirurgiczny (operację) na trzy fazy lub etapy. Są to kolejno:

- faza przed podaniem znieczulenia (Rozpoczęcie),
- faza po znieczuleniu, lecz przed nacięciem (Odliczanie),
- faza w trakcie „zamykania” rany lub tuż po, ale przed wywiezieniem pacjenta z sali operacyjnej (Zakończenie).

Na każdym z etapów koordynator karty kontrolnej musi uzyskać od zespołu wyraźne potwierdzenie, że zrealizowano poszczególne wymogi. Uzyskanie potwierdzenia warunkuje przejście do kolejnej fazy zabiegu. Karta umożliwia też wstrzymanie zabiegu w sytuacjach zagrażających operowanemu pacjentowi.

Zapisy w Okołooperacyjnej Karcie Kontrolnej muszą być prowadzone rzetelnie:

- spójnie z dokumentacją medyczną pacjenta,
- we właściwym czasie.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej

### **Punktowanie**



- 5 – 90–100% przeglądanej dokumentacji medycznej operowanych pacjentów zawiera Okołooperacyjną Kartę Kontrolną stosowaną zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Mniej niż 90% przeglądanej dokumentacji medycznej pacjentów operowanych zawiera Okołooperacyjną Kartę Kontrolną stosowaną zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie stosuje się Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej zgodnie z wymogami standardu.

### **BO 1.6: Podmiot zapobiega ryzyku niewłaściwego stosowania leków.**

#### **Wyjaśnienie**

Zalecenia i informacje dla pacjenta powinny uwzględniać potrzebę posiadania przez pacjenta przy każdej wizycie u lekarza:

- aktualnej listy zażywanych leków,
- spisu innych środków, które pacjent zażywa,
- informacji jakich leków pacjent nie powinien zażywać (z powodu uczulenia lub nadwrażliwości),
- informacji o innych alergiach na jakie cierpi pacjent.

Informacja powinna zalecać pacjentowi, aby w trakcie pobytu w podmiocie zwracał uwagę na:

- jakiegokolwiek zmiany kształtu lub koloru tabletek otrzymywanych codziennie,
- jakiegokolwiek reakcje lub efekty niepożądane.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – Podmiot zapobiega ryzyku niewłaściwego stosowania leków zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot zapobiega ryzyku niewłaściwego stosowania leków nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie zapobiega ryzyku niewłaściwego stosowania leków zgodnie z wymogami standardu.

### **BO 1.7: Podmiot wdrożył program zapobiegania wypadkom i urazom.**

#### **Wyjaśnienie**

Podmiot powinien zidentyfikować istniejące zagrożenia i wdrożyć program zapobiegania wypadkom i urazom. Strategia zapobiegania ich wystąpieniu obejmuje między innymi:

- oznakowanie miejsc mokrych lub śliskich,
- zabezpieczenie przed porażeniem elektrycznym,
- osłonięcie ostrych krawędzi,
- instalowanie poręczy, uchwytów,
- wyposażenie łóżek w barierki,
- oświetlenie stopni,
- zakładanie nakładek przeciwślizgowych.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – Podmiot wdrożył program zapobiegania upadkom i urazom zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot wdrożył program zapobiegania upadkom i urazom nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie wdrożył programu zapobiegania upadkom i urazom zgodnego z wymogami standardu.

**BO 1.8: Inne ryzyka dotyczące pacjenta są identyfikowane.****Wyjaśnienie**

Standard wskazuje na potrzebę brania pod uwagę i szacowania podstawowych zagrożeń związanych z hospitalizacją. Podmiot powinien określić na jakie inne rodzaje zagrożeń (poza wymienionymi w standardach BO 1.1. – BO 1.7. oraz ZA 3., jak przykładowo upadki, niedożywienie, odleżyny, samobójstwo) może być narażony pacjent w trakcie pobytu. Dla identyfikacji pacjentów o zwiększonym ryzyku:

- powinno zostać opracowane narzędzie ułatwiające identyfikację pacjentów zagrożonych,
- narzędzie powinno być łatwo dostępne personelowi w czasie oceny stanu pacjenta.

Zaleca się stosowanie wspólnego formularza dla identyfikacji różnych ryzyk. Pacjenci, u których zidentyfikowano zwiększone ryzyko:

- są oznaczani odpowiednimi opaskami zakładanymi na nadgarstku,
- opaski są opisane i w kolorze zgodnym z przyjętym kodem.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot identyfikuje ryzyka pacjenta zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot identyfikuje ryzyka pacjenta nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie identyfikuje ryzyka pacjenta zgodnie z wymogami standardu.

**BO 1.9: System alarmowy jest dostępny i skuteczny.****Wyjaśnienie**

Podmiot powinien posiadać efektywny system alarmowy. Powinien w tym celu dysponować:

- systemem głośnikowym, zapewniającym słyszalność we wszystkich obszarach podmiotu,
- możliwość przekazywania komunikatów głosowych (system radiowęzłowy),
- stale dostępną osobą mogącą obsłużyć centralę/mikrofon i ogłosić alarm.

Podmiot powinien określić:

- rodzaje możliwych do ogłoszenia alarmów,
- tryb ogłaszania alarmu,
- osoby uprawnione do inicjowania alarmów,
- rodzaje sygnałów/kodów używane dla poszczególnych alarmów,
- sposób reakcji członków personelu na poszczególne kody / sygnały alarmowe.

Podmiot powinien prowadzić rejestr wszczynanych alarmów rzeczywistych, a przy ich braku alarmów ćwiczebnych.

**Sprawdzenie**

1. obserwacja bezpośrednia
2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – System alarmowy w podmiocie jest zgodny z wymogami standardu.
- 3 – System alarmowy w podmiocie nie jest w pełni zgodny z wymogami standardu.
- 1 – System alarmowy w podmiocie nie jest zgodny z wymogami standardu

**BO 2: Podmiot stosuje karty kontrolne.****Wyjaśnienie**

Karta kontrolna (czeklista, *check-list*) to wykaz przypominający o czynnościach niezbędnych do wykonania lub informacjach, które należy zebrać, zapewniający:

- właściwą kolejność,
- niepominięcie żadnej istotnej czynności lub informacji.

Szczególnie w podmiotach o szybkim przepływie pacjentów i o znacznym obciążeniu pracą personelu karty kontrolne stanowią poręczne narzędzie unikania błędów. Karty kontrolne są szczególnie przydatne do sprawdzenia kompletności przygotowania pacjenta przy:

- przyjęciu do podmiotu,
- przekazywaniu do zabiegu,
- przekazywaniu do innego podmiotu,
- wypisie,
- w czasie wizyt kontrolnych,
- przy zbieraniu wywiadu telefonicznego.

Podmiot powinien:

- zidentyfikować sytuacje, w których pominięcie pewnych czynności lub brak informacji może skutkować wyborem postępowania niewłaściwego dla tych sytuacji,
- opracować karty kontrolne dla czynności do wykonania lub informacji do zebrania,
- zapewnić dostępność kart kontrolnych w miejscach, w których wykonywane są czynności lub zbierane są informacje.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie stosowane są karty kontrolne zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie stosowane są karty kontrolne nie w pełni zgodnie z wymogami standardu
- 1 – W podmiocie nie stosowane są karty kontrolne zgodnie z wymogami standardu.

## **BO 3: Podmiot zapewnia pacjentowi szybką pomoc w przypadku wystąpienia poważnego powikłania lub zdarzenia niepożądanego.**

### **Wyjaśnienie**

Niezależnie od tego jak rzadko zdarzają się powikłania lub inne poważne zdarzenia niepożądane oraz jak rzadko występuje potrzeba udzielenia pilnej pomocy medycznej sytuacje takie:

- należy przewidzieć,
- opracować adekwatny plan postępowania,
- zapewnić warunki dla jego realizacji,
- przeszkolić personel,
- sprawdzić czy personel potrafi zapewnić pacjentowi szybką pomoc.

Plan postępowania w przypadku wystąpienia poważanego powikłania lub innego zdarzenia niepożądanego powinien być łatwo dostępny dla personelu.

### **BO 3.1: W razie potrzeby podmiot zapewnia przekazanie pacjenta do oddziału intensywnej terapii.**

### **Wyjaśnienie**

Nagle pogorszenie stanu pacjenta wymaga zintensyfikowania postępowania medycznego. Gdy niezbędna jest intensywna opieka medyczna pacjent powinien trafić szybko pod właściwą opiekę:

- w ramach podmiotu,
- świadczoną przez podmiot zewnętrzny.

Należy zapewnić możliwości i warunki aby:

- w ciągu 30 minut pacjenta mógł skonsultować specjalista intensywnej terapii,
- do 1 godziny pacjent mógł być przekazany na oddział intensywnej terapii.

Problem zagwarantowania bezpieczeństwa pacjentowi nabiera szczególnego znaczenia, gdy podmiot sam nie dysponuje oddziałem intensywnej terapii. Podmiot nieposiadający w swojej strukturze oddziału intensywnej terapii powinien:

- posiadać odpowiednie umowy zabezpieczające możliwość konsultacji i przekazania pacjenta,

- ćwiczyć próbne przekazanie pacjenta, szczególnie gdy rzeczywista potrzeba przekazania zachodzi rzadziej niż raz w roku,
- posiadać rozeznanie jak długo w praktyce trwa przekazanie pacjenta w różnych porach dnia i przy różnych warunkach,
- zapewnić by kompletny plan postępowania był łatwo dostępny dla personelu.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W razie potrzeby podmiot zapewnia pacjentowi opiekę na intensywnej terapii we własnym zakresie zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W razie potrzeby podmiot zapewnia pacjentowi transfer na intensywną terapię zlokalizowaną poza placówką zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W razie potrzeby podmiot nie zapewnia pacjentowi transferu do intensywnej terapii zgodnie z wymogami standardu.

**BO 3.2: W razie potrzeby podmiot zapewnia pacjentowi pilne wykonanie niezbędnej interwencji.****Wyjaśnienie**

W niespodziewanych, nagłych sytuacjach pacjent może potrzebować wykonania zabiegu chirurgicznego lub nieinwazyjnej procedury, których leczący podmiot nie jest w stanie zaoferować. W przypadku zabiegu w trybie pilnym pacjent musi zostać przekazany do właściwego oddziału bez zbędnej zwłoki. Konieczne jest:

- przewidzenie takiej sytuacji,
- opracowanie planu postępowania,
- zapewnienie warunków realizacji, w tym:
  - transportu,
  - przyjęcia przez podmiot (odpowiednie umowy),
- zapewnienie dostępności niezbędnego personelu.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W razie potrzeby podmiot zapewnia pacjentowi pilne wykonanie niezbędnej interwencji zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W razie potrzeby podmiot zapewnia pacjentowi wykonanie pilnie niezbędnej interwencji nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W razie potrzeby podmiot nie zapewnia pacjentowi wykonania niezbędnej interwencji zgodnie z wymogami standardu.

**BO 3.3: W razie potrzeby podmiot zapewnia pacjentowi bezzwłoczne wykonanie niezbędnego badania diagnostycznego.****Wyjaśnienie**

Poza badaniami laboratoryjnymi lub obrazowymi wykorzystywanymi w rutynowej pracy może zaistnieć potrzeba pilnego wykonania u pacjenta innych badań. Podmiot powinien:

- określić rodzaje badań jakie w sytuacjach pilnych i nagłych mogą być potrzebne,
- opracować plan zabezpieczenia tych badań, z podziałem na:
  - badania i oznaczenia wykonywane w miejscu udzielania świadczeń,
  - badania wykonywane w podmiocie,

- badania wykonywane w podmiotach zewnętrznych,
- zapewnić personelowi łatwy dostęp do wyczerpującej informacji:
  - kto,
  - jak,
  - gdzie,
  - w jakim trybie może zlecić poszczególne badania laboratoryjne i obrazowe.

Należy również:

- określić prawdopodobny czas oczekiwania na wynik badania w zależności od pory dnia i tygodnia,
- posiadać dowody, że w praktyce możliwe jest skorzystanie z bezzwłocznego wykonania badania laboratoryjnego lub badania obrazowego.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

### **Punktowanie**

- 5 – W razie potrzeby podmiot zapewnia pacjentowi bezzwłoczne wykonanie badania diagnostycznego zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W razie potrzeby podmiot zapewnia pacjentowi wykonanie badania diagnostycznego, nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W razie potrzeby podmiot nie zapewnia pacjentowi wykonania badania diagnostycznego zgodnie z wymogami standardu.

## **BO 4: Personel medyczny posiada umiejętność postępowania z pacjentem lub jego rodziną w trudnych sytuacjach.**

### **Wyjaśnienie**

Niepomyślne rokowanie, brak spodziewanych efektów zabiegu lub leczenia, bądź zły wynik leczenia, niespodziewany zgon stwarzają sytuacje trudne, które wymagają:

- umiejętności wykazania empatii i otwartości w stosunku do pacjenta lub jego rodziny,
- znajomości sposobów komunikacji zmniejszających napięcie i agresję,
- zainicjowania rozmowy z pacjentem lub rodziną i wyjaśnienia co się stało,
- wyrażenia współczucia, bez przesądzania o winie,
- uważnego wysłuchania, otwartego odpowiadania na pytania,
- upewnienie pacjenta/rodziny, o dążeniu do obiektywnego wyjaśnienia przyczyn niepożądanego efektu leczenia,
- szybkiego odpowiadania na próby kontaktu ze strony pacjenta lub rodziny,
- postępowania w zależności od wyników analizy przyczyn.

W ramach szkoleń wewnętrznych personel medyczny powinien odbywać szkolenia warsztatowe z symulacją postępowania w sytuacjach:

- zdarzeń niepożądanych, w tym powikłań,
- niepomyślnego rokowania,
- braku spodziewanych efektów zabiegu lub leczenia,
- agresywnego, bądź roszczeniowego pacjenta lub jego rodziny.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem
4. wywiad z pacjentami

### **Punktowanie**

- 5 – Personel medyczny posiada umiejętność empatycznego komunikowania się z pacjentem lub jego rodziną w sytuacjach trudnych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Personel medyczny posiada umiejętność empatycznego komunikowania się z pacjentem lub jego /rodziną w sytuacjach trudnych nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.

- 1 – Personel medyczny nie posiada umiejętności empatycznego komunikowania się z pacjentem lub jego rodziną w sytuacjach trudnych zgodnie z wymogami standardu.

### **BO 5: Zdarzenia niepożądane występujące w podmiocie są analizowane.**

#### **Wyjaśnienie**

Zdarzenia niepożądane występujące w podmiocie powinny być analizowane w celu wyciągania wniosków i poszukiwania usprawnień w funkcjonowaniu zapobiegających podobnym zdarzeniom w przyszłości. Sposób postępowania powinien uwzględniać zdarzenia niepożądane skutkujące szkodą u pacjenta, z podziałem na:

- ciężkie,
- nieciężkie,
- zdarzenia niepożądane nie powodujące szkody u pacjenta,
- zdarzenia niedoszłe (niedokonane), których uniknięto, sytuacje w których niewiele brakowało aby wystąpiło zdarzenie niepożądane.

Wnioski z analizy zdarzeń niepożądanych są podstawą do modyfikowania sposobu postępowania w podmiocie.

#### **BO 5.1: Podmiot prowadzi analizę przyczynowo-skutkową poważnych zdarzeń niepożądanych.**

#### **Wyjaśnienie**

W przypadkach wystąpienia poważnych zdarzeń niepożądanych takich jak przykładowo:

- zgon pacjenta nieterminalnego,
- zagrożenie życia pacjenta niespowodowane chorobą zasadniczą,
- trwałe lub znaczne inwalidztwo,
- konieczność hospitalizacji na innym oddziale, niewynikająca z naturalnego przebiegu choroby pacjenta.

W podmiocie powinna obowiązywać zasada:

- zgłaszania takich zdarzeń,
- zapewnienie osób zgłaszających, iż ujawnione informacje nie będą służyły do poszukiwania winnych, ale do określenia przyczyn zdarzenia i poszukiwania środków zapobiegawczych.

Zgłoszenia powinny być analizowane po anonimizacji (zaślepieniu) danych.

Celem analizy powinno być:

- wskazanie przyczyn zdarzenia,
- określenie stopnia w jakim poszczególne przyczyny doprowadziły do wystąpienia zdarzenia,
- formułowanie wniosków dotyczących sposobów postępowania i środków zaradczych.

Podmiot powinien gromadzić informacje o przeanalizowanych przypadkach i wnioskach wynikających z przeprowadzonych analiz.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie prowadzi się analizę przyczynowo-skutkową poważnych zdarzeń niepożądanych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie prowadzi się analizę przyczynowo-skutkową poważnych zdarzeń niepożądanych nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie prowadzi się analizy przyczynowo-skutkowej poważnych zdarzeń niepożądanych zgodnie z wymogami standardu.

**BO 5.2: Personel medyczny prowadzi okresową analizę zdarzeń niedoszłych (niedokonanych) i zdarzeń niepowodujących szkody.****Wyjaśnienie**

Personel medyczny rejestruje zaobserwowane w trakcie swojej pracy, a także innych członków personelu:

- zdarzenia niedoszące,
- zdarzenia niepowodujące szkody u pacjenta.

Odnotowane przypadki są okresowo analizowane w trakcie spotkań poświęconych doskonaleniu opieki nad pacjentami. Wnioski wynikające z analizy są:

- dokumentowane,
- wykorzystywane do poprawy funkcjonowania podmiotu.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Personel medyczny prowadzi okresową analizę zdarzeń niedoszłych i zdarzeń niepowodujących szkody u pacjenta zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Personel medyczny prowadzi okresową analizę zdarzeń niedoszłych i zdarzeń niepowodujących szkody u pacjenta nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Personel medyczny nie prowadzi zgodnie z wymogami standardu okresowej analizy zdarzeń niedoszłych i zdarzeń niepowodujących szkody.

## XI. Poprawa Jakości (PJ)

- PJ 1: Podmiot prowadzi ocenę wybranych parametrów jakości.**
- PJ 1.1: Podmiot dokonuje samooceny spełniania standardów akredytacyjnych.**
  - PJ 1.2: Podmiot analizuje powtórne zabiegi.**
  - PJ 1.3: Podmiot analizuje przyczyny zgonów okołozabiegowych.**
- PJ 2: Podmiot posiada kadrę przygotowaną do doskonalenia jego działalności.**
- PJ 2.1: W podmiocie funkcjonuje komitet / zespół ds. jakości.**
  - PJ 2.2: Kadra zarządzająca posiada wiedzę o metodach doskonalenia organizacji.**
  - PJ 2.3: W podmiocie działa Koordynator Akredytacyjny.**
- PJ 3: Wybrane elementy działalności podmiotu są stopniowo doskonalone.**
- PJ 3.1: Ocena jakości jest wykorzystywana do identyfikacji problemów wymagających poprawy.**
  - PJ 3.2: Podmiot priorytetyzuje problemy wymagające poprawy.**
  - PJ 3.3: Programy poprawy realizowane są zgodnie z metodologią poprawy jakości.**
  - PJ 3.4: Personel zna postępy w realizacji programów poprawy.**
- PJ 4: Rekomendacje wytycznych klinicznych są transponowane na lokalne standardy.**
- PJ 4.1: W podmiocie opracowano i wdrożono standardy profilaktyki zakrzepowozatorowej**



## XI. Poprawa Jakości (PJ)

Jakość opieki z reguły zależy od poziomu pracy i współdziałania wielu osób bezpośrednio i pośrednio zaangażowanych w opiekę nad pacjentem. Niezależnie od indywidualnych wysiłków poprawa jakości wymaga doskonalenia organizacji pracy. Aby poprawa jakości była efektywna, wymagane jest silne przywództwo, dobra organizacja i pozytywna atmosfera pracy. Optymalne efekty uzyskiwane są przy spełnieniu kilku podstawowych warunków, takich jak:

- dokonywanie okresowej oceny głównych aspektów jakości udzielanych świadczeń,
- modyfikowanie w pierwszej kolejności procesów realizowanych w podmiocie, z podporządkowaniem ulepszeń w zakresie struktury (kwalifikacje, kompetencje, wyposażenie, aparatura, infrastruktura) usprawnieniom procesów opieki,
- koncentracja na problemach mających kluczowy wpływ na skuteczność i bezpieczeństwo opieki,
- zaangażowanie wszystkich osób uczestniczących w realizację danego procesu w analizę przebiegu tego procesu oraz generowanie pomysłów na jego usprawnienie,
- tworzenie zespołów zadaniowych dla rozwiązywania zidentyfikowanych problemów, w składzie zapewniającym równowagę pomiędzy:
  - praktyczną znajomością analizowanego procesu (poprzez udział w zespołach osób zaangażowanych w analizowany proces),
  - umiejętnością korzystania z narzędzi ułatwiających pracę nad koncepcjami i popozycjami rozwiązań, wykorzystywanie danych oraz prace z zespołami ludzkimi (poprzez udział w zespole osób wyszkolonych w metodologii zapewnienia jakości),
  - możliwością wprowadzania zmian organizacyjnych w praktyce (poprzez udział w zespołach kadry zarządzającej),
- promowanie:
  - kreatywnej postawy wszystkich członków zespołu,
  - kultury uczenia się na doświadczeniach,
  - koncentracji na doskonaleniu systemu, nie na odpowiedzialności za niepowodzenia.

### PJ 1: Podmiot prowadzi ocenę wybranych parametrów jakości.

#### **Wyjaśnienie**

Punktem wyjścia dla poprawy jakości opieki jest identyfikacja obszarów o niższej niż spodziewana jakości i wskazanie problemów wymagających poprawy. Służą temu oceny prowadzone w podmiocie, a także zlecane przez podmiot, jak badanie responsywności na potrzeby pacjentów w ramach standardu PP.14. Ocena może dotyczyć skuteczności leczenia, spełniania wymogów akredytacyjnych, a także istotnych zdarzeń związanych z pobytem pacjenta w podmiocie, takich jak: reoperacje i zgony. Identyfikacja takich zdarzeń pozwala na określenie zagrożeń i modyfikację postępowania w celu zmniejszenia ryzyka. Istotne jest, by takie zdarzenia podlegały analizie i ocenie przynajmniej dwa razy w roku, a wyniki oceny były przekazywane personelowi medycznemu i ośrodkowi akredytacyjnemu.

### PJ 1.1: Podmiot dokonuje samooceny spełniania standardów akredytacyjnych.

#### **Wyjaśnienie**

Wyniki samooceny spełniania wymogów zawartych w standardach akredytacyjnych mogą stanowić wydajne narzędzie inicjujące poprawę, w obszarach stwierdzanych rozbieżności pomiędzy wymogami a stanem faktycznym. Samoocena powtarzana regularnie:

- przed przeglądem akredytacyjnym oraz
- po przeglądzie w odstępach czasu nie dłuższych niż rok

ułatwia uzyskanie i utrzymanie wysokiego poziomu kluczowych dla jakości opieki warunków.

Ośrodek akredytacyjny powinien być informowany o:

- wynikach wewnętrznego przeglądu akredytacyjnego przesyłając raport w wersji elektronicznej,
- wnioskach jakie podjęto w związku z przeglądem wewnętrznym.

Samoocena powinna być przeprowadzana:

- okresowo, zgodnie z przyjętym harmonogramem,
- doraźnie,
  - na polecenie kadry zarządzającej,
  - w sytuacjach, gdy występuje możliwość pogorszenia jakości, np. przy zmianach organizacyjnych, skargach pacjentów lub rodzin,
  - na prośbę ośrodka akredytacyjnego lub Rady Akredytacyjnej.

Wyniki samooceny okresowej i doraźnej są przesyłane do ośrodka akredytacyjnego.

Samoocena doraźna może być prowadzona w całym podmiocie lub w jego części.

Personel powinien mieć świadomość przeprowadzania oceny spełniania standardów akredytacyjnych przez osobę, której powierzono funkcję Koordynatora Akredytacyjnego.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z zespołem ds. jakości

#### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie regularnie dokonuje się samooceny zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie regularnie dokonuje się samooceny nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie dokonuje się samooceny zgodnie z wymogami standardu.

### **PJ 1.2: Podmiot analizuje powtórne zabiegi.**

#### **Wyjaśnienie**

Potrzeba powtórnego wykonania zabiegu może wynikać:

- z planu rozłożenia postępowania medycznego na realizowane kolejno etapy,
- z przyczyn niezależnych od poprzedniego zabiegu,
- z powikłań lub skutków ubocznych poprzedniego zabiegu, bądź sposobu postępowania (reinterwencja).

Rozróżnienie przyczyn powtórnych zabiegów/operacji ma istotne znaczenie dla oceny jakości postępowania. Analizowane powinny być przypadki kolejnego zabiegu wykonywanego:

- w podmiocie,
- u innego świadczeniodawcy, w oparciu o dane z obserwacji w trakcie wizyt kontrolnych po zabiegu.

Reinterwencja będąca nieplanowaną, powtórną operacją/zabiegiem stanowi dodatkowe ryzyko dla pacjenta, dlatego konieczna jest analiza tego zjawiska i dokonywana nie rzadziej niż raz w roku.

Wnioski z oceny powinny być:

- przedstawione personelowi medycznemu,
- przesłane do ośrodka akredytacyjnego.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z zespołem ds. jakości

#### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie regularnie analizuje się powtórne zabiegi zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie regularnie analizuje się powtórne zabiegi nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie analizuje się powtórnych zabiegów zgodnie z wymogami standardu.

**PJ 1.3: Podmiot analizuje przyczyny zgonów okołozabiegowych.****Wyjaśnienie**

Zgony pacjentów, u których planowano lub wykonano zabieg/operację powinny być starannie przeanalizowane dla ustalenia przyczyn i poszukiwania takich modyfikacji postępowania, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo analogicznego zgonu w przyszłości. Analizą należy objąć pacjentów:

- zmarłych w podmiocie przed planowanym zabiegiem/operacją lub po jego/jej przeprowadzeniu,
- zmarłych po wypisaniu z podmiotu do opieki ambulatoryjnej lub do opieki w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub analogicznym w okresie do miesiąca po zabiegu/operacji,
- zmarłych w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą, do którego pacjent został przekazany, bez względu na okres jaki upłynął od momentu przekazania do zgonu (w szczególności dotyczy to pacjentów, którzy zostali przekazani do oddziału intensywnej terapii w innym podmiocie i tam zmarli).

Analiza powinna zawierać też ocenę kompletności obserwacji (liczbę/odsetek pacjentów, którzy nie zostali ujęci w obserwacji).

Wnioski z takiej oceny powinny być:

- przedstawione personelowi medycznemu,
- przesłane do ośrodka akredytacyjnego.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji medycznej
2. wywiad z zespołem ds. jakości
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie regularnie analizuje się przyczyny zgonów okołoperacyjnych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie regularnie analizuje się przyczyny zgonów okołoperacyjnych nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie analizuje się przyczyn zgonów okołoperacyjnych zgodnie z wymogami standardu.

**PJ 2: Podmiot posiada kadrę przygotowaną do doskonalenia jego działalności.****Wyjaśnienie**

Warunkiem stopniowego doskonalenia działalności podmiotu jest posiadanie kadry dysponującej autorytetem i podstawowymi umiejętnościami interpersonalnymi, wiedzą z zakresu metodologii zapewnienia jakości oraz zdolną ją stosować. Konieczne jest:

- funkcjonowanie aktywnego multidyscyplinarnego komitetu/zespołu ds. jakości,
- zaangażowanie dyirekcji na rzecz systematycznego doskonalenia,
- współdziałanie osoby/osób dobrze zorientowanych w metodach poprawy jakości.

Cały personel jest zachęcany do udziału w działaniach na rzecz poprawy jakości.

**PJ 2.1: W podmiocie funkcjonuje komitet / zespół ds. jakości.****Wyjaśnienie**

Opracowanie działań i likwidacja zidentyfikowanego deficytu jakości wymaga powołania grupy osób, przygotowanych i odpowiedzialnych, w skład której powinien wchodzić personel medyczny i niemedyczny posiadający kwalifikacje w zakresie metod poprawy jakości. Komitetem/zespołem powinna kierować osoba posiadająca wysoki prestiż.

Członkowie komitetu/zespołu ds. jakości powinni mieć:

- przydzielone role do spełnienia,
- mierzalne zadania do wykonania.

Komitet / zespół ds. jakości powinien:

- mieć określone zadania (kamienie milowe) i terminy ich realizacji,
- pracować zgodnie z przyjętym harmonogramem.

Spotkania komitetu/zespołu powinny odbywać się regularnie.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z zespołem ds. jakości

### **Punktowanie**

- 5 – Komitet/zespół ds. jakości funkcjonuje zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Komitet/zespół ds. jakości funkcjonuje nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie funkcjonuje poprawnie komitet/zespół ds. jakości.

## **PJ 2.2: Kadra zarządzająca posiada wiedzę o metodach doskonalenia organizacji.**

### **Wyjaśnienie**

Co najmniej jeden członek kadry zarządzającej/zastępca dyrektora ds. jakości powinien posiadać szeroką orientację w technikach i metodach poprawy jakości podmiotach udzielających świadczeń. Dyrektor lub jego zastępca powinien przejść przeszkolenie dotyczące:

- metod cyklicznego doskonalenia,
- narzędzi do wspomagania pracy grupowej, rozwijania pomysłów i pracy z danymi,
- akredytacji podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych,
- rejestrów pacjentów,
- oceny wyników leczenia z uwzględnieniem ciężkości choroby i stanu ogólnego,
- analizy przyczyn wystąpienia zdarzeń niepożądanych,
- postępowania z pacjentem i jego rodziną po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego.

Potwierdzeniem uzyskania odpowiednich umiejętności powinien być odpowiedni certyfikat lub świadectwo renomowanego podmiotu prowadzącego tego typu szkolenia.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z zespołem ds. jakości

### **Punktowanie**

- 5 – Osoba z grona kadry zarządzającej /zastępca dyrektora ds. jakości posiada wiedzę o metodach doskonalenia organizacji zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Osoba z grona kadry zarządzającej /zastępca dyrektora ds. jakości posiada wiedzę o metodach doskonalenia organizacji nie w pełni zgodną z wymogami standardu.
- 1 – Osoba z grona kadry zarządzającej /zastępca dyrektora nie posiada wiedzy o metodach doskonalenia organizacji.

## **PJ 2.3: W podmiocie działa Koordynator Akredytacyjny.**

### **Wyjaśnienie**

Dla zapewnienia jakości niezbędne jest spełnianie standardów akredytacyjnych nie tylko w okresie przeglądu akredytacyjnego dokonywanego przez wizytatorów ośrodka akredytacyjnego, ale przez cały okres na jaki został przyznany certyfikat akredytacyjny. Podmiot powinien posiadać osobę szczególnie dobrze zaznajomioną z wymogami akredytacyjnymi, która:

- udziela porad i konsultacji w zakresie dostosowania się do wymogów poszczególnych standardów,
- przeprowadza samoocenę spełniania standardów.

Koordynator Akredytacyjny powinien posiadać umiejętność współpracy przy rozwiązywaniu problemów oraz komunikacji zespołowej. Uzyskanie pozytywnych wyników ułatwia obecność w zespole osoby wspomagającej, posiadającej specyficzne przygotowanie i doświadczenie w:

- korzystaniu z narzędzi do:
  - wspomagania pracy grupowej,
  - kreowania i rozwijania pomysłów,
  - pracy z danymi i uzyskiwania z nich wartościowej informacji,
- przygotowywaniu i prowadzeniu efektywnych spotkań,
- prowadzeniu negocjacji,
- rozwiązywaniu konfliktów.

Osoba taka powinna:

- przejść odpowiednie szkolenie warsztatowe (interaktywne) w renomowanej jednostce szkolącej,
- aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu/zespołów ds. jakości,
- członkowie zespołu/zespołów ds. jakości powinni odczuwać, że osoba wspomagająca (koordynator) ma pozytywny wpływ na ich pracę.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie działa koordynator akredytacyjny zgodnie z wymogami standardu.  
3 – W podmiocie działa koordynator akredytacyjny nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.  
1 – W podmiocie nie działa koordynator akredytacyjny zgodnie z wymogami standardu.

## **PJ 3: Wybrane elementy działalności podmiotu są stopniowo doskonalone.**

### **Wyjaśnienie**

Elementy działalności podmiotu, w których występuje deficyt jakości w stosunku do oczekiwań powinny zostać zidentyfikowane jako wymagające poprawy. Spośród nich podmiot powinien wskazać priorytety wymagające poprawy w pierwszej kolejności. Cele dla programu poprawy powinny być jasno określone i ukierunkowane na istotne aspekty opieki, z uwzględnieniem częstości ich występowania, wielkości związanego z nim ryzyka i ciężkości powikłań. Ocena powinna dotyczyć stopnia implementacji zaplanowanych zmian oraz efektów jakie one przynoszą. W oparciu o nie podejmowana powinna być decyzja o kontynuowaniu działań lub o ich skorygowaniu. Program poprawy jakości powinien być znany personelowi medycznemu, a stopień zaawansowania jego realizacji na bieżąco ogłaszany.

### **PJ 3.1: Ocena jakości jest wykorzystywana do identyfikacji problemów wymagających poprawy.**

### **Wyjaśnienie**

Identyfikacja problemów wymagających poprawy uwarunkowana jest znajomością aktualnego poziomu funkcjonowania podmiotu oraz porównaniem go z poziomami uzyskiwanymi przez inne podmioty. Podmiot powinien identyfikować te aspekty swojej działalności, w których występuje deficyt jakości. Źródłem informacji wskazującej na obszary wymagające doskonalenia powinny być w szczególności:

- samoocena akredytacyjna dokonywana przez koordynatora akredytacyjnego,
- ocena spełniania standardów określona w toku przeglądu dokonywanego przez wizytatorów,
- wyniki analiz zdarzeń niepożądanych,
- wyniki oceny skuteczności terapii,
- wyniki badania responsywności.

Podmiot powinien posiadać aktualną, weryfikowaną nie rzadziej niż raz w roku, listę problemów wymagających poprawy.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie zidentyfikowano problemy wymagające poprawy zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie zidentyfikowano problemy wymagające poprawy nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie zidentyfikowano właściwie problemów wymagających poprawy.

**PJ 3.2: Podmiot priorytetyzuje problemy wymagające poprawy.****Wyjaśnienie**

Zidentyfikowane problemy różnią się pod względem ważności oraz trudności w ich skorygowaniu. Podmiot powinien:

- określić, które problemy związane z deficytem jakości mogą być łatwo naprawione,
- wyznaczyć osoby odpowiedzialne i podjąć działania dla dokonania takiej naprawy.

Wagę pozostałych problemów powinien oszacować biorąc pod uwagę:

- istotność problemu,
- częstość występowania,
- wielkość stwarzanych zagrożeń.

Zespół ds. jakości powinien określić listę problemów wymagających poprawy i uzyskać aprobatę kadry zarządzającej dla jednego lub kilku najważniejszych, którymi należy zająć się w pierwszej kolejności. Lista deficytów jakości wymagających zbiorowego wysiłku personelu dla ich poprawy powinna być:

- znana personelowi,
- aktualizowana nie rzadziej niż raz w roku.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Problemom wymagającym poprawy nadano właściwe priorytety zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Problemom wymagającym poprawy nadano właściwe priorytety nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Problemom wymagającym poprawy nie nadano właściwych priorytetów zgodnie z wymogami standardu.

**PJ 3.3: Programy poprawy realizowane są zgodnie z metodologią poprawy jakości.****Wyjaśnienie**

Doskonalenie jakości powinno odbywać się w postaci cyklicznie powtarzanych etapów zgodnie z metodologią wypracowaną przez Shewharta, Deminga, Jurana i twórców TQM. Zakłada ona uzyskiwanie kolejnych usprawnień ze sprawdzaniem efektu dokonywanych zmian za każdym razem. Każde z usprawnień obejmuje fazy:

- analizowania problemu i planowania zmian,
- wdrażania zmian,
- oceny stopnia wprowadzenia zmian i uzyskanych efektów prowadzoną w oparciu o pomiar wartości liczbowych,
- wyciągnięcie wniosków i korygowanie wprowadzanych zmian.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z komitetem/zespołem ds. jakości
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Programy poprawy realizowane są zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Programy poprawy realizowane są nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Programy poprawy nie są realizowane zgodnie z wymogami standardu.

**PJ 3.4: Personel zna postępy w realizacji programów poprawy.****Wyjaśnienie**

Realizowane programy poprawy powinny być komunikowane personelowi. Komitet ds. jakości powinien zapewnić prezentowanie postępu programów w formie graficzno-tekstowej w miejscu ogólnie dostępnym dla personelu. Właściwą formą może być:

scenorys

- uwzględniający fazy cyklu poprawy,
- wykorzystujący graficzną formę prezentacji planów, ich realizacji i wyników.

Do prezentacji danych i pojęć powinny być używane podstawowe narzędzia stosowane w zarządzaniu jakością, takie jak:

- diagram Ishikawy
- karta kontrolna,
- wykres kontrolny,
- histogram,
- diagram Pareto,
- wykres rozrzutu,
- schemat blokowy.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z komitetem/zespołem ds jakości
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Realizowane programy prezentowane są personelowi zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Realizowane programy prezentowane są personelowi nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Programy poprawy nie są prezentowane są personelowi zgodnie z wymogami standardu.

**PJ 4: Rekomendacje wytycznych klinicznych są transponowane na lokalne standardy.****Wyjaśnienie**

Międzynarodowe lub krajowe wytyczne kliniczne bądź stanowiska gremiów naukowych zawierają rekomendacje w zakresie postępowania. Mają one zwykle siłę zaleceń, jednak nie uwzględniają lokalnych warunków udzielania świadczeń. Często zalecenia te nie są stosowane w praktyce, pomimo przesłanek przemawiających za korzyściami dla pacjenta. Adaptowanie uznanych rekomendacji z uwzględnieniem lokalnych uwarunkowań i ograniczeń pozwala na uczynienie wymogów bardziej obligatoryjnymi, nadanie im rangi standardu postępowania. Lokalne standardy powinny uwzględniać sposób i kryteria kwalifikacji pacjentów do odmiennych sposobów postępowania (kwalifikowania do kilku ścieżek opieki).

**PJ 4.1: W podmiocie opracowano i wdrożono standardy profilaktyki zakrzepowozatorowej.****Wyjaśnienie**

W oparciu o wiarygodne wytyczne kliniczne podmiot powinien opracować i wdrożyć standardy profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej obejmujące metody farmakologiczne i mechaniczne. Standardy powinny uwzględniać ocenę pacjentów pod kątem ryzyka wystąpienia choroby zatorowo-zakrzepowej, kwalifikację do poszczególnych grup ryzyka i prowadzenie profilaktyki zgodnie

z przyjętymi wytycznymi. Powinny określać potrzebną dostępność leków i sprzętu. Działaniom tym powinna towarzyszyć ocena prawidłowości prowadzonej profilaktyki.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono standardy profilaktyki choroby zakrzepowo-zatorowej, poprawność ich stosowania jest oceniana.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono standardy profilaktyki choroby zakrzepowo-zatorowej, poprawność ich stosowania nie jest oceniana.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono standardów profilaktyki choroby zakrzepowo-zatorowej.



## XII. Skuteczność Leczenia (SL)

- SL 1:** Podmiot prowadzi rejestr terapeutyczny leczonych pacjentów.
- SL 2:** Rejestr terapeutyczny leczonych pacjentów zawiera następujące informacje:
  - SL 2.1:** Ocena ciężkości stanu ogólnego pacjenta.
  - SL 2.2:** Stopień zaawansowania choroby.
  - SL 2.3:** Wskazania do zastosowanego leczenia.
  - SL 2.4:** Rodzaj zastosowanego leczenia.
  - SL 2.5:** Ocena powikłań i innych zdarzeń niepożądanych.
  - SL 2.6:** Zakres oceny wyników leczenia (ocena medyczna i ocena jakości życia).
  - SL 2.7:** Ocena wyników bezpośrednich i wczesnych.
  - SL 2.8:** Ocena wyników odległych.
- SL 3:** Podmiot analizuje dane z rejestru terapeutycznego leczonych pacjentów.
- SL 4:** Podmiot upowszechnia wyniki leczenia.

## XII. Skuteczność Leczenia (SL)

Celem udzielania świadczeń zdrowotnych jest skuteczne leczenie. Wysoka jakość opieki nad pacjentem skutkuje dobrymi wynikami. Uzyskanie wysokiej skuteczności jest podstawowym celem wszelkich działań lekarskich. Miarą skuteczności leczenia może być: ustąpienie choroby, zmniejszenie śmiertelności, poprawa niepełnosprawności, zmniejszenie dolegliwości lub poprawa jakości życia. Pomiar skuteczności musi uwzględniać stopień zaawansowania choroby oraz stan ogólny pacjenta. Dane pozwalające określić skuteczność leczenia są gromadzone w rejestrze terapeutycznym pacjentów. Rejestr ten różni się od rejestru zachorowań zakresem gromadzonych informacji, zawiera też informacje o zastosowanym leczeniu i jego efektach. Różni się także od rejestru pacjentów ograniczającego się do wybranej jednostki chorobowej lub rejestru dla określonej technologii (ten ostatni rejestruje tylko pacjentów, u których wykonano procedurę z zastosowaniem określonego wyrobu medycznego lub konkretnego leku).

### SL 1: Podmiot prowadzi rejestr terapeutyczny leczonych pacjentów.

#### Wyjaśnienie

Rejestr terapeutyczny leczonych pacjentów stanowi bazę danych, w której są zamieszczane informacje o każdym leczonym pacjencie odnośnie do:

- danych demograficznych pacjenta,
- choroby zasadniczej,
- chorób współistniejących,
- ciężkości stanu ogólnego pacjenta,
- oceny podstawowych ryzyk klinicznych,
- stopnia zaawansowania choroby,
- wskazań do zastosowanego leczenia,
- rodzaju stosowanego leczenia,
- powikłań i innych działań niepożądanych,
- oceny jakości życia pacjentów (przed i po leczeniu),
- wyników bezpośrednich (w okresie okołozabiegowym),
- wyników wczesnych (w trakcie hospitalizacji lub do 30 dni),
- wyników odległych (po 30 dniach).

#### Sprawdzenie

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

#### Punktowanie

- 5 – Podmiot prowadzi rejestr terapeutyczny wszystkich leczonych pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot prowadzi rejestr terapeutyczny wszystkich pacjentów leczonych z powodu wybranych jednostek chorobowych zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie prowadzi rejestru terapeutyczny wszystkich leczonych pacjentów, bądź prowadzony rejestr nie jest zgodny z wymogami standardu.

### SL 2: Rejestr terapeutyczny leczonych pacjentów zawiera następujące informacje:

#### SL 2.1: Ocena ciężkości stanu ogólnego pacjenta.

#### Wyjaśnienie

Wyniki leczenia w bardzo dużym stopniu zależą od stanu pacjenta. Opracowanych zostało wiele skal służących do szacowania poziomu ciężkości stanu pacjenta, przykładowo:

- skala ASA do oceny ryzyka anestezjologicznego,

- skala Apgar do oceny stanu noworodków,
- skala PMC Severity Scale do oceny stanu pacjentów dorosłych,
- skala POSSUM do oceny ryzyka operacyjnego.

Podmiot powinien wybrać skalę lub kilka skal, przy pomocy których oceniany jest stan przyjmowanych pacjentów. Stan każdego pacjent podlega ocenie i odnotowaniu w rejestrze terapeutycznym. Zastosowana skala powinna być dostosowana do leczonych schorzeń.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

### **Punktowanie**

- 5 – 90–100% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera ocenę ciężkości stanu ogólnego pacjenta.
- 3 – 70–89% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera ocenę ciężkości stanu ogólnego pacjenta.
- 1 – Mniej niż 70% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera ocenę ciężkości stanu ogólnego pacjenta.

## **SL 2.2: Stopień zaawansowania choroby.**

### **Wyjaśnienie**

Przy ocenie wyników leczenia istotne jest nie tylko uwzględnianie ogólnego stanu pacjenta, ale także stopnia zaawansowania/nasilenia choroby podstawowej. W tym celu podmiot powinien przyjąć dostępne skale oceny. Jednymi z bardziej upowszechnionych są, przykładowo:

- NYHA – skala służąca do klasyfikacji ciężkości objawów niewydolności serca,
- GOLD – czterostopniowa klasyfikacja nasilenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
- CCS – czterostopniowa skala zaawansowania dławicy piersiowej,
- CEAP – system klasyfikacji przewlekłej niewydolności żyłnej.

W przypadku braku przyjętej klasyfikacji lekarz winien określić według własnego doświadczenia czy choroba ma postać lekką, średnio zaawansowaną czy ciężką.

Często zasadne jest wybranie kilku skal, przykładowo skali klinicznego nasilenia objawów oraz skali zaawansowania zmian stwierdzanych badaniem dodatkowym (np. obrazowym). Pacjenci powinni mieć oszacowane zaawansowanie choroby, a wynik powinien być odnotowywany w historii choroby.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

### **Punktowanie**

- 5 – 90–100% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera stopień zaawansowania choroby.
- 3 – 70–89% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera stopień zaawansowania choroby.
- 1 – Mniej niż 70% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera stopień zaawansowania choroby.

## **SL 2.3: Wskazania do zastosowanego leczenia.**

### **Wyjaśnienie**

W rejestrze terapeutycznym pacjentów odnotowywane są wskazania do podjętego sposobu leczenia. Podmiot ustala zestaw standardowych wskazań dla danego typu procedury. Powinna też istnieć możliwość odnotowania wskazania odmiennego od wskazań standardowych.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera wskazanie do zastosowanego leczenia.
- 3 – 70–89% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera wskazanie do zastosowanego leczenia.
- 1 – Mniej niż 70% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera wskazanie do zastosowanego leczenia.

**SL 2.4: Rodzaj zastosowanego leczenia.****Wyjaśnienie**

W rejestrze terapeutycznym powinien być notowany rodzaj i elementy zastosowanego leczenia. W przypadku leczenia zabiegowego opis zabiegu wykonanego u pacjenta powinien generować dane do rejestru. Dlatego też opis ten powinien zostać skategoryzowany. Rejestr powinien również zawierać informacje o zastosowanym wyrobie medycznym, przykładowo użytym materiale wszczepialnym. W istotnych przypadkach powinno się odnotować informację o zastosowanym sprzęcie medycznym. Informacja o zastosowanym leczeniu powinna być powiązana z danymi o operatorze i czasie zabiegu. W zależności od potrzeb należy uwzględnić inne dane.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera rodzaj zastosowanego leczenia.
- 3 – 70–89% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera rodzaj zastosowanego leczenia.
- 1 – Mniej niż 70% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera rodzaj zastosowanego leczenia.

**SL 2.5: Ocena powikłań i innych zdarzeń niepożądanych.****Wyjaśnienie**

W każdej metodzie leczenia u pewnego odsetka pacjentów są notowane niepowodzenia, powikłania lub inne zdarzenia niepożądane. Dla oceny skuteczności konieczne jest rejestrowanie występowania takich zdarzeń. Z uwagi na trudność w klasyfikacji zdarzeń jako powikłania do celów analizy można przyjąć wspólną kategorię dla powikłań i innych niekorzystnych zdarzeń i zdefiniować ją terminem zdarzenia niepożądane. Z uwagi na znaczne różnice w znaczeniu tych zdarzeń jest wskazana co najmniej ich klasyfikacja z podziałem na:

- zdarzenia niepożądane (AE),
- ciężkie zdarzenia niepożądane (SAE).

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera ocenę powikłań i innych zdarzeń niepożądanych.
- 3 – 70–89% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera w ocenę powikłań i innych zdarzeń niepożądanych.
- 1 – Mniej niż 70% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera ocenę powikłań i innych zdarzeń niepożądanych.

**SL 2.6: Zakres oceny wyników leczenia (ocena medyczna i ocena jakości życia).****Wyjaśnienie**

Kompleksowa ocena wyników leczenia powinna uwzględniać perspektywę medyczną i ocenę jakości życia z perspektywy pacjenta. Ocena ta powinna być prowadzona przed zabiegiem i w czasie ambulatoryjnych wizyt kontrolnych.

Dla medycznej oceny wyników konieczne jest ustalenie sposobu pomiaru skuteczności – określenie zdarzeń, których wystąpienie będzie rejestrowane.

Poza ogólnymi parametrami, takimi jak:

- zgony,
- zachorowania,

możliwe jest przyjęcie kryteriów klinicznych, przykładowo:

- dolegliwości,
- sprawność,

lub kryterium opartego na:

- badaniach dodatkowych, przykładowo badaniach obrazowych lub laboratoryjnych.

Ocena jakości życia powinna być prowadzona:

- przy użyciu wystandaryzowanego kwestionariusza (ankieta wypełniana przez pacjenta lub wywiad telefoniczny). Jednym z narzędzi może być kwestionariusz do ogólnej oceny (np.: EQ-5D lub SF-36), lub inne specyficzne narzędzie dobrane do leczonych schorzeń tak aby oceniało zmiany specyficzne dla danej choroby.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie prowadzona jest ocena wyników leczenia zawierająca ocenę medyczną i ocenę jakości życia pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie prowadzona jest ocena wyników leczenia zawierająca ocenę medyczną zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie prowadzi się oceny wyników leczenia zgodnie z wymogami standardu.

**SL 2.7: Ocena wyników bezpośrednich i wczesnych.****Wyjaśnienie**

Wyniki bezpośrednie i wyniki wczesne (do 30 dni) są oceniane po zabiegu. Oceny wyniku bezpośredniego dokonuje operator, kwalifikując wynik do jednej z zdefiniowanych wcześniej kategorii.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera ocenę wyników bezpośrednich i wczesnych.
- 3 – 70–89% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera ocenę wyników bezpośrednich i wczesnych.
- 1 – Mniej niż 70% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera ocenę wyników bezpośrednich i wczesnych.

**SL 2.8: Ocena wyników odległych.****Wyjaśnienie**

Dla określenia rzeczywistej skuteczności postępowania konieczne jest ocenianie stanu pacjenta w dłuższym okresie czasu. Najczęściej powinien być to okres 1–2 lat. Dla niektórych schorzeń lub problemów zdrowotnych może być to krótszy okres. Prowadzenie wiarygodnej oceny wymaga zaplanowania harmonogramu kilku wizyt kontrolnych w przyjętym okresie obserwacji. Przykładowo, może to być 1 miesiąc po zabiegu (ocena wyników wczesnych), następnie 3 miesiące, 6 miesięcy i 12 miesięcy (wyniki odległe). Konieczne jest zadbanie o to by pacjenci przyjeżdżali na wizyty kontrolne. Uzupełniająco lub alternatywnie możliwe jest przeprowadzanie wywiadów telefonicznych w wyznaczonych terminach z pacjentem, jego rodziną lub bliskimi.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – 90–100% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera ocenę wyników odległych.
- 3 – 70–89% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera ocenę wyników odległych.
- 1 – Mniej niż 70% rekordów w rejestrze terapeutycznym zawiera ocenę wyników odległych.

**SL 3: Podmiot analizuje dane z rejestru terapeutycznego leczonych pacjentów.****Wyjaśnienie**

Podmiot powinien opracować standardowy sposób analizy danych zawartych w rejestrze terapeutycznym pacjentów. Winna też istnieć możliwość dowolnego, innego analizowania rejestru w zależności od pytania, na które poszukiwana jest odpowiedź. Wyniki standardowej analizy powinny mieć postać zestawień liczbowych, a także wykresów graficznych. Przyjęty sposób analizy powinien stanowić stały wzór dla przyszłych analiz. Wzorzec ten może być uzupełniany o dodawane nowe elementy.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie prowadzona jest analiza danych zawartych w rejestrze terapeutycznym i prezentacja wyników zgodnie z wymogami standardów.
- 3 – W podmiocie prowadzona jest analiza danych zawartych w rejestrze terapeutycznym i prezentacja wyników nie w pełni zgodnie z wymogami standardów.
- 1 – W podmiocie nie prowadzi się analizy danych zawartych w rejestrze terapeutycznym i prezentacji wyników zgodnie z wymogami standardów.

**SL 4: Podmiot upowszechnia wyniki leczenia.****Wyjaśnienie**

Z początkiem roku podmiot powinien opracować raport o skuteczności i bezpieczeństwie leczenia za rok ubiegły. Raport powinien być:

- omówiony na zebraniu personelu,
- dostępny w intranecie,
- znany personelowi w zakresie zasadniczych wniosków.

Raport powinien zawierać 1–2 stronicowe podsumowanie wykonawcze, w tym m.in. wnioski do realizacji. Elektroniczna wersja rocznego raportu o skuteczności i bezpieczeństwa leczenia powinna

być przesłana do ośrodka akredytacyjnego, nie później niż do połowy roku następującego po roku, którego dotyczy raport.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji medycznej
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie upowszechnia się wyniki leczenia zgodnie z wymogami standardów.
- 3 – W podmiocie upowszechnia się wyniki leczenia nie w pełni zgodnie z wymogami standardów.
- 1 – W podmiocie nie upowszechnia się wyników leczenia zgodnie z wymogami standardów.

### XIII. Jakość Obsługi (JO)

**JO 1:** Portal podmiotu zawiera wyczerpujące informacje o udzielanych świadczeniach.

**JO 2:** Podmiot posiada efektywny system rejestracji telefonicznej.

**JO 3:** Przyjęcia i wizyty pacjentów są wyznaczane na określone godziny.

**JO 4:** Pacjenci mają możliwość korzystania z dogodnego parkingu.

**JO 5:** Podmiot posiada funkcjonalny system informacji przestrzennej ułatwiający pacjentowi orientację.

**JO 6:** Podmiot zabezpiecza własność pacjentów.

**JO 7:** Pomieszczenia podmiotu są czyste.

**JO 8:** Podmiot zapewnia komfortowe warunki pobytu w salach chorych.

**JO 9:** Pomieszczenia mają właściwą temperaturę i są wentylowane.

**JO 10:** Pościel i materace są czyste i w dobrym stanie.

**JO 11:** Toalety i łazienki są łatwo dostępne.

**JO 12:** Posiłki są dostosowane do potrzeb pacjentów.

**JO 12.1:** Posiłki są smaczne i świeże.

**JO 12.2:** Pacjenci mogą dokonywać wyboru posiłku.

**JO 12.3:** Pacjenci oczekujący długo na zabieg otrzymują płynny posiłek.

**JO 12.4:** Stworzono warunki do przechowywania żywności pacjentów.



### XIII. Jakość Obsługi (JO)

Aspekty usługi, które trafnie i wiarygodnie mogą ocenić osoby otrzymujące świadczenia należą do kręgu jakości konsumenckiej. Składają się na nie warunki i sposób obsługi z jakimi spotykają się pacjenci w podmiotach leczniczych. Ocena jakości konsumenckiej dotyczy środowiska opieki pacjenta określonego czasem jako warunki „hotelowe” i obejmuje dostępność pomieszczeń i niezbędnego wyposażenia, czystość, właściwą wentylację, ułatwienia w dotarciu i pobycie w podmiocie leczniczym. Pacjenci powinni mieć zapewnioną możliwość korzystania ze zdrowych i smacznych posiłków. Miły i szybki sposób obsługi powinien, w miarę możliwości, skrócić okres oczekiwania między planowaną godziną wizyty lub przyjęcia a faktycznym czasem realizacji (skrócić czas oczekiwania na badanie, przyjęcie w gabinecie lub pracowni).

## JO 1: Portal podmiotu zawiera wyczerpujące informacje o udzielanych świadczeniach.

### **Wyjaśnienie**

Strona internetowa podmiotu powinna zapewniać pacjentom pełną i aktualną informację o udzielanych w podmiocie świadczeniach, szczególnie o:

- rodzaju udzielanych świadczeń,
- doświadczeniu podmiotu (np. poprzez podanie liczby wykonywanych rocznie świadczeń różnego rodzaju),
- korzyściach i ryzykach związanych z poszczególnymi rodzajami świadczeń,
- osobach wykonujących poszczególne świadczenia (operatorzy),
- warunkach uzyskania świadczeń,
- kryteriach określania trybu pilności,
- czasu oczekiwania w zależności od kryterium pilności.

Informacje podawane na stronie internetowej powinny być proste i zrozumiałe dla większości pacjentów.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd strony internetowej podmiotu
2. wywiad z pacjentami

### **Punktowanie**

- 5 – Strona internetowa podmiotu zapewnia wyczerpujące informacje o udzielanych świadczeniach zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Strona internetowa podmiotu zapewnia wyczerpujące informacje o udzielanych świadczeniach nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Strona internetowa podmiotu nie zapewnia wyczerpującej informacji o udzielanych świadczeniach zgodnie z wymogami standardu.

## JO 2: Podmiot posiada efektywny system rejestracji telefonicznej.

### **Wyjaśnienie**

Istotnym ułatwieniem dla pacjentów jest możliwość komunikacji przy pomocy interaktywnej formy komunikacji, takiej jak telefon. Podmiot powinien zapewnić możliwość kontaktowania się z nim w sposób udogodniony dla pacjentów oraz, w uzasadnionych przypadkach określonych przez podmiot, możliwość rejestracji telefonicznej. Komunikacja telefoniczna z podmiotem powinna być łatwa, bez długiego oczekiwania na połączenie, niepowodująca utrudnień rejestracji pacjentów zgłaszających się osobiście. Czasem może to oznaczać konieczność organizacji osobnego stanowiska lub *call center*.

**Sprawdzenie**

1. kontakt telefoniczny z podmiotem w czasie jego pracy
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot posiada system rejestracji telefonicznej i łatwo jest uzyskać połączenie.
- 3 – Podmiot posiada system rejestracji telefonicznej, ale nie jest on w pełni efektywny.
- 1 – Podmiot nie posiada efektywnego systemu rejestracji telefonicznej.

**JO 3: Przyjęcia i wizyty pacjentów są wyznaczane na określone godziny.****Wyjaśnienie**

Przyjmowanie planowych pacjentów powinno odbywać się w sposób sprawny, bez generowania kolejki oczekujących. Organizacja udzielania świadczeń w podmiocie powinna skracać czas oczekiwania.

**Sprawdzenie**

1. wywiad z pacjentami
2. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie:**

- 5 – Organizacja wizyt i przyjęć na określone godziny zapewnia sprawną obsługę pacjentów bez dłuższego oczekiwania.
- 3 – Wizyty i przyjęcia wyznaczane są na określone godziny, ale nie całkiem likwiduje to oczekiwanie.
- 1 – W podmiocie nie stosuje się rejestracji w systemie godzinowym.

**JO 4: Pacjenci mają możliwość korzystania z dogodnego parkingu.****Wyjaśnienie**

Powinna istnieć możliwość dotarcia do podmiotu środkami transportu publicznego lub samochodem. Pacjenci przyjeżdżający samochodem powinni mieć możliwość zaparkowania samochodu w pobliżu podmiotu.

**Sprawdzenie**

1. obserwacja bezpośrednia
2. wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – Pacjenci przyjeżdżający do podmiotu samochodem mają możliwość korzystania z dogodnego parkingu.
- 3 – Pacjenci przyjeżdżający do podmiotu samochodem mają możliwość korzystania z parkingu, ale nie jest on dostatecznie pojemny albo nie jest optymalnie zlokalizowany.
- 1 – Brak parkingu dla pacjentów dojeżdżających do podmiotu samochodami.

**JO 5: Podmiot posiada funkcjonalny system informacji przestrzennej ułatwiający pacjentowi orientację.****Wyjaśnienie**

Przejrzysty i czytelny system informacji przestrzennej powinien ułatwić dotarcie do:

- określonej części podmiotu, zwłaszcza osobom nie znającym topografii obiektu,
- osób pracujących w podmiocie, w szczególności do kluczowych osób personelu medycznego.

System powinien koncentrować się na informacjach użytecznych dla pacjenta i być też pomocny w przypadku wystąpienia zdarzeń nadzwyczajnych.

**Sprawdzenie**

1. wywiad z pacjentami
2. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot posiada w pełni funkcjonalny system ułatwiający orientację.
- 3 – Podmiot posiada system ułatwiający orientację, ale nie jest on dostatecznie funkcjonalny.
- 1 – Podmiot nie posiada systemu ułatwiającego orientację.

**JO 6: Podmiot zabezpiecza własność pacjentów.****Wyjaśnienie**

W podmiocie opracowano skuteczną procedurę zabezpieczenia własności pacjentów. Właściwe zabezpieczenie dotyczy również protez zębowych, sprzętu ortopedycznego, szkieł korekcyjnych, soczewek kontaktowych, np. przed zabiegiem operacyjnym.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. wywiad z pacjentami
4. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę zabezpieczenia własności pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano i wdrożono procedurę zabezpieczenia własności pacjentów nie w pełni zgodnie z wymogami standardu, opracowana procedura nie jest stosowana w pełnym zakresie lub nie jest kompletna.
- 1 – W podmiocie nie opracowano lub nie wdrożono procedury zabezpieczenia własności pacjentów zgodnie z wymogami standardu.

**JO 7: Pomieszczenia podmiotu są czyste.****Wyjaśnienie**

Uzyskanie wysokiego poziomu czystości i higieny środowiska opieki wymaga:

- stosowania w pomieszczeniach materiałów ułatwiających utrzymanie higieny oraz wyeliminowania przestrzeni trudno dostępnych,
- dostosowania częstości sprzątania i konserwacji pomieszczeń do aktualnego nasilenia zanieczyszczenia.

**Sprawdzenie**

1. obserwacja bezpośrednia
2. wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – Pomieszczenia podmiotu są czyste i wykończone materiałami ułatwiającymi utrzymanie czystości.
- 3 – Pomieszczenia podmiotu są czyste.
- 1 – Nie wszystkie pomieszczenia podmiotu są czyste.

## JO 8: Podmiot zapewnia komfortowe warunki pobytu w salach chorych.

**Wyjaśnienie**

Poza sytuacjami szczególnymi (np. intensywna terapia) właściwe warunki pobytu pacjenta hospitalizowanego zapewniają sale jednoosobowe lub dwuosobowe wyposażone w:

- węzeł sanitarny (umywalka, prysznic, WC),
- dodatkowe miejsce do spania dla rodziny/opiekuna,
- meblowanie ułatwiające przechowywanie rzeczy osobistych,
- fotel dla pacjenta.

Łóżka powinny zapewniać możliwość odpowiedniego ułożenia pacjentów, zależnie od aktualnych potrzeb, możliwość dostępu do pacjenta z trzech stron, oraz możliwość łatwego zabezpieczenia przed wypadnięciem pacjenta z ograniczoną samokontrolą.

**Sprawdzenie**

1. obserwacja bezpośrednia
2. wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – Wszystkie sale chorych stanowią sale jednoosobowe i dwuosobowe, właściwie umeblowane i zaopatrzone w węzeł sanitarny.
- 3 – Sale chorych są dwuosobowe, właściwie umeblowane i zaopatrzone w węzeł sanitarny.
- 1 – W podmiocie sale są wieloosobowe lub wyposażenie sal nie spełnia wymogów standardu.

**JO 9: Pomieszczenia mają właściwą temperaturę i są wentylowane.****Wyjaśnienie**

Wszystkie pomieszczenia podmiotu powinny mieć możliwość ogrzania lub schładzania do właściwej temperatury. Powietrze znajdujące się w nich powinno być czyste, wolne od zanieczyszczeń i uciążliwych zapachów. W szczególności dotyczy to sal wieloosobowych, w których powinny być zastosowane rozwiązania techniczne pozwalające na czasową, wzmożoną wentylację.

**Sprawdzenie**

1. obserwacja bezpośrednia
2. próba wzmożenia wentylacji
3. wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – Wszystkie pomieszczenia podmiotu mają właściwą temperaturę i są wentylowane, a sale dwu- i wieloosobowe mają możliwość wzmożonego wentylowania.
- 3 – Pomieszczenia podmiotu mają właściwą temperaturę i są wentylowane, ale sale dwu- i wieloosobowe nie mają możliwości wzmożonego wentylowania.
- 1 – Nie wszystkie pomieszczenia podmiotu mają właściwą temperaturę i są wentylowane.

**JO 10: Pościel i materace są czyste i w dobrym stanie.****Wyjaśnienie**

Pościel (np. bielizna pościelowa, poduszki, koce, kołdry), materace i łóżka powinny być czyste, w dobrym stanie. Podmiot powinien zapewniać nadzór nad ich stanem.

**Sprawdzenie**

1. obserwacja bezpośrednia
2. wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – Pościel, materace i łóżka są czyste oraz w bardzo dobrym stanie.
- 3 – Pościel, materace i łóżka są czyste, ale wykazują niewielkie objawy zużycia.
- 1 – Pościel, materace i łóżka nie są czyste lub wykazują objawy znacznego zużycia.

**JO 11: Toalety i łazienki są łatwo dostępne.****Wyjaśnienie**

Każda sala chorych powinna dysponować własnym węzłem sanitarnym z WC, umywalką i bezprogowym lub niskoprogowym prysznicem. Toaleta powinna być dostępna dla pacjenta w trybie natychmiastowym, co w przypadku sal wieloosobowych oznacza potrzebę zapewnienia dobrze oznakowanych, dodatkowych toalet dostępnych dla pacjentów zlokalizowanych w trakcie komunikacyjnym.

**Sprawdzenie**

1. obserwacja bezpośrednia
2. wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – Sale chorych posiadają własny węzeł sanitarny, a pacjenci mają możliwość natychmiastowego skorzystania z toalety.
- 3 – Podmiot dysponuje węzłami sanitarnymi przy salach chorych i w trakcie komunikacyjnym, ale ich liczba nie zapewnia możliwości natychmiastowego skorzystania z toalety.
- 1 – W okresach wzmożonego użytkowania węzłów sanitarnych nie ma możliwości natychmiastowego skorzystania z toalety.

**JO 12: Posiłki są dostosowane do potrzeb pacjentów.****Wyjaśnienie**

Podmiot powinien zapewnić swoim pacjentom odpowiednie wyżywienie. U większości pacjentów wpływa ono na ogólną ocenę pobytu w podmiocie.

**JO 12.1: Posiłki są smaczne i świeże.****Wyjaśnienie**

Posiłki powinny być smaczne, świeże, o właściwej temperaturze i podawane z zachowaniem zasad higieny. Personel jest zobowiązany przestrzegać indywidualnych zaleceń dietetycznych u wszystkich pacjentów.

**Sprawdzenie**

1. wywiad z pacjentami
2. obserwacja bezpośrednia
3. badanie opinii pacjentów

**Punktowanie**

- 5 – Posiłki są zawsze smaczne, świeże i podawane są w sposób higieniczny.
- 3 – Posiłki są prawie zawsze smaczne, świeże i podawane są w sposób higieniczny.
- 1 – Posiłki nie są smaczne i świeże, bądź nie są podawane w sposób higieniczny.

**JO 12.2: Pacjenci mogą dokonywać wyboru posiłku.****Wyjaśnienie**

Z wyłączeniem sytuacji szczególnych pacjenci powinni mieć możliwość codziennego wyboru menu z karty. Proponowane opcje powinny uwzględniać często spotykane preferencje (np. wegetarianizm), wymogi wyznaniowe i częściej spotykane idiosynkrazje (laktoza, gluten).

**Sprawdzenie**

1. wywiad z pacjentami
2. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Pacjenci mają możliwość wyboru menu zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Pacjenci mają możliwość wyboru menu nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Pacjenci nie mają możliwości wyboru menu.

**JO 12.3: Pacjenci oczekujący długo na zabieg otrzymują płynny posiłek.****Wyjaśnienie**

Pacjenci kierowani do zbiegu pozostają na czczo, aby uniknąć ryzyka zachłyśnięcia treścią żołądkową. W przypadku zabiegów wykonywanych w godzinach późniejszych utrzymywanie pacjentów na czczo naraża ich na wielogodzinny głód, zwiększający wydzielanie żołądkowe. Podmiot powinien im zapewniać pacjentom lekki płynny posiłek o szybkim pasażu żołądkowym, który dodatkowo powinien neutralizować kwaśną treść żołądkową zmniejszając ryzyko wystąpienia zespołu Mendelсона.

**Sprawdzenie**

- 1. wywiad z pacjentami
- 2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Wszyscy pacjenci oczekujący długo na zabieg otrzymują płynny posiłek.
- 3 – Prawie wszyscy pacjenci oczekujący długo na zabieg otrzymuje płynny posiłek.
- 1 – Niektórzy pacjenci oczekujący długo na zabieg otrzymują płynny posiłek.

**JO 12.4: Stworzono warunki do przechowywania żywności pacjentów.****Wyjaśnienie**

Dla pacjentów korzystających z własnych produktów żywnościowych istotne jest, by produkty te były przechowywane w sposób minimalizujący możliwość zepsucia. Należy opracować i wdrożyć procedury utrzymania higieny w miejscach przechowywania żywności pacjentów oraz procedury postępowania z produktami łatwo psującymi się.

**Sprawdzenie**

- 1. wywiad z pacjentami
- 2. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Zapewniono możliwość przechowywania żywności pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Zapewniono możliwość przechowywania żywności pacjentów nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Nie zapewniono warunków do higienicznego przechowywania żywności pacjentów.

## XIV. Informacja Medyczna (IM)

- IM 1: Medyczny system informatyczny podmiotu jest przyjazny.**
- IM 1.1: Logowanie stałych pracowników do systemu jest niekłopotliwe.**
  - IM 1.2: Brak redundancji wprowadzania danych.**
  - IM 1.3: Fotografia stanowi element identyfikacji pacjenta w systemie.**
  - IM 1.4: Dostępne są graficzne prezentacje zindywidualizowanych zestawów zadań bieżących.**
  - IM 1.5: Personel obsługuje system z urządzeń mobilnych.**
  - IM 1.6: Prezentacja wpisów w systemie winna ułatwiać ich odczytanie.**
  - IM 1.7: Dokumenty są sygnowane automatycznie i w sposób widoczny.**
  - IM 1.8: Informatyczny system obsługi pacjenta został skutecznie wdrożony.**
- IM 2: System informatyczny jest kompleksowy.**
- IM 2.1: System informatyczny obejmuje funkcjonalności wymagane w ramach opieki zdrowotnej.**
  - IM 2.2: System informatyczny jest interoperacyjny.**
  - IM 2.3: Kalkulatory Ryzyka korzystają z danych zawartych w EPR.**
  - IM 2.4: Rejestr Pacjentów korzysta z danych zawartych w EPR.**
  - IM 2.5: System informatyczny zapewnia informacje o kosztach opieki.**
- IM 3: System informatyczny jest elastyczny.**
- IM 3.1: Konstrukcja systemu informatycznego do prowadzenia EPR jest elastyczna.**
  - IM 3.2 System informatyczny w sposób automatyczny propaguje zmiany w danych.**
  - IM 3.3: System informatyczny obejmuje funkcjonalności wymagane w ramach sprawozdawczości.**
- IM 4: System informatyczny jest użyteczny.**
- IM 4.1: System informatyczny pozwala na automatyczną analizę spełniania standardów akredytacyjnych.**
  - IM 4.2: Rejestr Pacjentów pozwala na standardowe analizy.**
  - IM 4.3: Podmiot posiada portal pacjenta.**

**IM 5: System informatyczny jest bezpieczny.**

**IM 5.1: System informatyczny jest zabezpieczony.**

**IM 5.2: Zasady dostępu, dokonywania wpisów i ich sygnowania zostały określone.**

**IM 5.3: System informatyczny pracuje pomimo awarii serwera.**

**IM 5.4: System pracuje przy awarii zasilania.**

**IM 5.5 Rozwiązania organizacyjne zapewniają ciągłość działania podmiotu w przypadku niedostępności systemu informatycznego.**

**IM 6: System informatyczny ułatwia podejmowanie decyzji klinicznych.**

**IM 6.1 System informatyczny sugeruje wybór Ścieżki Opieki.**

**IM 6.2: System informatyczny ostrzega o interakcjach lekowych.**



## XIV. Informacja Medyczna (IM)

Opieka zdrowotna jest kompleksowym działaniem, którego wynik w znacznym stopniu zależy od jakości i aktualności informacji, w tym szczególnie informacji o stanie pacjenta, czynnikach ryzyka, rozważanych i podjętych decyzjach, wynikach badań oraz o prowadzonym leczeniu i jego pozytywnych i negatywnych efektach. Efektywne gromadzenie, przetwarzanie, przechowywanie, wyszukiwanie i udostępnianie potrzebnej informacji wymaga sprawnego systemu informacyjnego. Współcześnie wysoką jakość informacji medycznej może zapewnić jedynie

- przyjazny,
- kompleksowy,
- elastyczny,
- użyteczny,
- bezpieczny system informatyczny.

Zadaniem dobrego medycznego systemu informatycznego jest:

- ułatwienie personelowi podejmowania prawidłowych decyzji medycznych, łącznie z dysponowaniem funkcjami wspierania w podejmowaniu decyzji (*DSS, CDSS*),
- minimalizacja obciążenia pracą administracyjną personelu sprawującego opiekę nad pacjentem,
- dokumentowanie stanu pacjenta i jego zmian oraz dokumentowanie podejmowanych działań.

Dla oceny poniższych standardów wizytatorzy akredytacyjni dokonujący przeglądu podmiotu otrzymują od kadry zarządzającej prawo czasowego dostępu do systemu informatycznego i możliwość tworzenia fikcyjnych (testowych) rekordów, które następnie są kasowane.

*Standardy tego działu nie podlegają wyłączeniu z oceny. Jeżeli podstawowa dokumentacja medyczna prowadzona jest nie w formie elektronicznej tylko w formie papierowej to wszystkie standardy tego działu są ocenione na 1 pkt.*

### IM 1: Medyczny system informatyczny podmiotu jest przyjazny.

#### **Wyjaśnienie**

System informatyczny, z którego użytkownicy są zadowoleni i na który nie narzekają zmniejsza ryzyko niekompletności informacji i sprzyja większej zgodności notowanych informacji ze stanem faktycznym. Przyjazny system elektroniczny zapewnia osobom uprawnionym:

- łatwy dostęp,
- intuicyjne korzystanie,
- minimalizuje opóźnienie pomiędzy obserwacją a sporządzaniem notatki,
- finalnie taki system winien też skrócić czas poświęcany na dokumentowanie przebiegu opieki w stosunku do metody prowadzenia dokumentacji papierowej.

#### IM 1.1: Logowanie stałych pracowników do systemu jest niekłopotliwe.

#### **Wyjaśnienie**

Nieprzemysłana maksymalizacja bezpieczeństwa dostępu do systemu może powodować skutki negatywnie. Identyfikatory elektroniczne, a szczególnie biometryczne, przeznaczone do kontroli dostępu są prostsze dla użytkownika od wymagających zapamiętywania (lub zapisywania) skomplikowanych haseł. Jedynie w przypadku pracowników okresowych (pracujących krótko) logowanie przy pomocy haseł jest uzasadnione.

Stosowane techniki logowania powinny być adekwatne do miejsc, w których wykonuje się usługi medyczne.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego

#### **Punktowanie**

- 5 – Dostęp stałych pracowników do systemu jest szybki, oparty na identyfikacji biometrycznej i uniemożliwia nieautoryzowany dostęp do systemu (przez np. udostępnienie hasła lub użycie klucza sprzętowego należącego do innej osoby).
- 3 – Dostęp stałych pracowników do systemu jest szybki i nie wymaga zapamiętywania lub zapisywania haseł wprowadzanych z klawiatury.
- 1 – Logowanie stałego personelu odbywa się przy pomocy haseł alfanumerycznych lub kodów, bądź wymaga dłuższego czasu.

### **IM 1.2: Brak redundancji wprowadzania danych.**

#### **Wyjaśnienie**

Raz wpisane do medycznego systemu informatycznego dane (imię i nazwisko, numer PESEL pacjenta, itd) nie powinny być wpisywane ponownie przy okazji generowania dokumentów (skierowań, kart zleceń, kart kontrolnych itp.). Dane pacjenta i wpisy do elektronicznego rekordu pacjenta (EPR) automatycznie powinny pojawiać się w elektronicznych dokumentach pochodnych takich jak Rejestry Pacjentów, Kalkulatory Ryzyka itp. analogicznie. Wpisy do dokumentów takich jak elektroniczna księga zabiegów, elektroniczna księga raportów powinny być automatycznie kopiowane do EPR. Podmiot powinien ocenić częstości występowania redundancji podawania tych samych danych i podjąć działania zmierzające do jej wyeliminowania. Za wyjątkiem sytuacji, gdy redundancja jest celowo zastosowana dla weryfikacji poprawności identyfikacji pacjenta lub poprawności operacji w systemie nie powinna pojawiać się potrzeba wielokrotnego wprowadzania tych samych danych.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego
2. testowanie systemu

#### **Punktowanie**

- 5 – Wizytator nie odnalazł ani jednego przypadku, aby konieczne było dwu- lub wielokrotne wprowadzanie tych samych danych.
- 3 – Zidentyfikowano pojedynczy przypadek redundancji wpisów danych.
- 1 – Występuje konieczność dwu- lub wielokrotnych wpisów tych samych danych.

### **IM 1.3: Fotografia stanowi element identyfikacji pacjenta w systemie.**

#### **Wyjaśnienie**

EPR powinien zawierać aktualne zdjęcie pacjenta (wykonane w czasie przyjęcia pacjenta do podmiotu), które w małym formacie winno być wyświetlane na każdej stronie rekordu obok imienia i nazwiska pacjenta, tak aby personel wykonując dowolne czynności mógł łatwo weryfikować czy wyświetlany rekord dotyczy obsługiwanego pacjenta.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego

#### **Punktowanie**

- 5 – Zdjęcie pacjenta stanowi element identyfikacji zgodności obsługiwanego pacjenta z obsługiwanym rekordem w pełnym zakresie.
- 3 – Zdjęcie pacjenta stanowi element identyfikacji zgodności obsługiwanego pacjenta z obsługiwanym rekordem w niepełnym zakresie.
- 1 – Zdjęcie pacjenta nie jest wykorzystywane w systemie informatycznym.

### **IM 1.4: Dostępne są graficzne prezentacje zindywidualizowanych zestawów zadań bieżących.**

#### **Wyjaśnienie**

Intuicyjny (ułatwiony formą graficzną terminarza, schematem sal chorych lub innym schematem) dostęp lekarza lub zespołu pracowni do ograniczonej liczby EPR, aktualnie prowadzonych przez nich pacjentów lub przewidzianych do zabiegu pacjentów, takich przykładowo jak:

- pacjenci pozostający pod opieką konkretnego lekarza na oddziale,
- pacjenci planowani do badania lub zabiegu w danym dniu lub w konkretnej pracowni/sali zabiegowej/sali operacyjnej,
- pacjenci zarejestrowani na wizytę do konkretnego lekarza w ambulatorium,

niezależnie od dostępu do całej bazy danych, dzięki prezentowaniu wykonanych i czekających zadań ułatwia kontrolowanie przebiegu pracy.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego

#### **Punktowanie**

- 5 – Graficzna prezentacja zindywidualizowanego zestawu zadań jest dostępna, obrazuje postępowanie pracy i dotyczy wszystkich lekarzy i pracowników.
- 3 – Graficzna prezentacja zindywidualizowanego zestawu zadań jest niepełna lub jest wdrożona fragmentarycznie.
- 1 – System nie posiada funkcjonalności zindywidualizowanego zestawu zadań bieżących.

### **IM 1.5: Personel obsługuje system z urządzeń mobilnych.**

#### **Wyjaśnienie**

Dane o pacjencie powinny być wprowadzane do systemu w trakcie badania pacjenta, bezpośrednio po dokonaniu obserwacji bądź wykonaniu zabiegu. W odniesieniu do czynności wykonywanych przy łóżku pacjenta oraz w innych miejscach, gdzie brakuje dostępu do komputera stacjonarnego informacje powinny być wprowadzane do systemu na urządzeniach mobilnych takich jak np. tablet, smartfon.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego

#### **Punktowanie**

- 5 – Uzasadniona część posługiwania się systemem jest realizowana na urządzeniach mobilnych obsługiwanych przez personel medyczny, w szczególności lekarzy i pielęgniarki.
- 3 – System obsługiwany jest na urządzeniach mobilnych w zakresie mniejszym niż wymagany dla pełnego spełnienia wymagań standardu.
- 1 – Żadna grupa zawodowa i w żadnej części organizacyjnej podmiotu nie wykorzystuje urządzeń mobilnych do korzystania z systemu informatycznego.

### **IM 1.6: Prezentacja wpisów w systemie winna ułatwiać ich odczytanie.**

#### **Wyjaśnienie**

Większość zapisywanych danych powinna być skategoryzowana, a wprowadzanie danych powinno odbywać się głównie poprzez wybór opcji z rozwijanych list, uzupełnienie powinny stanowić pola tekstowe dla wprowadzania informacji nieskategoryzowanych. Dla ułatwienia odczytu wpisane informacje winny być prezentowane w formie jednolitego tekstu, co oznacza istnienie dwóch osobnych prezentacji:

- dla wprowadzania danych
- dla odczytu

z możliwością natychmiastowego przełączania się między nimi w dowolnym miejscu tekstu.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego

#### **Punktowanie**

- 5 – System posiada dwie formy prezentacji: skategoryzowaną dla wpisów z podziałem na określone

- pola zaopatrzone w listy możliwych danych do wyboru oraz prezentację tekstową a przełączanie się pomiędzy prezentacjami jest szybkie i możliwe w wybranym miejscu tekstu.
- 3 – System posiada dwie formy prezentacji, ale nie są one w pełni funkcjonalne.
  - 1 – System posiada jedną formę dla nanoszenia i odczytu danych.

#### **IM 1.7: Dokumenty są sygnowane automatycznie i w sposób widoczny.**

##### **Wyjaśnienie**

Dokument elektroniczny, podobnie jak papierowy powinien zawierać podpis wskazujący jednoznacznie na autora wpisu i datę. Po zakończeniu edycji wpis powinien być udostępniony autorowi w celu sprawdzenia i zaakceptowania. Z chwilą akceptacji, w dokumencie, przy wpisanym tekście winien pojawiać się czytelny podpis autora lub wyraźna informacja, kto jest autorem, a także data dokonanego wpisu. Każdy wpis jest sygnowany, zaopatrzone czytelnym podpisem autora lub informacją o nim oraz godziną i datą. Na wydruku tekstu powinny widnieć dane sygnowania (data, godzina i autor).

##### **Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego
2. test wpisu i wydruku

##### **Punktowanie**

- 5 – Każdy wpis jest sygnowany, a w przypadku wpisu korygującego oba wpisy pozostają sygnowane.
- 3 – Sygnowanie wpisów nie jest w pełni zgodne z wymogami standardu.
- 1 – Informacja o autorze i dacie poszczególnych wpisów nie jest wyraźnie widoczna na ekranie lub na wydruku, bądź sygnowane wpisy korygujące czynią niewidocznymi poprzednie sygnowane wpisy.

#### **IM 1.8: Informatyczny system obsługi pacjenta został skutecznie wdrożony.**

##### **Wyjaśnienie**

Zaletą przyjaznego systemu jest zgodność praktyki z założonym zakresem wdrożenia i brak dublowania pracy przez dodatkowe lub równoległe działania poza systemem informatycznym. Skuteczne wdrożenie wymaga zmiany zachowań użytkowników, poprzez modyfikację i doskonalenie sposobu postępowania w codziennej praktyce.

##### **Sprawdzenie**

1. wywiad z personelem
2. obserwacja bezpośrednia

##### **Punktowanie**

- 5 – System informatyczny został skutecznie wdrożony.
- 3 – System informatyczny został nie w pełni skutecznie wdrożony.
- 1 – W praktyce występuje dublowanie pracy w systemie informatycznym z działaniami poza systemem.

#### **IM 2: System informatyczny jest kompleksowy.**

##### **Wyjaśnienie**

Medyczny system informatyczny podmiotu winien zapewniać różnorodne funkcje, istotne z punktu widzenia oceny pacjenta i sprawowanej nad nim opieki. W tym celu powinien integrować rozdzielne bazy danych, w których gromadzone są dane o pacjencie i stosowanym postępowaniu diagnostycznym bądź terapeutycznym.

#### **IM 2.1: System informatyczny obejmuje funkcjonalności wymagane w ramach opieki zdrowotnej.**

**Wyjaśnienie.**

Kompleksowość systemu oznacza m.in., iż obejmuje on co najmniej następujące funkcjonalności związane z opieką nad pacjentami:

- kwalifikacje do leczenia w podmiocie lub skierowanie do innego podmiotu,
- historie choroby (przyjęcie, pobyt, wypis),
- kalkulatory ryzyka, kalkulatory prawdopodobieństw klinicznych,
- karty kontrolne, czeklisty,
- karty obserwacyjne podstawowych parametrów (karta gorączkowa),
- elektronicznie przesyłane zlecenia na badania w tym laboratoryjne, obrazowe, czynnościowe i patologiczne,
- elektronicznie przesyłane wyniki badań laboratoryjnych, obrazowych i innych,
- raporty z dyżurów lekarskich i pielęgniarskich (ew. innych),
- karty zleceń wykonywanych na oddziale powiązanej z receptariuszem szpitalnym,
- plany (rozpisy) zabiegów,
- elektronicznie przesyłane zlecenia na zabieg,
- raporty operacyjne – księgi zabiegów,
- ewidencję zabiegów wykonywanych przez poszczególne osoby z personelu,
- wystawianie recept z dostępem do lekospisu,
- rejestry pacjentów, w tym wyniki obserwacji odległej,
- formularze do badania specyficznej i ogólnej jakości życia.

**Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego

**Punktowanie**

- 5 – System informatyczny podmiotu integruje wszystkie funkcjonalności zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Co najwyżej dwie z wymienionych funkcjonalności nie są objęte integracją.
- 1 – System informatyczny zapewnia 13 lub mniej zintegrowanych funkcji.

## IM 2.2: System informatyczny jest interoperacyjny.

**Wyjaśnienie**

Wiarygodne analizy przekrojowe niejednokrotnie wymagają powiązania danych z systemów medycznych z danymi z innych systemów szpitalnych. System powinien posiadać moduł umożliwiający analizę danych z wielu baz, w tym m.in. baz systemów laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, finansowo-księgowego, magazynowego. Aby taka analiza była możliwa systemy informatyczne muszą tak gromadzić dane, aby po przesłaniu ich do innego systemu ten mógł zinterpretować i połączyć otrzymane dane jednoznacznie.

System informatyczny powinien zapewniać interoperacyjność – umożliwić współpracę z:

- wieloma systemami medycznymi,
- innymi bazami danych,
- zapewnić przekazywanie komunikatów medycznych do zewnętrznych systemów informatycznych.

System powinien pozwalać na analizy przekrojowe, z wykorzystaniem danych z innych systemów informatycznych podmiotu.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem
4. testowanie systemu informatycznego

**Punktowanie**

- 5 – System informatyczny zapewnia interoperacyjność.
- 3 – System informatyczny zapewnia interoperacyjność w ograniczonym zakresie.
- 1 – System informatyczny nie zapewnia interoperacyjności.

### IM 2.3: Kalkulatory Ryzyka korzystają z danych zawartych w EPR.

#### **Wyjaśnienie**

Stosowane w podmiocie kalkulatory ryzyka (kalkulatory prawdopodobieństw klinicznych przykładowo: zgonu, zakrzepicy żyłnej, krwawienia, odleżyn, niedożywienia, ciężkości stanu itp.) wymagają wprowadzania do nich odpowiednich danych dotyczących pacjenta i postępowania medycznego; różnych dla poszczególnych kalkulatorów. Kompleksowy system informatyczny zapewnia zasilanie różnorodnych kalkulatorów danymi zawartymi w EPR. Dodanie nowego kalkulatora oznacza często potrzebę zwiększenia w EPR zakresu danych zbieranych na poszczególnych etapach opieki (np. przy przyjęciu, w czasie wizyty lekarskiej, w czasie podejmowania decyzji o zabiegu, itp.). System powinien umożliwiać rutynowe gromadzenie wymaganych danych oraz automatyczne zasilanie kalkulatorów z maksymalnym ograniczeniem potrzeby wpisywania tych samych danych osobno do każdego z nich. Taka funkcjonalność zmniejsza ryzyko pomyłek i ogranicza nakład pracy.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego

#### **Punktowanie**

- 5 – Podmiot wykorzystuje kalkulatory ryzyka stosownie do przekroju pacjentów i udzielanych świadczeń, zasilane danymi z Elektronicznego Rekordu Pacjenta.
- 3 – Kalkulatorami ryzyka objęta jest tylko część istotnych czynników ryzyka.
- 1 – Brak kalkulatorów ryzyka lub kalkulatory nie są zasilane danymi z Elektronicznego Rekordu Pacjenta.

### IM 2.4: Rejestr Pacjentów korzysta z danych zawartych w EPR.

#### **Wyjaśnienie**

Rejestr Pacjentów nie powinien wymagać dokonywania w nim osobnych wpisów o pacjentach. Powinien być generowany przez dane zawarte w EPR hospitalizowanego i EPR ambulatoryjnego. Tym samym powinien funkcjonować niemal w tle i prawie nie wymagać dodatkowego czasu personelu medycznego na wprowadzanie danych do rejestru. Elektroniczny Rekord Pacjenta winien być zaopatrzony w pola do gromadzenia danych niezbędnych dla rejestru bądź kilku obsługiwanych rejestrów.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego

#### **Punktowanie**

- 5 – Podmiot prowadzi rejestr/rejestry pacjentów zasilane danymi z EPR.
- 3 – Podmiot nie w pełni prowadzi rejestr/rejestry pacjentów lub nie wszystkie potrzebne dla nich dane zbiera i przekazuje z EPR.
- 1 – Brak rejestru pacjentów lub żaden prowadzony rejestr nie jest zasilany danymi z EPR.

### IM 2.5: System informatyczny zapewnia informacje o kosztach opieki.

#### **Wyjaśnienie**

System informatyczny winien zapewniać gromadzenie i przetwarzanie informacji o:

- zużyciu zasobów stanowiących koszty bezpośrednie,
- wielkości zaangażowania (aktywności) pozwalającej na rozliczenie kosztów pośrednich poszczególnych działań,

skutkujących wyliczeniem kosztów poniesionych na indywidualnego pacjenta oraz kosztów średnich i marginalnych dla pacjentów grupowanych zgodnie z rozpoznaniem lub rodzajem zabiegu.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – System informatyczny wylicza koszty indywidualnego pacjenta.
- 3 – System informatyczny wylicza koszty indywidualnego pacjenta w ograniczonym zakresie.
- 1 – System informatyczny nie pozwala wyliczyć indywidualnych kosztów pacjenta.

**IM 3: System informatyczny jest elastyczny.****Wyjaśnienie**

W szybko zmieniającej się rzeczywistości, stały postęp wiedzy medycznej powoduje potrzebę zmian w funkcjonowaniu systemu informatycznego. Zatem system informatyczny podmiotu powinien pozwalać na łatwe wprowadzanie modyfikacji.

**IM 3.1: Konstrukcja systemu informatycznego do prowadzenia EPR jest elastyczna.****Wyjaśnienie**

Postęp wiedzy medycznej i doskonalenie jakości powodują zapotrzebowanie na okresową modyfikację zestawu danych w EPR. Elastyczność systemu wymaga aby takiej modyfikacji można było dokonać łatwo i szybko. System informatyczny powinien umożliwiać edytowanie i definiowanie nowych pól w formularzu EPR. Powinna istnieć możliwość wyszukiwania i raportowania z wykorzystaniem dodanego pola. Podmiot powinien:

- posiadać pisemne zapewnienie twórcy/dostawcy systemu informatycznego, iż usunięcie lub dodanie pola dla nowych danych może być wykonane przez uprawnionego pracownika zatrudnionego w podmiocie – osobę, która potrafi taką modyfikację przeprowadzić,
- dysponować wynikami testów dodania/modyfikacji pól w rekordzie pacjenta.

**Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego
2. test modyfikacji
3. przegląd dokumentacji

**Punktowanie**

- 5 – EPR może być modyfikowany zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – EPR może być modyfikowany nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Modyfikacja systemu informatycznego jest niemożliwa lub możliwa po gruntownej przeróbce programu komputerowego.

**IM 3.2 System informatyczny w sposób automatyczny propaguje zmiany w danych.****Wyjaśnienie**

W środowisku, w którym współpracuje ze sobą wiele systemów informatycznych istotna jest automatyczna propagacja pewnych danych jak na przykład danych słownikowych czy danych osobowych pacjenta. Systemy informatyczne podmiotu winny mieć możliwość:

- automatycznej propagacji zmian dokonanych w słownikach do pozostałych systemów zgodnie z przyjętą polityką,

- automatycznej propagacji autoryzowanej zmiany danych osobowych pacjenta dokonanej w dowolnym współpracującym systemie do pozostałych systemów zgodnie z określonymi w podmiocie zasadami,
- automatycznej propagacji autoryzowanej zmiany upoważnień i zgód w dowolnym współpracującym systemie do pozostałych systemów zgodnie z określonymi w podmiocie zasadami.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem
4. testowanie systemu informatycznego

**Punktowanie**

- 5 – System informatyczny zapewnia automatyczną propagację zmienionych danych.
- 3 – System informatyczny zapewnia automatyczną propagację zmienionych danych ale w ograniczonym zakresie.
- 1 – System informatyczny nie zapewnia automatycznej propagacji zmienionych danych.

**IM 3.3: System informatyczny obejmuje funkcjonalności wymagane w ramach sprawozdawczości.****Wyjaśnienie**

System informatyczny winien automatycznie generować informację niezbędną dla obowiązkowej i dobrowolnej sprawozdawczości.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – System informatyczny generuje automatycznie raporty sprawozdawcze.
- 3 – System informatyczny pozwala na generowanie raportów sprawozdawczych.
- 1 – System informatyczny nie pozwala na generowanie raportów sprawozdawczych.

**IM 4: System informatyczny jest użyteczny.****Wyjaśnienie**

System informatyczny powinien być wyposażony w moduł analiz i mieć opracowane standardowe analizy. Analizy powinny dotyczyć w szczególności:

- spełniania standardów akredytacyjnych,
- poprawności wskazań,
- skuteczności i bezpieczeństwa.

**IM 4.1: System informatyczny pozwala na automatyczną analizę spełniania standardów akredytacyjnych.****Wyjaśnienie**

System informatyczny powinien ułatwiać ocenę spełniania standardów akredytacyjnych, w tym co najmniej dotyczącego ciągłości opieki. W EPR są dane o lekarzu prowadzącym. Ich zestawienie z informacją o lekarzu przyjmującym (lub przejmującym odpowiedzialność pierwszego dnia po przyjęciu pacjenta na dyżurze), o lekarzu/lekarzach monitorujących stan pacjenta w czasie



hospitalizacji (notujących dekursusy) oraz lekarzu wypisującym pacjenta pozwala ustalić, którzy pacjenci prowadzeni byli w ciągu całego pobytu przez jednego lekarza. System informatyczny winien podawać odsetek pacjentów, u których ciągłość opieki lekarskiej w czasie pobytu była zachowana.

**Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego
2. wykonanie analizy przez wizytatora
3. przegląd dokumentacji

**Punktowanie**

- 5 – System informatyczny posiada wbudowane standardowe narzędzie umożliwiające ocenę co najmniej dwóch standardów akredytacyjnych, a w odniesieniu do oceny ciągłości opieki wizytator może wygenerować wynik dla wskazanej grupy pacjentów.
- 3 – Podmiot posiada wykonane analizy jednego standardu akredytacyjnego w odniesieniu do ciągłości opieki.
- 1 – System informatyczny nie pozwala na automatyczną analizę ciągłości opieki.

**IM 4.2: Rejestr Pacjentów pozwala na standardowe analizy.****Wyjaśnienie**

Zasadniczym celem prowadzenia Rejestru Pacjentów jest ocena skuteczności i bezpieczeństwa prowadzonego leczenia. Uzyskuje się je w drodze analizy bazy danych jaką jest Rejestr Pacjentów. System informatyczny powinien posiadać wbudowane procedury dla dokonywania corocznych standardowych analiz skuteczności leczenia, bezpieczeństwa i transferów pacjentów.

**Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego
2. symulowanie wykonania standardowej rocznej analizy

**Punktowanie**

- 5 – System informatyczny posiada wbudowane standardowe analizy skuteczności leczenia, bezpieczeństwa i transferów pacjentów, a wizytator może wygenerować standardowy roczny raport.
- 3 – Podmiot posiada wcześniej wygenerowane standardowe raporty.
- 1 – Brak możliwości wygenerowania raportów z rejestru pacjentów.

**IM 4.3: Podmiot posiada portal pacjenta.****Wyjaśnienie**

Podmiot wdrożył rozwiązania umożliwiające pacjentowi korzystanie z określonych e-usług poprzez sieć www. Za pomocą konta w systemie pacjent powinien mieć możliwość:

- rejestracji on-line z wyszukaniem poradni/oddziału, lekarza oraz rezerwacji wizyty w wolnym terminie,
- odbioru wyników badań,
- uzyskiwania przypomnień o wizytach przykładowo drogą sms,
- uzyskiwania informacji o zmianie terminu wizyty.

**Sprawdzenie**

1. wizytator sprawdza czy wdrożono system
2. wizytator sprawdza jakie komponenty zawiera system

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono system umożliwiający co najmniej rejestrację on-line, odbiór wyników badań przez internet, przypominanie o wizytach.
- 3 – W szpitalu wdrożono system umożliwiający co najmniej rejestrację on-line oraz odbiór wyników

- badań przez internet.
- 1 – W szpitalu nie wdrożono systemu umożliwiającego rejestrację on-line, odbiór wyników badań przez internet, przypominanie o wizytach ani informacji o zmianie terminu wizyty.

### **IM 5: System informatyczny jest bezpieczny.**

#### **Wyjaśnienie**

Bezpieczeństwo informacji zawartej w systemie informatycznym obejmuje co najmniej zabezpieczenie przed podstawowymi zagrożeniami:

- utraty dokumentacji,
- nieautoryzowanego modyfikowania,
- nieuprawnionego dostępu do informacji,
- ograniczenia dostępu dla osób uprawnionych,
- negatywnego oddziaływania na jakość opieki.

#### **IM 5.1: System informatyczny jest zabezpieczony.**

#### **Wyjaśnienie**

Elektroniczna dokumentacja medyczna musi być odpowiednio zabezpieczona. W podmiocie powinien być opracowany i realizowany program ochrony elektronicznej dokumentacji medycznej przed utratą zawartości w wyniku:

- wadliwego działania programu,
- działania wirusów komputerowych,
- uszkodzenia sprzętu,
- kradzieży sprzętu,
- zdarzeń niespodziewanych, np. pożaru.

Konieczne jest:

- regularne tworzenie kopii zapasowych,
- przechowywanie ich w bezpiecznym miejscu, odległym od serwera,
- okresowe testowanie odtworzenia danych z kopii zapasowych,
- zabezpieczenie serwerowni i urządzeń infrastruktury systemowej przed dostępem osób nieupoważnionych.
- ograniczenie połączeń sieci wewnętrznej (intranetu) z siecią zewnętrzną (Internetem) – powinny być one dostępne z osobnych komputerów/terminali,
- okresowe ocenianie istniejących zagrożeń i wprowadzanie środków zaradczych,
- regulowanie za pośrednictwem dokumentu wydanego przez zarząd stosowania zasad bezpieczeństwa.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. przegląd systemu informatycznego
4. obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

- 5 – System informatyczny podmiotu jest zabezpieczony zgodnie z wymogami standardu.  
3 – Co najwyżej dwa z wymaganych zabezpieczeń systemu informatycznego nie są spełnione.  
1 – Więcej niż dwa z wymaganych zabezpieczeń systemu informatycznego nie są spełnione.

### **IM 5.2: Zasady dostępu, dokonywania wpisów i ich sygnowania zostały określone.**

**Wyjaśnienie**

Dla elektronicznej dokumentacji medycznej wymagane jest:

- zabezpieczenie przed możliwością dokonywania wstecznych wpisów; korekty zatwierdzonych wpisów powinny być dokonywane w sposób widoczny z zachowaniem czytelnego pierwotnego zapisu (z ew. jego wyszarzeniem lub przekreśleniem),
- RBAC - określenie zasad i zakresu dostępu pracowników do elektronicznej dokumentacji medycznej w zależności od pełnionej funkcji w podmiocie,
- określenie zasad sygnowania wpisów.

**Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego
2. przegląd dokumentacji podmiotu
3. wywiad z personelem
4. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Elektroniczna dokumentacja medyczna spełnia wszystkie wymogi standardu.
- 3 – Elektroniczna dokumentacja medyczna nie w pełni spełnia wymogi standardu.
- 1 – Elektroniczna dokumentacja medyczna nie jest dostatecznie przejrzysta w kwestii dokonywania wpisów i autoryzacji.

**IM 5.3: System informatyczny pracuje pomimo awarii serwera.****Wyjaśnienie**

System informatyczny stosowany w podmiotach wykonujących działalność leczniczą powinien charakteryzować się wysokim poziomem niezawodności – pracować pomimo awarii serwera. Podstawowym zabezpieczeniem jest przyjęcie:

- architektury redundantnych serwerów, rozproszonych baz danych lub analogicznych rozwiązań,
- stosowanie łączy sieciowych, pętlowych, nie linearnych,

tak aby awaria fragmentu systemu nie uniemożliwiła pracy w jego pozostałych częściach.

Producent systemu informatycznego powinien:

- określić parametry dostępności na poziomie nie mniejszym niż 99,9%,
- zmierzyć dostępność systemu.

Prostym testem niezawodności systemu jest wyłączenie serwera i obserwacja czy lekarze i pielęgniarki wciąż mogą pracować w systemie.

**Sprawdzenie**

1. przegląd systemu informatycznego
2. test wyłączenia serwera

**Punktowanie**

- 5 – Możliwa jest pełna obsługa EPR pomimo wyłączenia serwera.
- 3 – Możliwa jest fragmentaryczna obsługa EPR przy wyłączeniu serwera.
- 1 – Brak możliwości korzystania z systemu w przypadku awarii serwera.

**IM 5.4: System pracuje przy awarii zasilania.****Wyjaśnienie**

Podmiot powinien posiadać zabezpieczenie w postaci:

- podtrzymania napięcia,
- zasilania awaryjnego,

pozwalające na:

- pracę w medycznym systemie informatycznym (szczególnie niezbędna jest możliwość przyjęcia i wypisania pacjentów)
- dokończenie istotnych procedur diagnostycznych lub terapeutycznych.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. test wyłączenia zasilania

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot posiada system podtrzymania napięcia i zasilania awaryjnego.
- 3 – Czas podtrzymania napięcia wystarcza na wypisanie wszystkich zaplanowanych do wypisu pacjentów, a test wyłączenia zasilania głównego dowodzi, iż system informatyczny pracuje poprawnie.
- 1 – Brak możliwości korzystania z systemu informatycznego w przypadku awarii zasilania.

**IM 5.5 Rozwiązania organizacyjne zapewniają ciągłość działania podmiotu w przypadku niedostępności systemu informatycznego.****Wyjaśnienie**

Podmiot posiada opracowane i zatwierdzone procedury zapewnienia ciągłości działania w przypadku dłuższej niedostępności systemu informatycznego. Procedury obejmują:

- sposób prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta,
- sposób uzupełnienia dokumentacji elektronicznej po przywróceniu dostępności systemu informatycznego.

**Sprawdzenie:**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot posiada opracowane i zatwierdzone procedury postępowania w trakcie niedostępności systemu informatycznego oraz uzupełnienia dokumentacji medycznej po przywróceniu tej dostępności.
- 3 – Podmiot posiada opracowane procedury postępowania w trakcie niedostępności systemu informatycznego lub uzupełnienia dokumentacji medycznej po przywróceniu tej dostępności.
- 1 – Podmiot nie posiada opracowanych procedur ciągłości działania w przypadku niedostępności systemu informatycznego.

**IM 6: System informatyczny ułatwia podejmowanie decyzji klinicznych.****Wyjaśnienie**

System informatyczny w przeciwieństwie do dokumentacji papierowej pozwala nie tylko na dokumentowanie tj. rejestrowanie obserwacji, wyników badań, podjętych decyzji i wykonanych działań, ale także może ułatwiać podejmowanie decyzji odnośnie do postępowania z pacjentem.

**IM 6.1: System informatyczny sugeruje wybór Ścieżki Opieki.****Wyjaśnienie**

W oparciu o demograficzne dane pacjenta, informacje z wywiadu i badania przedmiotowego, z badań dodatkowych, z Kart Kontrolnych i z Kalkulatorów Ryzyka możliwe jest zaproponowanie optymalnego planu opieki. Podmiot opracowuje Ścieżki Opieki dla wybranych schorzeń, to jest kilka wariantów postępowania w zależności od zebranych danych. Przykładowo, dla pacjentów przyjmowanych celem wykonania zabiegu należy ustalić kilka ścieżek postępowania, takich jak:

- pacjent nie będzie poddany zabiegowi (z powodu np. niespełniania kryteriów kwalifikacji lub zmiany zdania i cofnięcia zgody na zabieg),
- zabieg odroczone, pacjent wypisany ze szpitala i zaplanowana hospitalizacja w innym terminie (np. z powodu awarii sprzętu lub braku personelu, z powodu informacji z Karty Kontrolnej wypełnianej przy przyjęciu, iż pacjent ostatnio brał niedozwolony lek),

- zabieg odroczone z pozostawieniem pacjenta hospitalizowanego w szpitalu (z powodów jw. ale pacjent z odległej miejscowości),
- zabieg ograniczony (np. z powodu zagrożenia niekorzystnym wynikiem postępowania wykazanego przez Kalkulatory Ryzyka),
- zabieg pełny (brak ostrzeżeń z Kart Kontrolnych, Kalkulatorów Ryzyka lub innych źródeł).

System pozwala na:

- wskazanie referencyjnych rozwiązań,
- raportowanie ew. odstępstw (z wymaganiem ich uzasadnienia).

### **Sprawdzenie**

1. wywiad z kadrą zarządzającą
2. wywiad z personelem
3. testowanie systemu informatycznego

### **Punktowanie**

- 5 – System informatyczny sugeruje wybór Ścieżki Opieki zgodnie z wymogami standardu.  
3 – System informatyczny sugeruje wybór Ścieżki Opieki nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.  
1 – System informatyczny nie sugeruje wyboru Ścieżki Opieki zgodnie z wymogami standardu.

## **IM 6.2: System informatyczny ostrzega o interakcjach lekowych.**

### **Wyjaśnienie**

W przypadku stosowania niektórych leków może dochodzić do interakcji pomiędzy lekami oraz pomiędzy lekami a produktami spożywczymi. Jedną z funkcji systemu informatycznego dedykowanego dla wspomagania opieki nad pacjentami powinno być ostrzeżenie o możliwości:

- wzmocnienia działania stosowanego leku przez inny zaordynowany lek,
- osłabienia działania stosowanego leku przez inny zaordynowany lek,
- potrzeby unikania określonych produktów spożywczych lub innych czynników w związku z możliwą interakcją ze zleconym lekiem.

System informatyczny powinien ostrzegać o możliwych interakcjach bezpośrednio po wpisaniu lub wybraniu z list leku, który lekarz pragnie zaordynować a przed zatwierdzeniem wpisu, czyli ostatecznym zleceniem.

### **Sprawdzenie**

1. wywiad z kadrą zarządzającą
2. wywiad z personelem
3. testowanie systemu informatycznego

### **Punktowanie**

- 5 – System informatyczny ostrzega o możliwych interakcjach leków zgodnie z wymogami standardu.  
3 – System informatyczny ostrzega o możliwych interakcjach leków nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.  
1 – System informatyczny nie ostrzega o możliwych interakcjach leków.

## XV. Zarządzanie Podmiotem (ZP)

**ZP 1: Kadra zarządzająca pełni rolę przywódczą.**

**ZP 1.1: Kadra zarządzająca regularnie komunikuje się z personelem.**

**ZP 1.2: Kadra zarządzająca edukuje personel w metodach doskonalenia.**

**ZP 1.3: Kadra zarządzająca szkoli personel z zakresu systemów jakości.**

**ZP 1.4: Kadra zarządzająca szkoli personel z zakresu minimalizacji ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych i ich skutków.**

**ZP 1.5: Kadra zarządzająca organizuje zespoły zadaniowe personelu dla identyfikacji i rozwiązywania najistotniejszych problemów.**

**ZP 2: Podmiot posiada spójną i zrozumiałą dla personelu strategię i buduje kulturę organizacyjną.**

**ZP 2.1: Personel zna i rozumie misję podmiotu.**

**ZP 2.2: Podmiot posiada plan strategiczny.**

**ZP 2.3: Podmiot określił zakres świadczeń wykonywanych w poszczególnych działach.**

**ZP 3: Zasoby ludzkie.**

**ZP 3.1: Liczba i kwalifikacje personelu pozwalają na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami.**

**ZP 3.2: Podmiot realizuje politykę stałego podnoszenia kwalifikacji personelu.**

**ZP 3.3: Personel odbywa regularne spotkania.**

**ZP 3.4: W podmiocie opracowano system zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych.**

**ZP 3.5: W podmiocie są kształceni rezydenci.**

**ZP 3.6: W podmiocie prowadzi się badania opinii i satysfakcji zawodowej personelu.**

**ZP 4: Środowisko opieki i zasoby materialne.**

**ZP 4.1: Podmiot posiada plan inwestowania w sprzęt, aparaturę i infrastrukturę.**

**ZP 4.2: Sprzęt i aparatura medyczna są zabezpieczane, konserwowane i serwisowane w sposób planowy.**

**ZP 4.3: Podmiot posiada system zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną.**

**ZP 4.4: Wydatki podmiotu są zrównoważone z przychodami.**

**ZP 5: Procesy opieki i procesy pomocnicze.**

**ZP 5.1: Procesy o szczególnym znaczeniu powinny być opisane w postaci Standardowych Procedur Postępowania.**

**ZP 5.2: Podmiot określił i stosuje Ścieżki Opieki.**

**ZP 5.3: Obowiązujące zarządzenia, plany i procedury są przechowywane w Katalogu Dokumentów Wewnętrznych.**

**ZP 5.4: Opracowane procedury dotyczą zagadnień kluczowych dla jakości opieki.**

## XV. Zarządzanie Podmiotem (ZP)

Sprawne i skuteczne zarządzanie wymaga zaangażowanego przywództwa kadry zarządczej oraz odpowiednio do potrzeb rozwijanego potencjału, na który składają się:

- spójna i zrozumiała strategia oraz kultura organizacyjna współpracy, dostosowana do warunków otoczenia,
- zespół starannie dobranych, szkolonych i motywowanych pracowników,
- zasoby wewnętrzne i wiarygodni partnerzy zewnętrzni.

Procesy realizowane w podmiocie dzielą się na podstawowe (związane z opieką nad pacjentem) oraz procesy pomocnicze. Wybrane procesy, szczególnie ważne lub obciążone wysokim ryzykiem, powinny zostać wystandaryzowane w formie Standardowych Procedur Postępowania (SOP).

Personel powinien mieć świadomość potrzeby dbania o satysfakcję klientów, zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych. Niezbędne jest określenie ról poszczególnych osób, mających wpływ na bieżące kierowanie i strategię rozwoju organizacji. Strategia rozwoju powinna być oparta o analizę otoczenia. Zarządzający organizacją powinni określić kompetencje i zakres odpowiedzialności poszczególnych osób z personelu.

### ZP 1: Kadra zarządzająca pełni rolę przywódczą.

Kadra zarządzająca (dyrektor / prezes lub jego bezpośredni zastępcy) poza zadaniami zarządczo-administracyjnymi powinna pełnić rolę przywódczą w osiąganiu celów strategicznych. Przywódca powinien inicjować zmiany i stać na ich czele. Jego rolą jest regularne edukowanie, inspirowanie, wspieranie i motywowanie personelu. Drogą do tego są przede wszystkim spotkania i szkolenia oraz grupowa praca zadaniowa (zespoły zadaniowe), w których członkowie kadry zarządzającej powinni odgrywać kluczowe role, a nie wyłącznie delegować zadania na podległy personel. Równowaga pomiędzy delegowaniem obowiązków i odpowiedzialności a osobistym zaangażowaniem stanowi kluczowy element zarządzania podmiotem.

#### ZP 1.1: Kadra zarządzająca regularnie komunikuje się z personelem.

##### **Wyjaśnienie**

Sprawne zarządzanie organizacją możliwe jest tylko wtedy, gdy pomiędzy kadrami zarządzającą a personelem istnieją płaszczyzny komunikacji bezpośredniej, następuje wzajemna wymiana informacji, a pomysły personelu są brane pod uwagę i analizowane. Ważne jest aby komunikacja pomiędzy personelem a kadrami zarządzającą dotycząca doskonalenia funkcjonowania podmiotu odbywała się dostatecznie często i regularnie zgodnie z przyjętymi założeniami (nie rzadziej niż raz na kwartał). Kadra zarządzająca potrafi wskazać pomysły i wnioski personelu, które zostały wdrożone z korzyścią dla podmiotu.

##### **Sprawdzenie**

1. wywiad z kadrami zarządzającą
2. wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – Obie strony uważają, iż komunikacja między kadrami zarządzającą a personelem jest częsta i pożyteczna. Kadra zarządzająca potrafi wskazać pomysły i wnioski personelu, które zostały wdrożone z pożytkiem dla podmiotu.
- 3 – Obie strony uważają, iż komunikacja między kadrami zarządzającą a personelem jest częsta i pożyteczna.
- 1 – Komunikacja między kadrami zarządzającą a personelem nie jest częsta lub nie przynosi pozytywnych efektów.



**ZP 1.2: Kadra zarządzająca edukuje personel w metodach doskonalenia.****Wyjaśnienie**

Kluczem do stałej poprawy funkcjonowania podmiotu jest inspirowanie personelu do wspólnej pracy i doskonalenia opieki nad pacjentami oraz usprawnianie procesów pomocniczych. Wyrazem przewodzenia kadry zarządzającej jest jej zaangażowanie w szkolenie i pracę z zespołami zadaniowymi. Kadra zarządzająca bierze czynny udział w szkoleniu personelu:

- w metodach cyklicznego doskonalenia, opartego o zasady samouczenia się,
- w narzędziach do wspomagania pracy zespołów zadaniowych, rozwijania pomysłów i pracy z danymi.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrami zarządzającymi
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Kadra zarządzająca prowadzi regularne szkolenia z zakresu metod doskonalenia. Personel potrafi wskazać tematy przebytych szkoleń.
- 3 – Kadra zarządzająca prowadzi szkolenia z zakresu metod doskonalenia w ograniczonym zakresie.
- 1 – Kadra zarządzająca nie prowadzi szkoleń z zakresu metod doskonalenia.

**ZP 1.3: Kadra zarządzająca szkoli personel z zakresu systemów jakości.****Wyjaśnienie**

Zapewnienie właściwego poziomu jakości opieki warunkuje dogłębne zrozumienie systemów jakości i metod zapewnienia jakości. Do najskuteczniejszych sposobów pogłębiania wiedzy należy zaangażowanie w kształcenie innych. Kadra zarządzająca powinna osobiście prowadzić szkolenia w zakresie systemów jakości (systemów zapewnienia jakości) dedykowanych sektorowi ochrony zdrowia, takich jak:

- akredytacja podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych,
- rejestry pacjentów,
- metody oceny wyników leczenia (w szczególności uwzględniających zaawansowanie choroby i ciężkość stanu pacjenta),

oraz ogólnej znajomości większości przemysłowych systemów zapewnienia jakości towarów i usług, takich jak TQM, Kaizen, EFQM, JIT, ISO, SixSigma, Lean Management, TOC.

Powyższa aktywność szkoleniowa dyrektora ds. jakości lub innego członka kadry zarządzającej jest elementem koniecznym dla efektywnego przewodzenia personelowi w wysiłkach na rzecz poprawy jakości. Nie wyklucza ona możliwości angażowania zewnętrznych, wyspecjalizowanych osób lub podmiotów w przekazywanie szczegółowej wiedzy.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrami zarządzającymi
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Kadra zarządzająca prowadzi regularne szkolenia z zakresu systemów jakości. Personel potrafi wskazać tematy odbytych szkoleń.
- 3 – Kadra zarządzająca prowadzi szkolenia z zakresu systemów jakości w ograniczonym zakresie.
- 1 – Kadra zarządzająca nie prowadzi szkoleń z zakresu systemów jakości.

**ZP 1.4: Kadra zarządzająca szkoli personel z zakresu minimalizacji ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych i ich skutków.****Wyjaśnienie**

Z działalnością leczniczą związane jest ryzyko występowania zdarzeń niepożądanych. Podmioty lecznicze powinny to ryzyko minimalizować, poprzez optymalną organizację opieki, monitorowanie procesu opieki, jak również szkolenie personelu z minimalizacji ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych. Prowadzenie szkoleń jest przez podmiot dokumentowane, zawiera listy osób przeszkolonych i materiały ze szkolenia (konspekty, prezentacje, itp.).

Zdarzenie niepożądane u pacjenta pozostającego pod opieką podmiotu, wynikające z:

- nieoptymalnego postępowania personelu,
- awarii, bądź wadliwego działania sprzętu lub aparatury,

jak też będące:

- nieszczęśliwym następstwem samej choroby pacjenta,
- naturalnym powikłaniem procedury diagnostycznej,
- skutkiem ubocznym stosowanego leczenia,

a także będące

- przypadkowym wynikiem zdarzenia losowego,

niezależnie od tego czy doprowadziło do trwałego uszczerbku na zdrowiu, przejściowego uszczerbku na zdrowiu czy też nie miało wpływu na zdrowie pacjenta, jest zawsze trudną sytuacją, obarczoną negatywnymi skutkami dla podmiotu.

Postępowanie personelu powinno koncentrować się na:

- zapewnieniu pacjentowi najlepszej możliwej opieki, jeśli to uzasadnione, możliwej kompensacji medycznej,
- otwartej, empatycznej postawie personelu w stosunku do pacjenta,
- ustaleniu przyczyny i charakteru zdarzenia, w przypadku poważnego zdarzenia niepożądanego ustalenie przyczyn źródłowych celem wyciągnięcia wniosków zmierzających do zapobieżenia w przyszłości podobnym zdarzeniom.

Postępowanie takie nie jest możliwe bez odejścia od „kultury oskarżania”, polegającej na poszukiwaniu winnego, na rzecz „kultury samouczenia”, zakładającej potrzebę modyfikowania systemu organizacji opieki w kierunku poprawy bezpieczeństwa. Za wprowadzenie systemu rejestrowania i analizowania zdarzeń niepożądanych, a zwłaszcza za zmianę kultury podejścia do takich zdarzeń, odpowiada kadra zarządzająca.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Kadra zarządzająca regularnie szkoli personel z zakresu kultury organizacyjnej oraz minimalizacji występowania zdarzeń niepożądanych i ich skutków zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Kadra zarządzająca szkoli personel z zakresu kultury organizacyjnej oraz minimalizacji występowania zdarzeń niepożądanych i ich skutków nie w pełni zgodnie z wymogami standardów.
- 1 – Kadra zarządzająca nie szkoli personelu z zakresu kultury organizacyjnej oraz minimalizacji występowania zdarzeń niepożądanych i ich skutków zgodnie z wymogami standardu.

**ZP 1.5: Kadra zarządzająca organizuje zespoły zadaniowe personelu dla identyfikacji i rozwiązywania najistotniejszych problemów.****Wyjaśnienie**

Działania na rzecz jakości nie powinny ograniczać się tylko do ustalania zasad współpracy z płatnikiem, zatwierdzania planów budżetowych, poprawy warunków strukturalnych, czy poszerzenia diagnostyczno-terapeutycznych możliwości podmiotu. Istotna jest identyfikacja głównych obszarów

wymagających poprawy, wiedza na temat wyników działalności klinicznej (wskaźników jakości), znajomość prowadzonych projektów poprawy jakości, informacja o rezultatach badań opinii pacjentów i personelu oraz jednostek korzystających ze świadczeń podmiotu (np. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej).

Kadra zarządzająca powinna identyfikować obszary wymagające poprawy, wspierać i promować działania na rzecz poprawy jakości, a dyrektor ds. medycznych/dyrektor ds. jakości powinien kierować zespołem ds. jakości.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrami zarządzającymi

#### **Punktowanie**

- 5 – Kadra zarządzająca organizuje zespoły zadaniowe dla identyfikacji i rozwiązywania najistotniejszych problemów zgodnie z wymaganiami standardu.
- 3 – Kadra zarządzająca organizuje zespoły zadaniowe dla identyfikacji i rozwiązywania najistotniejszych problemów nie w pełni zgodnie z wymaganiami standardu.
- 1 – Kadra zarządzająca nie organizuje zespołów zadaniowych dla identyfikacji i rozwiązywania najistotniejszych problemów zgodnie z wymaganiami standardu.

### **ZP 2: Podmiot posiada spójną i zrozumiałą dla personelu strategię i buduje kulturę organizacyjną.**

Personel winien być świadomy kierunków rozwoju podmiotu, w jaki sposób pragnie być postrzegany przez społeczeństwo, pacjentów i zleceniodawców. Wszystkim powinny być znane zasady zachowania obowiązujące w podmiocie w stosunku do pacjentów, rodzin, osób odwiedzających oraz osób z personelu, a także postępowanie w przypadkach pojawiania się problemów.

#### **ZP 2.1: Personel zna i rozumie misję podmiotu.**

##### **Wyjaśnienie**

Podmiot powinien określić swoją misję wskazując na główne powody jego funkcjonowania wyróżniające go od innych podmiotów. Cele do których dąży podmiot i zadania realizowane przez ten podmiot powinny wynikać z jego misji. Personel powinien:

- znać misję i jej przesłanie,
- rozumieć misję i cele podmiotu,
- wiedzieć czemu ma służyć praca w podmiocie.

##### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrami zarządzającymi
3. wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – Cały personel zna i rozumie misję podmiotu.
- 3 – Większość personelu zna i rozumie misję podmiotu.
- 1 – Większość personelu nie zna lub nie rozumie misji podmiotu.

#### **ZP 2.2: Podmiot posiada plan strategiczny.**

##### **Wyjaśnienie**

Długofalowe działanie i rozwój podmiotu powinien być oparte o plan strategiczny. W planie strategicznym powinien zostać zawarty opis polityki poprawy jakości udzielanych świadczeń. Plan podlega cyklicznym aktualizacjom, co jest udokumentowane.

Plan strategiczny powinien zawierać:

- określenie celów strategicznych i operacyjnych,

- wskazanie istniejących ograniczeń,
- sposób podejmowania optymalnych decyzji,
- określenie prawdopodobieństwa realizacji założonych celów,
- wskazanie metod oceny uzyskiwanych rezultatów,
- harmonogram realizacji,
- wskazanie osób odpowiedzialnych za realizację poszczególnych celów.

Plan strategiczny jest modyfikowany lub potwierdzana jest jego aktualność nie rzadziej niż raz w roku.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu

#### **Punktowanie**

- 5 – Podmiot posiada plan strategiczny zgodny z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot posiada plan strategiczny nie w pełni zgodny z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie posiada planu strategicznego lub posiada dokument nazwany planem strategicznym mający zasadnicze braki.

### **ZP 2.3: Podmiot określił zakres świadczeń wykonywanych w poszczególnych działach.**

#### **Wyjaśnienie**

Podmiot powinien posiadać wykaz świadczeń (zabiegów) wykonywanych w jego poszczególnych działach. Wykaz ten powinien być ogólnodostępny celem informowania pacjentów i lekarzy kierujących – zarówno na stronie internetowej podmiotu jak i w miejscu łatwo dostępnym dla pacjentów.

#### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – W podmiocie określono zakres świadczeń wykonywanych w poszczególnych działach i jest on ogólnie dostępny dla lekarzy i dla pacjentów odwiedzających dział.
- 3 – W podmiocie określono zakres świadczeń wykonywanych w poszczególnych działach, ale nie jest on ogólnie dostępny dla lekarzy, bądź dla pacjentów odwiedzających dział.
- 1 – W podmiocie nie określono zakresu wykonywanych świadczeń lub nie jest on dostępny dla osób spoza podmiotu.

### **ZP 3: Zasoby ludzkie**

Dla realizacji misji i zapewnienia bezpiecznej opieki, podmiot zatrudnia odpowiednio wykwalifikowany personel, reprezentujący wysokie kompetencje i zaangażowanie. Dobór formy zatrudnienia (umowa cywilno-prawna, bądź umowa o pracę) winien być zoptymalizowany względem efektywności realizacji zadań przez pracownika. Rekrutacja, zatrudnienie, kontynuacja zatrudnienia, a także zmiana formy zatrudnienia bądź rezygnacja ze współpracy z pracownikiem i rozwiązywanie umowy powinny być oparte o przejrzystą ocenę opartą na odpowiednich i znanych personelowi kryteriach oraz ewentualnych wymogach dotyczących podnoszenia kwalifikacji. Podmiot powinien posiadać jasno sformułowane stanowisko dotyczące rozwoju zawodowego dla poszczególnych grup zawodowych personelu medycznego. W przypadku wspierania rozwoju zawodowego, podmiot powinien określić elementy i warunki wspierania tego rozwoju. Każdy nowy członek personelu, przechodzi proces adaptacji zawodowej bez względu na formę zatrudnienia.

### **ZP 3.1: Liczba i kwalifikacje personelu pozwalają na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami.**

#### **Wyjaśnienie**

Na kwalifikacje personelu składają się:

- wykształcenie, specjalizacje, uprawnienia,
- adekwatność wykształcenia do pełnionych funkcji,

- doświadczenie, praktyczne umiejętności.

Liczba personelu zależy od:

- czasu potrzebnego do opieki nad pacjentami zależącego od rodzaju schorzeń i stosowanego leczenia oraz średniej ciężkości stanu pacjentów,
- zastosowanych rozwiązań organizacyjnych (np. przejęcia części obowiązków przez inną grupę zawodową lub inny zespół),
- zastosowania technologii ułatwiających i przyspieszających pracę,
- stabilności kadry (mała rotacja zatrudnionych).

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji personelu
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. obserwacja bezpośrednia

### **Punktowanie**

- 5 – Liczba i kwalifikacje personelu pozwalają w pełni zaspokoić odpowiednią jakość opieki nad pacjentami.
- 3 – Liczba i kwalifikacje personelu pozwalają w ograniczonym zakresie zaspokoić odpowiednią jakość opieki nad pacjentami.
- 1 – Liczba i kwalifikacje personelu nie pozwalają zaspokoić odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami.

## **ZP 3.2: Podmiot realizuje politykę stałego podnoszenia kwalifikacji personelu.**

### **Wyjaśnienie**

Polityka podnoszenia kwalifikacji personelu powinna służyć realizacji strategii podmiotu i obejmować:

- udział w szkoleniach zewnętrznych,
- uczestnictwo w kongresach naukowych,
- szkolenia wewnętrzne w podmiocie.

Szkolenia powinny dotyczyć różnicowanej tematyki, takiej jak:

- przenoszenie wiedzy naukowej do praktyki (*translation knowledge*),
- wprowadzanie nowych procedur i technik,
- obsługi nowego sprzętu i urządzeń,
- postępowania w stanach zagrożenia życia,
- bezpiecznego stosowania aparatury medycznej,
- zapobieganie zakażeniom i leczenie ich, itp.

Podnoszenie kwalifikacji powinno obejmować również problematykę jakości. Możliwość doskonalenia umiejętności powinna dotyczyć wszystkich grup zawodowych, w tym również kadry zarządzającej. Plany szkoleń winny być zatwierdzane przez kadrę zarządzającą, a podmiot powinien zapewnić odpowiednie środki na ich realizację. Plan szkoleń jest realizowany zgodnie z harmonogramem.

### **Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. przegląd dokumentacji personelu
3. wywiad z kadrą zarządzającą
4. wywiad z personelem

### **Punktowanie**

- 5 – Podmiot realizuje politykę stałego podnoszenia kwalifikacji personelu zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot realizuje politykę stałego podnoszenia kwalifikacji personelu nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie realizuje polityki stałego podnoszenia kwalifikacji personelu.

**ZP 3.3: Personel odbywa regularne spotkania.****Wyjaśnienie**

W podmiocie odbywają się regularnie zaplanowane spotkania poświęcone funkcjonowaniu tego podmiotu. Spotkania personelu medycznego i niemedycznego sprzyjają lepszemu przepływowi informacji. Są one istotne dla jakości opieki, gdyż stwarzają platformę wzajemnego porozumienia, ułatwiają koordynację działań i stymulują pracę zespołową. Spotkania powinny dotyczyć wszystkich grup zawodowych. Strategia działania winna określać częstotliwość takich spotkań (nie rzadziej niż raz na kwartał). Ustalenia i wnioski z tych spotkań powinny być dokumentowane i przechowywane.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie odbywają się regularne spotkania zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – W podmiocie odbywają się spotkania nie w pełni zgodne z wymogami standardu.
- 1 – W podmiocie nie odbywają się spotkania zgodnie z wymogami standardu.

**ZP 3.4: W podmiocie opracowano system zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych.****Wyjaśnienie**

Przez sytuacje nagłe rozumie się:

- nieobecności w pracy,
- niespodziewane zwiększenie obciążenia personelu, któremu nie jest on w stanie podołać.

Zasady zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych powinny być znane całemu personelowi.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrą zarządzającą
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie opracowano system zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych zgodnie z wymaganiami standardu.
- 3 – W podmiocie opracowano system zastępstw i wzywania personelu nie w pełni zgodnie z wymaganiami standardu.
- 1 – W podmiocie nie opracowano systemu zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych zgodnie z wymaganiami standardu.

**ZP 3.5: W podmiocie są kształceni rezydenci.****Wyjaśnienie**

Podmiot prowadzi kształcenie rezydentów lub bierze udział wraz z innym podmiotem w kształceniu rezydentów. Kadra zarządzająca i osoby kierujące poszczególnymi działami (kierownicy działów):

- zapewniają odpowiednie warunki, konieczne do należytej realizacji programu specjalizacji,
- wyznaczają najbardziej doświadczonych lekarzy (opiekunów) do praktycznego kształcenia rezydentów.

Wyznaczeni opiekunowie rezydentów znają programy kształcenia, kierują kształceniem i egzekwują realizację programu. Kadra zarządzająca nadzoruje postępy kształcenia rezydentów i motywuje ich opiekunów do odpowiedzialnej pracy w tym zakresie.

**Sprawdzenie**

1. wywiad z kadrą zarządzającą
2. wywiad z personelem
3. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie kształceni są rezydenci.
- 3 – W podmiocie kształcony jest jeden rezydent.
- 1 – Podmiot nie kształci rezydentów.

**ZP 3.6: W podmiocie prowadzi się badania opinii i satysfakcji zawodowej personelu.****Wyjaśnienie**

Badanie opinii i satysfakcji zawodowej powinno być prowadzone przynajmniej raz w roku. Wyniki badania powinny podlegać analizie, na podstawie której kadra zarządzająca wyciąga wnioski i podejmuje stosowne działania.

**Sprawdzenie**

1. wywiad z kadrami zarządzającą
2. wywiad z personelem
3. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W podmiocie prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu i realizuje wynikające z nich wnioski.
- 3 – W podmiocie prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu.
- 1 – W podmiocie nie prowadzi się badań satysfakcji zawodowej personelu.

**ZP 4: Środowisko opieki i zasoby materialne.**

Odpowiednia infrastruktura, dostosowana do zakresu udzielanych świadczeń, wydajna i niezawodna aparatura oraz wyposażenie, a także sprawne systemy awaryjne są niezbędnym elementem procesów udzielania opieki zdrowotnej i zwiększają bezpieczeństwo pobytu pacjentów. Skuteczność diagnostyki i terapii oraz bezpieczeństwo pacjentów zależą w znacznej mierze od sprawności urządzeń medycznych i ich prawidłowej konserwacji.

**ZP 4.1: Podmiot posiada plan inwestowania w sprzęt, aparaturę i infrastrukturę.****Wyjaśnienie**

Funkcjonalności aparatury i sprzętu medycznego powinny być dostosowane do wymogów wynikających z udzielanych świadczeń. Niezbędna jest też ich niezawodność i utrzymywanie założonych parametrów. Podmiot powinien dysponować racjonalnym planem wymiany i odtworzenia sprzętu i aparatury medycznej oraz rozwoju infrastruktury. Plan inwestowania powinien:

- obejmować sprzęt, aparaturę oraz infrastrukturę,
- być zgodny ze strategią podmiotu,
- zawierać harmonogram planowanych inwestycji,
- uwzględniać inwestycje odtworzeniowe i rozwojowe,
- wskazywać zabezpieczenie finansowe realizacji planu.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z kadrami zarządzającą
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot posiada plan inwestowania w sprzęt, aparaturę i infrastrukturę zgodny z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot posiada plan inwestowania w sprzęt, aparaturę i infrastrukturę nie w pełni zgodny z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie posiada planu inwestowania w sprzęt, aparaturę i infrastrukturę.

**ZP 4.2: Sprzęt i aparatura medyczna są zabezpieczone, konserwowane i serwisowane w sposób planowy.****Wyjaśnienie**

Podmiot powinien opracować plan przeglądów całej aparatury medycznej, a realizacja zaplanowanych przeglądów winna zostać udokumentowana w paszportach technicznych. Przeglądy konserwacyjne powinny być prowadzone przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach, potwierdzonych stosownym certyfikatem lub świadectwem. Jeśli producent sprzętu lub aparatury medycznej określił zasady i częstość przeglądów serwisowych, podmiot powinien postępować zgodnie z tymi zaleceniami. Jeśli nie jest możliwe ustalenie wymogów producenta, powinno się wykonywać przeglądy potwierdzające sprawność techniczną wyrobów medycznych, według ustalonego harmonogramu.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Sprzęt i aparatura medyczna są zabezpieczone, konserwowane i serwisowane zgodnie z wymaganiami standardu.
- 3 – Sprzęt i aparatura medyczna są zabezpieczone, konserwowane i serwisowane nie w pełni zgodnie z wymaganiami standardu.
- 1 – Sprzęt i aparatura medyczna nie są zabezpieczone, konserwowane i serwisowane.

**ZP 4.3: Podmiot posiada system zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną.****Wyjaśnienie**

Zabezpieczenie awaryjne powinno zapewniać nieprzerwane działanie zarówno systemów komputerowych, jak też aparatury i wyposażenia umożliwiającego prowadzenie zabiegów. Aparatura rentgenowska wykorzystywana do zabiegów powinna zachować pełną funkcjonalność. Oświetlenie pola operacyjnego powinno działać bez widocznej przerwy. Oświetlenie awaryjne powinno umożliwiać swobodne poruszanie się zarówno personelu, jak i pacjentów we wszystkich dostępnych dla nich pomieszczeniach.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z personelem
3. obserwacja bezpośrednia – test wyłączenia zasilania głównego

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot posiada w pełni sprawny system zasilania awaryjnego w energię elektryczną.
- 3 – System zasilania awaryjnego działa w ograniczonym zakresie.
- 1 – Podmiot nie posiada systemu zasilania awaryjnego w energię elektryczną.

**ZP 4.4: Wydatki podmiotu są zrównoważone z przychodami.****Wyjaśnienie**

Sytuacja finansowa podmiotu jest warunkiem dbałości o jakość opieki, czyni możliwym inwestowanie w doskonalenie i rozwój. Możliwe jest zapewnienie dostaw niezbędnego asortymentu.

**Sprawdzenie**

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. wywiad z księgowością
3. wywiad z kadrą zarządzającą

**Punktowanie**

- 5 – Sytuacja ekonomiczna pozwala na inwestowanie odtworzeniowe i rozwojowe.
- 3 – Sytuacja ekonomiczna podmiotu pozwala na ograniczone inwestowanie odtworzeniowe i rozwojowe.
- 1 – Sytuacja ekonomiczna nie pozwala na inwestowanie odtworzeniowe i rozwojowe.



## ZP 5: Procesy opieki i procesy pomocnicze.

Jakość procesów, zwłaszcza kluczowych procesów opieki nad pacjentami decyduje o jakości uzyskiwanych wyników zdrowotnych. Skuteczność leczenia i bezpieczeństwo opieki zależą bezpośrednio od realizowania odpowiednich procesów bez niepotrzebnej zwłoki.

### ZP 5.1: Procesy o szczególnym znaczeniu powinny być opisane w postaci Standardowych Procedur Postępowania.

#### Wyjaśnienie

Podmiot powinien opisać kluczowe procesy w formie Standardowych Procedur Postępowania. SOP-y powinny być opracowywane z udziałem przedstawicieli grup zawodowych, których procedura może dotyczyć. Procedurę zatwierdza do stosowania jeden z członków kadry zarządzającej lub osoba upoważniona. Każda procedura powinna:

- być autoryzowana,
- weryfikowana w razie potrzeby,
- okresowo aktualizowana (nie rzadziej niż co 3 lata).

Personel obowiązuje postępowanie zgodne z procedurą, należy odnotować odstępstwa od procedury i oceniać poziom jej wdrożenia.

#### Sprawdzenie

1. przegląd dokumentacji podmiotu
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

#### Punktowanie

- 5 – Podmiot opracował i aktualizuje SOP-y zgodnie z wymogami standardu oraz monitoruje powody odstępstw.
- 3 – Podmiot opracował i aktualizuje SOP-y w nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie opracował SOP-ów lub ich nie aktualizuje.

### ZP 5.2: Podmiot określił i stosuje Ścieżki Opieki.

#### Wyjaśnienie

Zestaw procedur może mieć charakter Ścieżki Opieki. Ścieżka Opieki (ścieżka zintegrowanej opieki, *care pathway, clinical pathway, integrated care pathway, care map*) to zaplanowany, optymalny ciąg postępowań (zgodnych z zaleceniami aktualnych wytycznych dla praktyki medycznej) z pacjentem o określonym stanie zdrowia, uwzględniający skoordynowany udział zespołu wielozawodowego (wielodyscyplinarnego), w maksymalnie krótkim czasie (bez zbędnych przerw).

Z reguły, w zależności od stanu pacjenta, podmiot powinien posiadać alternatywne Ścieżki Opieki tak aby pacjent mógł być skierowany na jedną z nich, i otrzymać określony, standardowy zakres opieki.

Idea Ścieżek Opieki łączy dążenia do:

- wykorzystania aktualnej wiedzy naukowej w praktyce opieki nad pacjentem,
- przełożenia rekomendacji zawartych w wytycznych (*clinical guidelines, consensus documents, statements of scientific organizations*) na lokalne warunki podmiotu leczniczego i stosowanie ich w określonej populacji pacjentów,
- właściwego zróżnicowania postępowania.

Ścieżki Opieki są skuteczną metodą praktykowania medycyny opartej na dowodach (EBM) w połączeniu z ekonomizacją opieki zdrowotnej. Wymagają opracowania lub adaptacji do konkretnych warunków podmiotu, pozostawiając w ramach poszczególnych ścieżek możliwości indywidualizacji opieki. Opracowane ścieżki powinny wskazywać wykorzystane do ich przygotowania rekomendacje z podaniem źródeł.

#### Sprawdzenie

1. przegląd dokumentacji placówki
2. obserwacja bezpośrednia
3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot opracował zestawy Ścieżek Opieki dla problemów z jakimi pacjenci zgłaszają się do podmiotu i stosuje je w praktyce.
- 3 – Podmiot opracował Ścieżki Opieki nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie opracował Ścieżek Opieki zgodnie z wymogami standardu.

**ZP 5.3: Obowiązujące zarządzenia, plany i procedury są przechowywane w Katalogu Dokumentów Wewnętrznych.****Wyjaśnienie**

Katalog Dokumentów Wewnętrznych z zarządzeniami, planami i procedurami, Standardowymi Procedurami Postępowania istotnymi dla funkcjonowania podmiotu i Ścieżkami Opieki powinien znajdować się we wszystkich działach i być w każdym łatwo dostępny dla personelu. Katalog powinien mieć postać wyróżniającego się pojedynczego zbioru (np. oznakowanego specyficznym segregatorem). Dokumenty w katalogu powinny być posegregowane tematycznie i ułożone w sposób ułatwiający jego przeglądanie. Katalog powinien zawierać spis treści, indeks tematyczny, tabelę wskazującą terminy wprowadzenia i wycofania. W przypadku używania systemu informatycznego, katalog dostępny w intranecie powinien być zgodny z katalogiem drukowanym.

**Sprawdzenie**

- 1. przegląd dokumentacji podmiotu
- 2. obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Podmiot opracował Katalog Dokumentów Wewnętrznych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 – Podmiot opracował Katalog Dokumentów Wewnętrznych nie w pełni zgodnie z wymogami standardu.
- 1 – Podmiot nie opracował Katalog Dokumentów Wewnętrznych zgodnie z wymogami standardu.

**ZP 5.4: Opracowane procedury dotyczą zagadnień kluczowych dla jakości opieki.****Wyjaśnienie**

Standaryzacja najistotniejszych elementów opieki medycznej przyczynia się do większej jej skuteczności i poprawia bezpieczeństwo. Jednak próby nadmiernej regulacji postępowania mogą prowadzić do odwrotnych efektów.

Opieka zdrowotna wymaga zindywidualizowanego postępowania w zależności od stanu i potrzeb pacjenta. Pełna normalizacja (zasadna w przemysłowych sektorach produkcji lub usług) procesów opieki zdrowotnej ogranicza pożądaną indywidualizację i pogarsza wyniki opieki. Konieczne jest więc unikanie standaryzowania problemów drugoplanowych.

Personel medyczny powinien koncentrować się na pracy z pacjentami, czemu powinien poświęcać maksimum czasu. Nadmierna liczba, nieistotnych z punktu widzenia jakości opieki, często zmienianych, oficjalnych wymogów, których poznanie i przestrzeganie wymaga czasu i wysiłku jest niekorzystne i odciąga uwagę personelu medycznego od problemów pacjenta.

Wymóg potwierdzania zapoznania się z nadmierną liczbą dokumentów może wymuszać poświadczanie nieprawdy i pozorowanie przestrzegania przepisów.

Spisywanie w postaci wymaganych procedur najprostszymi czynnościami zawodowymi świadczy o niezrozumieniu roli Standardowych Procedur Postępowania (SOP) w opiece zdrowotnej. Zestaw spisanych procedur nie powinien bowiem zastępować podręczników.

**Sprawdzenie**

- 1. przegląd dokumentacji podmiotu
- 2. obserwacja bezpośrednia
- 3. wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Wszystkie opracowane procedury dotyczące zagadnień kluczowych dla jakości opieki są zgodne z wymogami standardu.
- 3 – Większość opracowanych procedur dotyczących zagadnień kluczowych dla jakości opieki jest zgodna z wymogami standardu.
- 1 – Większość opracowanych procedur dotyczących zagadnień kluczowych dla jakości opieki nie jest zgodna z wymogami standardu.

## Słownik pojęć

1. **AE** (*Adverse Event*) – zdarzenie niepożądane - każde niechciane negatywne wydarzenie lub stan jakiegoś doświadcza pacjent w związku z wykonywanym świadczeniem medycznym, stosowanym lekiem lub innym produktem leczniczym, niezależnie czy związek przyczynowy jest pewny, prawdopodobny czy mało prawdopodobny. Termin właściwy na określenie zdarzenia przed rozstrzygnięciem czy negatywne zdarzenie jest powikłaniem, działaniem ubocznym czy też niezależnym.
2. **ALS** – (*Advanced life support*) – zaawansowane zabiegi resuscytacyjne, mające na celu przywrócenie czynności własnej układu krążenia, algorytm optymalnego postępowania przez przeszkolony personel medyczny.
3. **Asysta senioralna** – sytuacja przy zabiegu, gdy operatorowi asystuje lekarz z większym doświadczeniem. Celem asysty senioralnej jest uczenie niedoświadczonych operatora i zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta poprzez czuwanie nad przebiegiem zabiegu oraz ewentualną pomoc w trudniejszych momentach – w uzasadnionych przypadkach, asystent senioralny może przejąć funkcje operatora i dokończyć zabieg.
4. **ATC** – (*Anatomical Therapeutic Chemical*) – klasyfikacja anatomiczno-terapeutyczno-chemiczna, system klasyfikacji i kodowania leków w zależności od ich głównego zastosowania terapeutycznego, w układzie organów lub układów na które działają prowadzony przez WHO. Na podstawie 5 poziomów klasyfikujących lek przypisywany jest do grupy anatomicznej, grupy terapeutycznej, podgrupy terapeutycznej, podgrupy chemicznej, substancji chemicznej.
5. **BLS** – (*Basic life support*) – podstawowe zabiegi resuscytacyjne mające na celu podtrzymanie krążenia i oddychania. Termin przyjęty dla określenia zestawu prostych zabiegów wykonywanych zgodnie z algorytmem stworzonym dla osób bez wykształcenia medycznego i mających na celu utrzymanie przepływu krwi przez mózg i mięsień sercowy.
6. **Call center** – centrum telefonicznej obsługi pacjentów, niezależne od rejestracji pacjentów zgłaszających się do podmiotu.
7. **CDSS** – p. Wsparcie w Podejmowaniu Decyzji.
8. **Ciężkie zdarzenie niepożądane** – p. SAE.
9. **CV** (*coefficient of variation*) – współczynnik zmienności wartości poszczególnych oznaczeń laboratoryjnych wyrażany jako miara względna (zależna od wielkości średniej arytmetycznej).
10. **Czeklista** (*check-list, checklist*) – rodzaj karty kontrolnej, narzędzie informacyjne zmniejszające ryzyko popełnienia błędu poprzez kompensowanie możliwych deficytów pamięci lub uwagi, ułatwiające kompletne wykonanie zadania. Wykaz czynności, które należy wykonać we właściwej kolejności lub dla niepominięcia żadnego istotnego elementu, bądź wykaz danych do sprawdzenia, zaopatrzone w wyróżnione pola dla odznaczania wykonania poszczególnych czynności, bądź po sprawdzeniu kolejnych elementów – zwana też listą kontrolną, kartą kontrolną.
11. **Deming, William Edwards** – jeden z twórców zasad doskonalenia organizacji i jakości, mający decydujący wpływ na rozwój zainteresowania kulturą jakości produkcji w Japonii.
12. **DDD** (*defined daily dose*) – zdefiniowana dawka dobowo - średnia dobowo dawka leku stosowanego w głównym wskazaniu, u dorosłych, ustalona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO tworząc pojęcie DDD przyjęło zasadę, aby wartość DDD dobierana była dla poszczególnych leków tak aby ich siła działania w ramach jednej grupy terapeutycznej była zbliżona do siebie. Koszt DDD umożliwia porównanie obciążeń finansowych przy możliwości stosowania u pacjenta alternatywnych leków w ramach grupy terapeutycznej ATC.
13. **Dekursus** – opis przebiegu choroby w czasie pobytu pacjenta w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.
14. **DGB** – dopuszczalna granica błędu – wartość o jaką wynik laboratoryjny może odbiegać *in plus* lub *in minus* od rzeczywistej wartości – maksymalny dopuszczalny błąd pomiaru. Na DGB składa się błąd precyzji (wynikający ze zmienności losowej) i błąd dokładności (systematyczne odbieganie metody pomiarowej od wyniku rzeczywistego). DGB brana jest pod uwagę przy interpretacji wyniku laboratoryjnego. Najczęściej wynosi ona 4,5% – 10%.
15. **Dozlecenie** – zamawianie wykonania kolejnych badań (w ramach złożonego zlecenia) z wcześniej pobranego od pacjenta materiału w okresie czasu życia próbki w laboratorium.
16. **DSS** – p. Wsparcie w Podejmowaniu Decyzji.
17. **Elektroniczny rekord pacjenta** – p. EPR
18. **EPA** (*United States Environmental Protection Agency*) – Agencja Ochrony Środowiska Stanów Zjednoczonych.

19. **EPR** (*Electronic patient record*) - elektroniczny rekord pacjenta. Organizacja informacji o postępowaniu diagnostycznym, terapeutycznym, pielęgnacyjnym i rehabilitacyjnym z pacjentem w formie rekordu elektronicznej bazy danych. Synonim historii choroby prowadzonej w formie elektronicznej.
20. **EQ-5D** – **euroqol 5 D** – wystandaryzowane narzędzie do pomiaru ogólnej jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, opracowane przez Grupę EuroQol (stowarzyszenie powstałe z inicjatywy badaczy 7 krajów europejskich). Do oceny służy kwestionariusz dla pacjenta składający się z pytań dotyczących 5 aspektów jakości życia. Dla pewnych zastosowań wykorzystuje też wizualną skalę analogową, na której pacjent zaznacza ogólną ocenę swego stanu zdrowia.
21. **Juran, Joseph M.** – jeden z głównych pionierów doskonalenia jakości organizacji i produktów, szczególną rolę przypisujący właściwemu planowaniu dokonywanych zmian.
22. **Kalkulator Ryzyka** – zautomatyzowane algorytmy wyliczania ryzyka w oparciu o przypisane poszczególnym czynnikom wartości oraz przyjęte formuły matematyczne. Opracowywane na podstawie obserwacji losów dużych kohort pacjentów i ich korelacji z wybranymi czynnikami ryzyka. Kalkulator Ryzyka zintegrowany z EPR, działający w ramach systemu informatycznego moduł automatycznie wyliczający ryzyko dla indywidualnego pacjenta zgodnie z przyjętymi, rekomendowanymi przez ekspertów skalami lub predyktorami ryzyk medycznych, w oparciu o zgromadzone w systemie informatycznym dane o pacjencie.
23. **Kadra zarządzająca** – wąskie grono kierownicze podmiotu (np. dyrektor i jego zastępcy, prezes i wiceprezesi itp.).
24. **Karta kontrolna** – zbiorcze zestawienie kontrolowanych elementów lub kontroli. Zaopatrzona w pola do odhaczania przybiera formę czeklisty. Posiadając miejsce do wpisywania danych ma postać arkusza kontrolnego.
25. **Komitet ds Jakości** – wąski zespół wyznaczonych i odpowiednio upoważnionych osób podejmujących decyzje odnośnie rodzaju i zakresu działań na rzecz poprawy jakości funkcjonowania podmiotu. Skupiający osoby z najwyższego szczebla zarządzania i osoby posiadające wiedzę w zakresie metod poprawy jakości.
26. **Konsumencka ocena jakości** – aspekty jakości obsługi, które osoba obsługiwana nie dysponująca wiedzą merytoryczną (konsument, pacjent) może trafnie ocenić.
27. **Kordynator Akredytacyjny** – osoba pracująca w podmiocie leczniczym, posiadająca wiedzę na temat standardów akredytacyjnych i dokonująca systematycznie oraz doraźnie niezależnej i obiektywnej oceny spełniania i zmian w spełnianiu przez podmiot standardów akredytacyjnych.
28. **Kryteria akceptacji wyników pomiarów** – przyjęte i mierzone w czasie sprawdzianów kontrolnych wartości poszczególnych parametrów analitycznych pozwalające uznać stosowaną przez laboratorium metodę pomiarową za wiarygodną.
29. **Laboratoryjne materiały kontrolne** – materiały wykorzystywane do sprawdzania wiarygodności wyników badań laboratoryjnych.
30. **OKK** – Okołooperacyjna Karta Kontrolna – rodzaj czeklisty służący w okresie przed i po operacji do sprawdzenia czy najważniejsze z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta elementy opieki zostały wykonane.
31. **Personel** – osoby regularnie świadczące w podmiocie pracę na rzecz pacjentów, finansowane bezpośrednio bądź pośrednio przez ten podmiot; niezależnie od formy zatrudnienia (umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, umowa z podmiotem gospodarczym itp).
32. **Personel medyczny** - osoby regularnie wykonujące zawód medyczny na rzecz pacjentów.
33. **POCT** (*Point-of-care testing*) – badania laboratoryjne wykonywane w miejscu opieki nad pacjentem (w oddziale szpitalnym, w przychodni), a nie w laboratorium. Zwykle wymaga odpowiedniej i łatwej w obsłudze aparatury.
34. **Poważne zdarzenie niepożądane** – p. SAE.
35. **POZ** – podstawowa opieka zdrowotna.
36. **PRO** (*Patient-reported outcome*) – wyniki leczenia oceniane w oparciu o informację od pacjenta, uzyskiwaną zwykle drogą ankietyzacji lub sondażu telefonicznego.
37. **QA** – (*Quality Assurance*) – zapewnienie jakości – planowe działania na rzecz zapewnienia spełniania wymagań jakości oparte o systematycznie powtarzane, cykliczne sekwencje wprowadzania zmian i oceny uzyskiwanych efektów zgodnie z metodologią Shewharta, Jurana, Deminga.
38. **RBAC** (*Role-Based Access Control*) – mechanizm kontroli dostępu w systemach informatycznych polegający na zróżnicowaniu dostępu w zależności od zdefiniowanych ról dla różnych funkcji w organizacji, z którymi wiążą się odmienne zakresy obowiązków. Role przypisywane są użytkownikom przez co uzyskują uprawnienia do wykonywania czynności określonych dla tych ról. Uprawnień nie przypisuje się bezpośrednio poszczególnym użytkownikom, ale wydzielonym i zdefiniowanym przez organizację rolem w tych organizacjach przypisuje się określone uprawnienia, które wtórnie przypadają konkretnym użytkownikom.

39. **Redundancja** – nadmiarowość, wielokrotne powtarzanie, najczęściej oznaczające nadmiar zbędny lub szkodliwy, niecelowo zużywający zasoby. W sytuacjach szczególnych stosowana celowo dla zapewnienia poprawności informacji lub pożądanego zabezpieczenia na wypadek awarii systemu.
40. **Responsywność** – odpowiadanie przez personel medyczny na pozazdrowotne oczekiwania pacjenta, w szczególności jego potrzeby psychologiczne.
41. **Ryzyko kliniczne** – ryzyko dla zdrowia i życia pacjenta pozostającego w opiece zdrowotnej stwarzane przez stosowane metody diagnostyczne i terapeutyczne, stopień zaawansowania choroby, choroby współistniejące i stan ogólny pacjenta.
42. **SAE** (*serious adverse event*) - ciężkie zdarzenie niepożądane lub poważne zdarzenie niepożądane takie jak, w szczególności:
  - zgon pacjenta,
  - zagrożenie życia,
  - konieczność hospitalizacji (przyjęcia lub przedłużenia),
  - niepełnosprawność lub znaczny, bądź trwały uszczerbek na zdrowiu,
  - wada wrodzona lub uszkodzenie płodu,
  - potrzeba interwencji dla zapobieżenia trwałemu upośledzeniu funkcji lub trwałemu uszkodzeniu struktury ciała w związku z użyciem produktu leczniczego,
  - powoduje śmierć płodu, zagrożenie życia płodu, wrodzonej wady lub uszkodzenia okołoporodowego,
  - inne poważne zdarzenie medyczne, które może stanowić zagrożenie dla pacjenta i może wymagać leczenia zachowawczego lub chirurgicznego dla zapobieżenia wystąpienia jednego z wymienionych wyżej efektów.
43. **SF-36** – kwestionariusz wypełniany przez pacjenta dla ogólnej oceny jakości życia, zawierający 36 pytań i pozwalający na ocenę 8 wskaźników jakości – sprawności fizycznej, ograniczeń fizycznych, dolegliwości bólowych, poczucia zdrowia fizycznego, witalności, funkcjonowania społecznego, problemów emocjonalnych i poczucia zdrowia psychicznego. Nie daje sumarycznego, pojedynczego wyniku oceniającego łącznie poziom jakości życia.
44. **Shewhart, Walter A.** – pionier wykorzystywania statystyki do poprawy jakości. Twórca karty kontrolnej.
45. **Skala Aldreta** – skala stosowana po zabiegu chirurgicznym dla oceny bezpieczeństwa przeniesienia pacjenta z sali pooperacyjnej na oddział.
46. **Skala Apgar** – 10-cio stopniowa skala używana do określenia stanu noworodka w pierwszych minutach po porodzie.
47. **Skala ASA** – skala dla oceny ryzyka poważnych powikłań w czasie znieczulenia lub po nim.
48. **Skala Capriniego** – skala dla oceny ryzyka wystąpienia zakrzepicy żył głębokich lub zatoru płucnego u pacjentów chirurgicznych.
49. **Skala CEAP** – klasyfikacja postaci przewlekłej niewydolności żylniej.
50. **Skala CCS** – czterostopniowa skala zaawansowania dławicy piersiowej w oparciu o objawy odczuwane przez pacjenta, opracowana przez Kanadyjskie Towarzystwo Chorób Układu Krążenia (ang. CCS - *Canadian Cardiovascular Society*)
51. **Skala GOLD** – czterostopniowa klasyfikacja nasilenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.
52. **Skala Goldmana** – wskaźnik ryzyka sercowego u pacjentów poddawanych operacjom niekardiologicznym.
53. **Skala NYHA** - czterostopniowa skala zaawansowania niewydolności serca w oparciu o objawy odczuwane przez pacjenta, opracowana przez Nowojorskie Towarzystwo Kardiologiczne (ang. NYHA - *New York Heart Association*).
54. **Skala Mallampatiego** – czterostopniowa skala trudności intubacji tchawicy z klasyfikacją w oparciu o anatomię jamy ustnej.
55. **Skala Padewska** – skala dla oceny ryzyka wystąpienia zakrzepicy żył głębokich lub zatoru płucnego u pacjentów hospitalizowanych, leczonych zachowawczo.
56. **Skala PMC** (*Patient Management Category Severity Scale*) – skala do oceny stopnia ogólnej ciężkości schorzeń dorosłego hospitalizowanego pacjenta .
57. **Skala POSSUM** – skala dla oceny ryzyka zgonu pacjentów operowanych.
58. **SOP** (*Standard Operating Procedure*) – Standardowa Procedura Postępowania, standard postępowania w podmiocie – opis rutynowego postępowania m.in. w kwestiach organizacyjnych, także plan rutynowego działania, opracowany dla wybranych jednostek chorobowych, procedur diagnostycznych lub leczniczych w oparciu o wytyczne postępowania klinicznego, z uwzględnieniem warunków lokalnych. Rodzajem SOP-ów są alternatywne Ścieżek Opieki.
59. **System uznawania kompetencji** – wewnątrzszpitalny system uznawania wiedzy, umiejętności, postawy i doświadczenia poszczególnych operatorów koniecznych do samodzielnego wykonywania poszczególnych typów zabiegów lub operacji. Potwierdzenie kompetencji operatora w zakresie określonego typu zabiegu oznacza uznanie samodzielności, uprawniającej do wykonywania określonego typu zabiegu bez asysty senioralnej.

**60. Systemy zarządzania jakością:**

- 60.1 **TQM** (*Total Quality Management*) - system ciągłego doskonalenia wytwarzania produktów, do którego angażowani są wszyscy pracownicy, organizowane w zespoły wykorzystujące zestawy narzędzi analitycznych ułatwiających identyfikację problemów, poszukiwanie rozwiązań i ocenę wprowadzanych zmian.
- 60.2 **Kaizen** – system ciągłego wdrażania zmian w sposobie pracy dla poprawy produktywności, humanizacji miejsca pracy, eliminacji nadmiernie ciężkich czynności. Angażuje pracowników do przeprowadzania eksperymentów dotyczących ich pracy i wprowadzania ulepszeń.
- 60.3 **EFQM** (*European Foundation for Quality Management*) – Europejska Fundacja Kierowania Jakością założona w 1988 roku przez 14 wiodących europejskich przedsiębiorstw. Fundacja wprowadziła Model Doskonałości EFQM (analogiczny do nagrody Malcolma Baldrige w USA i nagrody Edwardsa Deminga w Japoni) dla wszechstronnej oceny jakości funkcjonowania i uzyskiwanych wyników przez przedsiębiorstwa produkcyjne i usługowe.
- 60.4 **JIT** (*Just in time*) – dokładnie na czas, stosowana w przedsiębiorstwach produkcyjnych metoda zarządzania dla redukcji zapasów i pracy w toku oraz związanych z tym kosztów.
- 60.5 **ISO** (*International Organization for Standardization*) – międzynarodowa organizacja pozarządowa ustanawiająca normy odnoszące się do różnych dziedzin życia. Wśród blisko 20 tysięcy opublikowanych norm jest norma ISO 9000 i ISO 9001 dotyczące zarządzania jakością. Standaryzacja zgodna z normami ISO prowadzi do poprawy zmienności produktów – zgodności poszczególnych wyrobów z założoną charakterystyką.
- 60.6 **SixSigma** – metoda zarządzania jakością zmierzająca do bardzo wysokiej powtarzalności produkcji (bardzo niskiej zmienności).
- 60.7 **Lean Management** – koncepcja zarządzania zmierzająca do ograniczenia marnotrawstwa różnego typu, m. in. związanego z nadprodukcją, zbędnym wysiłkiem pracowników, nadmiernymi zapasami, przestojami w pracy, zbędnym transportem, wadami produktu (usługi) lub stosowaniem nadmiernie zaawansowanych technologii.
- 60.8 **TOC** (*Theory of Constraints*) – teoria ograniczeń, zarządzanie ograniczeniami (tzw. „wąskimi gardłami“) istniejącymi w procesach produkcyjnym i dystrybucyjnym poprzez dostosowanie procesu do wydajności „wąskich gardeł“ i priorytetowe ich usprawnianie.
61. **Ścieżki Opieki** (ścieżka zintegrowanej opieki, *care pathway, clinical pathway, integrated care pathway, care map*) – jedno z podstawowych narzędzi dla zapewnienia wysokiej jakości w opiece zdrowotnej. Rodzaj SOP dostosowanego do specyficznego rodzaju pacjentów, opartego na wytycznych klinicznych, opisującego interwencje wykonywane przez personel sprawujący opiekę w określony sposób, zoptymalizowane i powiązane w sekwencje. Pacjenci z określonym schorzeniem lub problemem zdrowotnym w zależności od stanu kwalifikowani są do odmiennych ścieżek, na których zaplanowano odmiennie sposoby postępowania.
62. **TAT** (*turn around time*) – czas niezbędny dla wykonania zlecenia, liczony jako interwał pomiędzy zleceniem oznaczenia (bądź innej procedury diagnostycznej) i otrzymaniem wyniku. Jeden z kluczowych wskaźników sprawności usług laboratoryjnych.
63. **Triage** – procedura umożliwiająca personelowi medycznemu segregację (klasyfikację, sortowanie) pacjentów według pilności objęcia opieką (diagnostyką lub leczeniem), w zależności od stanu zdrowia pacjenta. Pierwotnie stosowana w medycynie ratunkowej, dla segregacji rannych w wypadkach masowym w zależności od stopnia obrażeń oraz rokowania.
64. **Walidacja** – działania dla zbadania odpowiedności, trafności lub dokładności oraz potwierdzenie poprzez dostarczenie obiektywnego dowodu, że przyjęte środki kontroli są skuteczne.
65. **Wartości krytyczne** – wartości określonych badań laboratoryjnych, których wystąpienie uruchamia specjalne, wcześniej przewidziane sposoby postępowania, takie jak przykładowo najszybsze powiadomienie przez laboratorium osoby odpowiedzialnej za opiekę nad pacjentem.
66. **Wsparcie w Podejmowaniu Decyzji** (DSS - *Decision Support Systems* – System Wspomagania Decyzji, CDSS - *Clinical Decision Support Systems* – System Wspomagania Decyzji Klinicznych) – cecha zaawansowanych systemów informatycznych polegająca na generowaniu indywidualnych sugestii odnośnie postępowania z poszczególnymi pacjentami w oparciu o zgromadzone, odnoszące się do nich dane kliniczne.
67. **Współczynnik Zmienności** - p. CV.
68. **Wyniki leczenia**, w szczególności zabiegowego, dzielimy na:
- bezpośrednie – efekt zabiegu, ocena czy uzyskano założony cel zabiegu, sukces techniczny,
  - wczesne – efekty w okresie do 30 dni od zabiegu,
  - odległe – efekty po roku i większej liczbie lat.
69. **Zdarzenia Niepożądane** – p. AE.
70. **Zdarzenie Strażnicze** (*sentinel event*) – zdarzenie alarmowe, rzadkie zdarzenie niepożądane, które nie powinno wystąpić, a które w przypadku wystąpienia powinno być bezwzględnym powodem do

analizy jego przyczyn i podjęcia działań zapobiegawczych przed jego powtórzeniem. Zdarzeniem strażniczym jest przykładowo wykonanie u pacjenta operacji nerki po niewłaściwej stronie ciała.

71. **Zgon okołozabiegowy** – każdy zgon, który wystąpi w podmiocie wykonującym działalność leczniczą w związku z przygotowywanym lub wykonywanym zabiegiem terapeutycznym, bądź diagnostycznym. Również zgon w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, bądź w transporcie pomiędzy podmiotami po rozpoczęciu znieczulenia. Dotyczy zgonów pacjentów hospitalizowanych, jak i leczonych w trybie ambulatoryjnym, u których podjęto zabieg chirurgiczny, diagnostykę inwazyjną, procedurę radiologii/angiologii interwencyjnej lub zabieg endoskopowy. Nie dotyczy pacjenta w stanie terminalnym, u którego wykonano zabieg paliatywny.
-