



# PROGRAM AKREDYTACJI



# SZPITALE

zestaw standardów





# ZESTAW STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH SZPITALE

*Pod redakcją:*

Ewa Dudzik-Urbaniak  
Halina Kutaj-Wąsikowska  
Barbara Kutryba  
Mirosław Piotrowski

*Standardy współtworzyli:*

mgr Michał Bedlicki  
mgr Ewa Dudzik-Urbaniak  
dr n. med. Jan Ciećkiewicz  
dr n. med. Paweł Grzesiowski  
dr n. farm. Jerzy Hennig  
prof. dr hab. med. Jan Kanty Kulpa  
mgr Halina Kutaj-Wąsikowska  
mgr Barbara Kutryba  
lek. Marek Labon  
dr hab. med. Rafał Niżankowski  
lek. Sławomir Ogórek  
dr n. med. Eligiusz Patalas  
lek. Mirosław Piotrowski  
dr n. med. Janusz Piotrowski  
dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek  
dr n. med. Jarosław Woron  
dr n. med. Krzysztof Zajęc

*Konsultacja:*

Charles Shaw MD, PhD  
European Society for Quality in Healthcare (ESQH), Board Member  
John Helfrick MD, PhD  
International Society for Quality in Healthcare (ISQua), Past President

*Korekta:*

Marcin Kalinowski

© CMJ 2009 - wydanie wznowione 2016

*Wydawca:*

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia  
ul. Kapelanka 60  
30-347 Kraków



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*egzemplarz bezpłatny*

Zestaw standardów akredytacyjnych opublikowany w 1998 roku w istotny sposób przyczynił się do zmiany kultury organizacyjnej w szpitalach. Było to możliwe poprzez wprowadzenie określonych standardami wymogów, które nie tylko skłoniły szpitale do wprowadzenia modyfikacji i zmiany sposobu dostarczania opieki, jak również odmieniły świadomość profesjonalistów medycznych i kadry zarządzającej.

Dzięki temu, pomimo trudnych realiów w ochronie zdrowia pojawiły się szpitale, które bardzo szybko wprowadziły konieczne modyfikacje i z każdym przeglądem akredytacyjnym uzyskiwały coraz lepsze wyniki. Od pewnego już czasu oczekiwały na nowe wyzwania i propozycje standardów, toteż publikacja nowego zestawu będzie dla nich kolejnym, oczekiwanym etapem w cyklu poprawy jakości.

Są także jednostki, które, z licznych powodów, nie od początku włączyły się w proces akredytacji, lub też wprowadzanie określonych zmian było tam bardziej czasochłonne niż w innych szpitalach: dla takich instytucji nowa propozycja standardów może okazać się szczególnie przydatna.

Zestaw standardów akredytacyjnych dla szpitali, jaki Państwu przedstawiamy, jest ofertą ambitną, nakierowaną na twórcze kształtowanie lokalnych rozwiązań, lecz także zorientowaną na dokonywanie pomiaru i prowadzenie analizy własnej działalności klinicznej. Realizacja wymogów tych standardów będzie wymagała większego zaangażowania kadry medycznej w działania dla poprawy jakości.

Nowe standardy to nadal zbiór 15 działów z pewnymi modyfikacjami: wprowadziliśmy nowy rozdział „Diagnostykę Obrazową”, usunięto „Izbę Przyjęć”, a standardy dotyczące tego obszaru zostały umieszczone w innych rozdziałach. Niektóre działy z poprzedniej edycji zyskały odmienne tytuły, np. „Anestezjologia” to teraz „Zabiegi i Znieczulenia”; „Leki” – „Farmakoterapia”. Wprowadziliśmy nowy podrozdział w Jakości: Bezpieczeństwo Pacjenta. Większy nacisk położono na przygotowanie szpitala do zachowania w sytuacjach kryzysowych.

Wymogi dla szpitali, które proponujemy jako „Zestaw Standardów Akredytacyjnych” w Programie Akredytacji Szpitali otwierają nowy etap w doskonaleniu opieki szpitalnej.

*Centrum Monitorowania Jakości  
w Ochronie Zdrowia*



## *Spis treści*

Ciągłość Opieki (CO) .....	9
Prawa Pacjenta (PP) .....	19
Ocena Stanu Pacjenta (OS) .....	31
Opieka nad Pacjentem (OP) .....	41
Kontrola Zakażeń (KZ) .....	49
Zabiegi i Znieczulenia (ZA) .....	61
Farmakoterapia (FA) .....	73
Laboratorium (LA) .....	83
Diagnostyka Obrazowa (DO) .....	91
Odżywianie (OD) .....	99
Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta (PJ) .....	105
Zarządzanie Ogólne (ZO) .....	115
Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ) .....	123
Zarządzanie Informacją (ZI) .....	135
Zarządzanie Środowiskiem Opieki (ŚO) .....	145
Terminy i określenia przyjęte w Programie Akredytacji Szpitali .....	155





---

# CIAĞŁOŚĆ OPIEKI

---

---

# CIAŁGŁOŚĆ OPIEKI

---

- CO 1 W szpitalu opracowano i wdrożono procedury przyjmowania pacjentów.
  - CO 2 W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania w sytuacjach szczególnych.
  - CO 3 W szpitalu opracowano i wdrożono zasady postępowania w przypadku specyficznych grup pacjentów.
  - CO 4 W szpitalu opracowano i wdrożono procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy.
  - CO 5 W szpitalu opracowano program współpracy ze służbami ratowniczymi.
  - CO 6 W szpitalu wdrożono standardowe procedury postępowania przy przyjęciu.
  - CO 7 W szpitalu określono sposób postępowania z pacjentem w przypadku odmowy przyjęcia.
  - CO 8 W szpitalu prowadzi się okresową analizę przyczyn odmów hospitalizacji.
  - CO 9 W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów.
    - CO 9.1 W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów na zewnątrz szpitala.
    - CO 9.2 W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów między oddziałami.
  - CO 10 W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę przekazywania pacjentów kolejnym zmianom.
  - CO 11 Wszyscy wypisani pacjenci otrzymują kartę informacyjną.
  - CO 12 W szpitalu prowadzi się programy edukacji zdrowotnej.
  - CO 13 Pacjenci i ich rodziny uzyskują wiedzę niezbędną do zrozumienia dalszego przebiegu leczenia i przystosowania do czynności ułatwiających życie codzienne.
-

## CIĄGŁOŚĆ OPIEKI (CO)

Świadczenia udzielane pacjentowi w trakcie hospitalizacji powinny być postrzegane jako element kompleksowej opieki medycznej. Kolejne fazy opieki medycznej wymagają zachowania ciągłości. Pacjenci rozpoczynający i kończący pobyt w szpitalu, a także przekazywani między oddziałami tego samego szpitala lub do świadczeniodawców zewnętrznych, powinni mieć zagwarantowaną kontynuację opieki. Sposób i procedury przejmowania opieki powinny minimalizować ewentualne ryzyko niekorzystnych skutków opieki, jak również ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych. W przypadkach przekazywania opieki nad pacjentem konieczne jest określenie odpowiedzialności za pacjenta, jak również rodzaju i zakresu udzielanej informacji medycznej koniecznej dla zachowania ciągłości opieki.

### CO 1

#### **W szpitalu opracowano i wdrożono procedury przyjmowania pacjentów.**

##### **Wyjaśnienie**

Procedury powinny określać sposób przyjmowania pacjentów planowych i nieplanowych, w szczególności w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Procedury powinny określać:

- a) rodzaj wymaganych badań i dokumentów,
- b) zakres zbieranych danych osobowych,
- c) zakres wywiadu zbieranego od pacjentów przy przyjęciu planowym,
- d) cel hospitalizacji,
- e) sposób uzyskiwania zgody pacjenta na hospitalizację,
- f) sposób zapoznawania z prawami i obowiązkami pacjentów,
- g) planowany czas hospitalizacji przy przyjęciach planowych,
- h) tryb ustanawiania osób uprawnionych do wglądu w dokumentację medyczną pacjenta i uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia,
- i) sposób przejęcia odpowiedzialności za nowoprzyjętego pacjenta.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono procedury przyjmowania pacjentów w trybie planowym i nieplanowym, a procedury zawierają wszystkie wyszczególnione elementy.
- 3 – W szpitalu wdrożono procedury przyjmowania pacjentów w trybie planowym i nieplanowym, procedury nie zawierają wszystkich wyszczególnionych elementów.
- 1 – W szpitalu wdrożono procedurę przyjmowania pacjentów w trybie planowym.

## CO 2

**W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania w sytuacjach szczególnych.****Wyjaśnienie**

Sytuacje szczególne obejmują przynajmniej:

- a) zgłoszenia osób w stanie nagłego zagrożenia życia z powodu schorzeń nie odpowiadających profilowi jednostki,
- b) brak możliwości przyjęcia pacjenta (np. brak miejsca, remont oddziału, niedostatek wyposażenia),
- c) gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia osoby nie hospitalizowanej, a znajdującej się na terenie szpitala lub w bezpośredniej, określonej przez szpital okolicy,
- d) gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia osoby hospitalizowanej, gdy pomoc przekracza możliwości jednostki.

Szpital może określić inne sytuacje szczególne oraz gromadzi informacje o zaistniałych sytuacjach szczególnych.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

5 – W szpitalu wdrożono procedurę postępowania dla wszystkich wyszczególnionych sytuacji.

3 – W szpitalu wdrożono procedurę postępowania dla przynajmniej dwóch wyszczególnionych sytuacji.

1 – W szpitalu nie wdrożono procedury postępowania w sytuacjach szczególnych.

## CO 3

**W szpitalu opracowano i wdrożono zasady postępowania w przypadku specyficznych grup pacjentów.****Wyjaśnienie**

Schematy postępowania powinny dotyczyć sposobu badania oraz warunków, w jakich to badanie ma być realizowane w odniesieniu m.in. do:

- a) ofiar przemocy lub zaniedbania (pobicia, gwałty, molestowanie, maltretowanie dzieci, itp.),
- b) osób pod wpływem substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki i inne).

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

5 – W szpitalu opracowano zasady oceny specyficznych grup pacjentów i są one znane personelowi.

3 – W szpitalu opracowano zasady oceny specyficznych grup pacjentów.

1 – W szpitalu nie opracowano zasad oceny specyficznych grup pacjentów.

## CO 4

**W szpitalu opracowano i wdrożono procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy.****Wyjaśnienie**

Szpital powinien opracować procedury postępowania na wypadek zdarzenia mnogiego, masowego oraz katastrofy. Personel powinien odbywać regularnie szkolenia z zakresu procedur na wypadek zdarzenia masowego i katastrofy. Procedury powinny być spójne z powiatowymi i wojewódzkimi planami medycznych działań ratowniczych.

Procedury powinny uwzględniać takie elementy jak:

- a) określenie osób kierujących akcją i ich kompetencji,
- b) określenie pomieszczeń do segregacji przywożonych pacjentów,
- c) określenie sposobu przyjmowania w krótkim czasie znacznej liczby pacjentów,
- d) wzmocnienie obsady szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć w okresie największego przyływu osób poszkodowanych,
- e) zabezpieczenie niezbędnego sprzętu,
- f) sposób przeprowadzania dekontaminacji w razie konieczności,
- g) sposób powiadamiania i wzywania dodatkowego personelu z domu, itp.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono procedurę postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy.
- 1 – W szpitalu nie wdrożono procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy.

## CO 5

**W szpitalu opracowano program współpracy ze służbami ratowniczymi.****Wyjaśnienie**

Program współpracy ze służbami ratowniczymi powinien zawierać co najmniej:

- a) sposób powiadamiania szpitala o sytuacjach potencjalnego zagrożenia życia i zdrowia pacjenta,
- b) informowanie o przewidywanym czasie dojazdu,
- c) przygotowanie zespołu do przyjęcia pacjenta.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano i wdrożono program współpracy ze służbami ratowniczymi.
- 3 – W szpitalu opracowano program współpracy ze służbami ratowniczymi, lecz jest wdrożony w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie opracowano lub nie wdrożono programu współpracy ze służbami ratowniczymi.

## CO 6

**W szpitalu wdrożono standardowe procedury postępowania przy przyjęciu.****Wyjaśnienie**

W szpitalu powinno się opracować standardowe procedury postępowania - SOP (ang. Standard Operating Procedure) przy przyjęciu pacjentów w stanach nagłego zagrożenia życia przynajmniej dla takich przypadków jak: świeży zawał serca, udar mózgu, wstrząs, obrażenia wielonarządowe, wyżębienie pacjenta. Pracownicy są przygotowani do realizacji standardowych procedur postępowania.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano i wdrożono standardowe procedury postępowania dla wyszczególnionych przypadków.
- 3 – W szpitalu opracowano i wdrożono standardowe procedury postępowania nie dla wszystkich wyszczególnionych przypadków.
- 1 – W szpitalu nie wdrożono wyżej wymienionych standardowych procedur postępowania.

## CO 7

**W szpitalu określono sposób postępowania z pacjentem w przypadku odmowy przyjęcia.****Wyjaśnienie**

Odmowie przyjęcia powinno towarzyszyć udzielenie pacjentowi niezbędnej pomocy, wyjaśnienie przyczyny odmowy i przekazanie informacji o możliwości uzyskania opieki w późniejszym terminie, lub w innej jednostce. W przypadku odmowy przyjęcia, pacjent powinien otrzymać kartę informacyjną. Karta informacyjna powinna zawierać informacje na temat zakresu udzielonej pomocy i przyczyny odmowy. Kopia karty informacyjnej powinna być przechowywana w dokumentacji szpitala.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu określono sposób postępowania z pacjentami w przypadku odmowy przyjęcia. Pacjenci otrzymują kartę informacyjną z zapisem o zakresie udzielonej pomocy oraz przyczynie odmowy.
- 1 – W szpitalu nie określono sposobu postępowania w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta.

## CO 8

**W szpitalu prowadzi się okresową analizę przyczyn odmów hospitalizacji.****Wyjaśnienie**

Analiza przyczyn odmów hospitalizacji powinna być dokonywana co najmniej raz w roku, zarówno pod względem liczebności, jak i przyczyn. Wnioski z analizy powinny być wykorzystywane w planowaniu poprawy jakości opieki.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu dokonuje się okresowej analizy przyczyn odmów hospitalizacji, wynikające z niej wnioski są wykorzystywane dla poprawy jakości opieki.
- 3 – W szpitalu dokonuje się okresowej analizy przyczyn odmów hospitalizacji, lecz nie wdraża się wynikających z niej wniosków.
- 1 – W szpitalu nie prowadzi się analizy przyczyn odmów hospitalizacji.

## CO 9

**W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów.****Wyjaśnienie CO 9.1 - CO 9.2**

Procedury powinny określać:

- a) sposób przekazywania odpowiedzialności za pacjenta oraz rodzaj i zakres informacji medycznej udzielanej przy przekazaniu,
- b) środek transportu oraz odpowiedzialność osób sprawujących opiekę w trakcie przenoszenia pacjenta.

## CO 9.1

**W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów na zewnątrz szpitala.****Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów na zewnątrz szpitala.
- 3 – W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów na zewnątrz szpitala w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów na zewnątrz szpitala.

CO 9.2

**W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów między oddziałami.**

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów między oddziałami.
- 3 – W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów między oddziałami w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów między oddziałami.

CO 10

**W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę przekazywania pacjentów kolejnym zmianom.**

**Wyjaśnienie**

Przekazywanie hospitalizowanych pacjentów pod opiekę personelu medycznego na kolejnych zmianach powinno odbywać się według określonych, spisanych zasad.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę przekazywania pacjentów kolejnym zmianom.
- 1 – W szpitalu nie wdrożono procedury przekazywania pacjentów kolejnym zmianom.



## CO 11

**Wszyscy wypisani pacjenci otrzymują kartę informacyjną.****Wyjaśnienie**

Karta informacyjna zawiera przynajmniej informacje o:

- a) przyczynie hospitalizacji,
- b) rozpoznaniu,
- c) wynikach badań,
- d) zastosowanym leczeniu, w tym stosowanych lekach i wykonanych zabiegach,
- e) skutkach leczenia,
- f) ewentualnych powikłaniach lub zdarzeniach niepożądanych oraz
- g) wskazówki dla pacjenta i lekarza przejmującego opiekę nad pacjentem.

W przypadku wydawania pacjentom wyników badań na nośnikach elektronicznych, karta informacyjna uwzględnia informację, jak odtworzyć wyniki.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

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

## CO 12

**W szpitalu prowadzi się programy edukacji zdrowotnej.****Wyjaśnienie**

W szpitalu powinna być prowadzona edukacja zdrowotna pacjentów odpowiednio do ich potrzeb zdrowotnych, np. chorych na cukrzycę, astmę oskrzelową, chorych ze stomią, itp. W razie potrzeby działania edukacyjne powinny obejmować również rodziny pacjentów. Szpital powinien określić w jakim zakresie prowadzi edukację pacjentów, jaki rodzaj szkoleń edukacyjnych proponuje, gdzie i kiedy odbywają się zajęcia. Zalecane są pisemne materiały edukacyjne dla pacjentów.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – W większości oddziałów szpitala prowadzona jest edukacja pacjentów.
- 3 – W części oddziałów szpitala prowadzona jest edukacja pacjentów.
- 1 – W szpitalu nie prowadzi się edukacji pacjentów.

**Pacjenci i ich rodziny uzyskują wiedzę niezbędną do zrozumienia dalszego przebiegu leczenia i przystosowania do czynności ułatwiających życie codzienne.**

***Sprawdzenie***

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentem

***Punktowanie***

- 5 – Pacjent i jego rodzina zawsze uzyskują wiedzę niezbędną do zrozumienia dalszego przebiegu leczenia i przystosowania do czynności ułatwiających życie codzienne.
- 3 – Pacjent i jego rodzina zazwyczaj uzyskują wiedzę niezbędną do zrozumienia dalszego przebiegu leczenia i przystosowania do czynności ułatwiających życie codzienne.
- 1 – Pacjent i jego rodzina rzadko uzyskują wiedzę niezbędną do zrozumienia dalszego przebiegu leczenia i przystosowania do czynności ułatwiających życie codzienne.

---

# PRAWA PACJENTA

---

---

# P R A W A P A C J E N T A

---

- PP 1 Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach.
  - PP 2 Osoby zatrudnione w szpitalu znają prawa pacjenta.
  - PP 3 Pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia.
  - PP 4 Pacjenci mają prawo wglądu do własnej dokumentacji medycznej.
  - PP 5 Określono listę procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta.
  - PP 6 Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na wykonywane procedury.
  - PP 7 Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na przeprowadzenie znieczulenia.
  - PP 8 Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na udział w eksperymencie medycznym.
  - PP 9 Szpital określił i wdrożył zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych.
  - PP 10 Krewni lub osoby wskazane przez pacjenta mogą uczestniczyć w procesie opieki.
  - PP 11 W przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, osoba upoważniona uzyskuje informacje na ten temat.
  - PP 12 Pacjenci i odwiedzający mają zapewnioną możliwość identyfikowania personelu szpitala.
  - PP 13 Opieka nad pacjentami jest sprawowana z zachowaniem zasad prywatności.
  - PP 14 Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin.
  - PP 15 Przymus bezpośredni jest stosowany zgodnie z obowiązującymi przepisami.
  - PP 16 Pacjentom zapewniono możliwość komunikacji z otoczeniem zewnętrznym.
  - PP 17 Pacjenci mają możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej.
  - PP 18 Szpital zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami obcojęzycznymi.
  - PP 19 Opracowano i wdrożono procedurę zabezpieczenia własności pacjentów.
  - PP 20 Informacja o ewentualnych kosztach związanych z hospitalizacją jest aktualna i łatwo dostępna.
-

## PRAWA PACJENTA (PP)

Pacjent powinien być informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach. Szpital zapewnia informację o prawach i obowiązkach w sposób zrozumiały i jest ona dostępna w miejscach świadczenia opieki. Szpital, który prowadzi dydaktykę i badania naukowe, powinien zapewniać pacjentom informacje na temat ich praw i obowiązków w kontekście realizacji procesu edukacyjnego (np. prawo do nie wyrażenia zgody na badanie przeprowadzane przez kształcących się; zgoda/odmowa pacjenta na udział kształcących się w obchodzie lekarskim) oraz udziału w prowadzonych badaniach naukowych.

### PP 1

**Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach.**

#### *Wyjaśnienie*

Prawa i obowiązki pacjenta powinny być spisane, czytelne i łatwo dostępne w miejscach pobytu pacjentów, a na życzenie wręczane indywidualnie. Pacjent powinien być także informowany o obowiązującym regulaminie szpitalnym.

#### *Sprawdzenie*

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

#### *Punktowanie*

- 5 – Wszyscy pacjenci są informowani o przysługujących im prawach i obowiązkach.
- 3 – Większość pacjentów jest informowana o przysługujących im prawach i obowiązkach.
- 1 – Pacjenci nie są informowani o przysługujących im prawach i obowiązkach.

### PP 2

**Osoby zatrudnione w szpitalu znają prawa pacjenta.**

#### *Wyjaśnienie*

Wszyscy zatrudnieni w szpitalu, mający kontakt z chorymi, są zapoznani z prawami pacjenta. Tematyka ta powinna stanowić element regularnych spotkań kadry lekarskiej i pielęgniarskiej.

#### *Sprawdzenie*

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

#### *Punktowanie*

- 5 – Wszyscy zatrudnieni w szpitalu, mający kontakt z chorymi, znają prawa pacjenta.
- 3 – Większość zatrudnionych w szpitalu, mających kontakt z chorymi, zna prawa pacjenta.
- 1 – Nieliczne osoby zatrudnione w szpitalu, mające kontakt z chorymi, znają prawa pacjenta.

## PP 3

**Pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia.****Wyjaśnienie**

Każdy chory przebywający w szpitalu ma prawo uzyskać w pełni zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia i planowanym postępowaniu medycznym. Tryb przekazania tych informacji zależy od zasad przyjętych w szpitalu, lecz informacja powinna być zrozumiała dla pacjenta i rodziny. W uzasadnionych przypadkach nie udzielenia choremu informacji o stanie zdrowia, należy dokonać stosownego wpisu w dokumentacji medycznej pacjenta. Pacjent ma prawo wskazać osobę bliską, której może być udzielana informacja o jego stanie zdrowia. Ocena standardu uwzględnia rezultaty badań opinii pacjentów prowadzonych w szpitalu.

**Sprawdzenie**

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- rezultaty badania opinii pacjentów

**Punktowanie**

- 5 – Wszyscy pacjenci lub osoby przez nich wskazane uzyskują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia.
- 3 – Większość pacjentów lub osób przez nich wskazanych uzyskuje zrozumiałe informacje o stanie zdrowia.
- 1 – Nieliczni pacjenci lub osoby przez nich wskazane uzyskują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia.

## PP 4

**Pacjenci mają prawo wglądu do własnej dokumentacji medycznej.****Wyjaśnienie**

Pacjenci, opiekunowie prawni, osoby wskazane przez pacjenta powinni zostać poinformowani o prawie wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta. Szpital określa sposób udostępniania dokumentacji medycznej, a zatrudnieni mający kontakt z pacjentem znają procedurę postępowania.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami/rodziną

**Punktowanie**

- 5 – Wszyscy pacjenci wiedzą o możliwości wglądu we własną dokumentację medyczną.
- 3 – Większość pacjentów wie o możliwości wglądu we własną dokumentację medyczną.
- 1 – Nieliczni pacjenci wiedzą o możliwości wglądu we własną dokumentację medyczną.

## PP 5

**Określono listę procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta.****Wyjaśnienie**

Niezależnie od zgody na hospitalizację, w niektórych sytuacjach konieczne jest uzyskanie dodatkowej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Dotyczy to procedur związanych z istotnym ryzykiem powikłań, takich jak wszystkie zabiegi operacyjne, a także niektóre zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne. Lista procedur wymagających uzyskania dodatkowej zgody pacjenta powinna zostać zatwierdzona przez kierownictwo szpitala, być łatwo dostępna i znana osobom zatrudnionym. Lista ta powinna być ujednolicona w oddziałach o podobnej specyfice. W szpitalu określa się sposób uzyskiwania zgody pacjenta, tak ustnej (np. na dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego czy pobranie krwi do badania) jak i pisemnej, na przeprowadzenie procedur związanych z większym ryzykiem.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Osoby zatrudnione w szpitalu, mające kontakt z pacjentem znają ustaloną przez szpital listę procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta.
- 3 – W szpitalu określono listę procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta oraz sposób jej uzyskiwania.
- 1 – W szpitalu nie określono listy procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta.

## PP 6

**Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na wykonywane procedury.****Wyjaśnienie**

Podstawą świadomego wyrażenia zgody jest uzyskanie zrozumiałej informacji. Informacja powinna dotyczyć:

- a) proponowanego sposobu leczenia,
- b) oczekiwanych korzyści,
- c) ryzyka,
- d) skutków odległych,
- e) oraz ewentualnych innych sposobów postępowania.

Pacjent powinien być również poinformowany o skutkach odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia czy diagnostyki. Z wyjątkiem sytuacji szczególnych (np. pacjent nieprzytomny), wyrażenie świadomej zgody warunkuje wykonanie określonego zabiegu lub procedury. Na formularzu zgody wymagany jest podpis pacjenta, jak również podpis lekarza, który udziela informacji. Zaleca się opracowanie pisemnej informacji dla pacjenta na temat wykonywanych zabiegów i procedur. Odmowę lub brak możliwości uzyskania świadomej zgody należy odnotować w historii choroby.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – 90-100% dokumentacji medycznej zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonywane procedury.
- 3 – 70-89% dokumentacji medycznej zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonywane procedury.
- 1 – Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonywane procedury.

## PP 7

**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 podpis pacjenta i lekarza anestezjologa udzielającego informacji oraz data.

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

5 – 100% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że pacjent wyraził zgodę na znieczulenie.

1 – Poniżej 100% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że pacjent wyraził zgodę na znieczulenie.

## PP 8

**Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na udział w eksperymencie medycznym.****Wyjaśnienie**

Każdy udział pacjenta w leczeniu eksperymentalnym musi być poprzedzony uzyskaniem świadomej, pisemnie wyrażonej zgody pacjenta. Poprzez eksperyment rozumie się badanie kliniczne leków nie dopuszczonych jeszcze do użytku, prowadzenie prób nietypowego podawania leków lub wykonywanie nowatorskich procedur.

Pacjent, który ma uczestniczyć w eksperymencie medycznym, powinien być poinformowany o celach, sposobach i warunkach prowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz możliwości wycofania się z eksperymentu na każdym etapie i bez żadnych konsekwencji. W dokumentacji medycznej pacjenta powinna znajdować się kopia świadomej zgody oraz informacji, jaką pacjent uzyskał w związku z udziałem w eksperymencie medycznym.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej
- przegląd dokumentacji eksperymentu medycznego
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

5 – Wszystkie eksperymenty medyczne są prowadzone po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta.

1 – Stwierdzono brak świadomej zgody lub nieprawidłowości przy uzyskiwaniu zgody pacjenta poddanego eksperymentowi medycznemu.



## Szpital określił i wdrożył zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych.

### Wyjaśnienie

Pacjentów w stanach terminalnych oraz ich rodziny należy otoczyć specjalną opieką. Opieka ta powinna uwzględniać zapewnienie zgodnych z możliwościami szpitala warunków lokalowych, ze szczególnym uwzględnieniem prywatności oraz jak najszerszą możliwość kontaktu i wsparcie psychologiczne.

### Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

### Punktowanie

- 5 – Szpital określił i wdrożył zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych.
- 3 – Szpital określił zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych.
- 1 – Szpital nie określił zasad pobytu pacjentów w stanach terminalnych.

## Krewni lub osoby wskazane przez pacjenta mogą uczestniczyć w procesie opieki.

### Wyjaśnienie

Udział rodziny lub opiekunów w opiece nad pacjentem zwiększa poczucie bezpieczeństwa chorego, ułatwia adaptację w środowisku szpitalnym, pozwala na lepsze zaspokajanie potrzeb pacjenta w nowych warunkach. Włączenie rodziny w opiekę powinno być możliwie najszersze, lecz nie obciążające innych pacjentów. Oddziały szpitalne powinny określić zakres opieki jaką może świadczyć rodzina i bliscy pacjenta. W odniesieniu do oddziałów pediatrycznych, szczególnie istotne jest również określenie sposobu kontrolowania dostępu do pacjentów ze względu na ich bezpieczeństwo. Informacja o zasadach sprawowania opieki nad chorym powinna być dostępna dla odwiedzających.

### Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

### Punktowanie

- 5 – We wszystkich oddziałach krewni lub osoby wskazane mogą uczestniczyć w opiece nad pacjentem.
- 3 – W większości oddziałów krewni lub osoby wskazane mogą uczestniczyć w opiece nad pacjentem.
- 1 – W nielicznych oddziałach krewni lub osoby wskazane mogą uczestniczyć w opiece nad pacjentem.

PP 11

**W przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, osoba upoważniona uzyskuje informacje na ten temat.**

**Wyjaśnienie**

Szpital powinien wdrożyć procedurę powiadamiania rodziny lub osoby wskazanej przez pacjenta w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Procedura powiadamiania o pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta jest stosowana.
- 3 – Procedura powiadamiania o pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta jest opracowana, lecz stosowana sporadycznie.
- 1 – Brak procedury powiadamiania o pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta, lub nie jest ona stosowana.

PP 12

**Pacjenci i odwiedzający mają zapewnioną możliwość identyfikowania personelu szpitala.**

**Wyjaśnienie**

Osoby odwiedzające powinny mieć możliwość łatwej identyfikacji osób zatrudnionych, sprawujących opiekę nad chorym. Szpital może wybrać dowolną formę rozwiązań dotyczących identyfikacji, ale powinna ona być skuteczna i zapewniać co najmniej informację o imieniu, nazwisku oraz funkcji.

**Sprawdzenie**

- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Identyfikacja personelu szpitala jest zawsze możliwa.
- 3 – Identyfikacja personelu szpitala jest zazwyczaj możliwa.
- 1 – Identyfikacja personelu szpitala nie jest możliwa.

## PP 13

**Opieka nad pacjentami jest sprawowana z zachowaniem zasad prywatności.****Wyjaśnienie**

Zapewnienie warunków, które minimalizują uczucie skrupowania i ograniczenie prywatności stanowi powinność szpitala. W tym celu wykorzystuje się parawany, zasłony, oddzielne sale, pokoje badań, itp. Zachowanie zasad prywatności dotyczy każdej okoliczności pobytu pacjenta w szpitalu, nie tylko badania lekarskiego, czy realizacji opieki pielęgniarstwa, lecz także przeprowadzania wywiadu, czy pobierania świadomej zgody na planowane zabiegi.

**Sprawdzenie**

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Opieka nad pacjentem jest zawsze sprawowana z zachowaniem zasad prywatności.
- 3 – Opieka nad pacjentem jest zazwyczaj sprawowana z zachowaniem zasad prywatności.
- 1 – Opieka nad pacjentem nie jest sprawowana z zachowaniem zasad prywatności.

## PP 14

**Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin.****Wyjaśnienie**

Możliwość codziennych odwiedzin ułatwia pacjentom adaptację w środowisku szpitalnym i utrzymywanie kontaktów rodzinnych, społecznych i zawodowych oraz stanowi o kontynuacji niektórych aspektów dotychczasowej aktywności. Oddział szpitalny może wprowadzić ograniczenia odnośnie liczby osób i godzin odwiedzin w uzasadnionych przypadkach. Regulamin odwiedzin powinien uwzględniać prawo do zachowania prywatności pacjentów, przebywających w salach wieloosobowych. 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 oddziały intensywnej terapii, sale pooperacyjne, sale intensywnego nadzoru, itp.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano i wdrożono zasady odwiedzin.
- 3 – W szpitalu opracowano i wdrożono zasady odwiedzin w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie opracowano zasad odwiedzin.

## PP 15

**Przymus bezpośredni jest stosowany zgodnie z obowiązującymi przepisami.****Wyjaśnienie**

Sytuacje, które wymagają zastosowania przymusu bezpośredniego (przymus fizyczny lub farmakologiczny) powinny zostać określone. Sytuacje takie dotyczą m.in. pacjentów pobudzonych, pod wpływem substancji psychoaktywnych (np. w stanie upojenia alkoholowego), pacjentów z myślami samobójczymi. Zasady opracowane w szpitalu muszą być zgodne z obowiązującymi przepisami, znane osobom zatrudnionym w szpitalu i przestrzegane. Każdorazowe zastosowanie przymusu bezpośredniego wymaga dokonania wpisu w historii choroby, prowadzenia karty przymusu bezpośredniego oraz zgłoszenia takiego przypadku kierownictwu szpitala.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej
- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano i wdrożono zasady stosowania przymusu bezpośredniego.
- 3 – W szpitalu opracowano, lecz nie wdrożono zasad stosowania przymusu bezpośredniego.
- 1 – W szpitalu nie zgłoszono żadnego przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego.

## PP 16

**Pacjentom zapewniono możliwość komunikacji z otoczeniem zewnętrznym.****Wyjaśnienie**

Dla utrzymania kontaktu ze środowiskiem zewnętrznym pacjent powinien mieć możliwość swobodnego dostępu do środków komunikacji. Pacjenci chodzący powinni posiadać dostęp do automatu telefonicznego z własnym numerem. W przypadku pacjentów unieruchomionych, szpital zapewnia możliwość odbierania rozmów telefonicznych w salach chorych (np. aparaty przyłóżkowe, telefon bezprzewodowy). Szpital określił zasady korzystania z telefonów komórkowych oraz Internetu.

**Sprawdzenie**

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Pacjenci mają możliwość komunikacji z otoczeniem zewnętrznym.
- 1 – Pacjenci nie mają możliwości komunikacji z otoczeniem zewnętrznym.

**Pacjenci mają możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej.****Wyjaśnienie**

Szpital powinien zapewnić pacjentom możliwość realizacji potrzeb religijnych i dostęp do opieki duszpasterskiej, zgodnie z przekonaniami religijnymi hospitalizowanych chorych. Oznacza to ustalenie i aktualizację spisu telefonów kontaktowych duszpasterzy, znajdującego się w oddziałach szpitalnych oraz zapewnienie miejsca modlitewnego.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – Pacjenci wyznania dominującego na danym terenie oraz więcej niż dwóch mniejszości wyznaniowych mają możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej.
- 3 – Możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej jest ograniczona do wyznania dominującego i dwóch mniejszości wyznaniowych na danym terenie.
- 1 – Tylko pacjenci wyznania dominującego mają możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej.

**Szpital zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami obcojęzycznymi.****Wyjaśnienie**

W szpitalu powinno określić się tryb i sposób porozumiewania z pacjentami obcojęzycznym przez 24 godziny na dobę. Należy określić osoby odpowiedzialne za realizację takiej komunikacji.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu zapewniono możliwość porozumiewania się z pacjentami w kilku językach obcych.
- 3 – W szpitalu zapewniono możliwość porozumiewania się z pacjentami w języku angielskim.
- 1 – W szpitalu nie zapewniono możliwości porozumiewania się z pacjentami obcojęzycznymi.

## PP 19

**Opracowano i wdrożono procedurę zabezpieczenia własności pacjentów.****Wyjaśnienie**

Własność pacjentów powinna zostać zabezpieczona przy planowym i nieplanowym przyjęciu, jak również w trakcie pobytu w oddziale (np. przed zabiegiem, porodem). Szpital opracował skuteczną procedurę zabezpieczenia własności pacjentów. Właściwe zabezpieczenie dotyczy również: protez zębowych, szkieł korekcyjnych, kontaktowych itp.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę zabezpieczenia własności pacjentów przy przyjęciu planowym i nieplanowym, oraz w trakcie pobytu w oddziale.
- 3 – W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę zabezpieczania własności pacjentów przy przyjęciu planowym i nieplanowym.
- 1 – W szpitalu nie wdrożono procedury zabezpieczenia własności pacjentów.

## PP 20

**Informacja o ewentualnych kosztach związanych z hospitalizacją jest aktualna i łatwo dostępna.****Wyjaśnienie**

W przypadku możliwości skorzystania z odpłatnych świadczeń, aktualna informacja o kosztach i opłatach, powinna być dostępna w Izbie Przyjęć/Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, w oddziałach, w ambulatorium i wszystkich innych obszarach pobytu pacjenta.

**Sprawdzenie**

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Informacja o ewentualnych kosztach i opłatach związanych z hospitalizacją jest aktualna i łatwo dostępna.
- 1 – Informacja o ewentualnych kosztach i opłatach związanych z hospitalizacją jest nieaktualna, lub nie jest łatwo dostępna.

---

O C E N A

---

S T A N U P A C J E N T A

---

---

# O C E N A

---

# S T A N U P A C J E N T A

---

- OS 1 W szpitalu określono zakres wywiadu lekarskiego i badania fizykalnego.
  - OS 2 W szpitalu określono zakres oceny pielęgniarstwa.
  - OS 3 Pacjent jest badany bezpośrednio po przyjęciu do szpitala.
  - OS 4 W szpitalu określono zasady konsultowania pacjentów.
  - OS 5 Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera:
    - OS 5.1 dane identyfikacyjne,
    - OS 5.2 wskazanie osób lub osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia,
    - OS 5.3 wyniki badania podmiotowego,
    - OS 5.4 ocenę stanu psychicznego pacjenta,
    - OS 5.5 ocenę stanu społecznego pacjenta,
    - OS 5.6 wyniki badania przedmiotowego,
    - OS 5.7 ocenę potrzeb żywieniowych każdego pacjenta,
    - OS 5.8 rozpoznanie,
    - OS 5.9 codzienną ocenę lekarską,
    - OS 5.10 ocenę pielęgniarstwa,
    - OS 5.11 zapis określający lekarza odpowiedzialnego za opiekę nad pacjentem,
    - OS 5.12 epikryzę ustaloną w czasie wypisu,
    - OS 5.13 zalecenia końcowe.
-



## OCENA STANU PACJENTA (OS)

Stan zdrowia pacjenta i określone, wynikające z tego potrzeby zdrowotne powinny zostać ocenione bezpośrednio po przyjęciu do szpitala. Ocena pacjenta powinna być kompleksowa, tak by mogła być podstawą do ustalenia planu opieki obejmującego działania diagnostyczne i terapeutyczne. Ocena stanu pacjenta powinna być oceną zespołową.

### OS 1

#### W szpitalu określono zakres wywiadu lekarskiego i badania fizykalnego.

##### **Wyjaśnienie**

W szpitalu określono minimalny zestaw informacji, które powinny być uwzględnione w rutynowym badaniu podmiotowym i przedmiotowym. Zakres wywiadu lekarskiego i badania fizykalnego pacjenta może różnić się w poszczególnych oddziałach zgodnie z ich specyfiką, jednak powinien uwzględniać wszechstronne podejście do pacjenta.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – W szpitalu określono zakres wywiadu lekarskiego i badania fizykalnego.
- 1 – W szpitalu nie określono zakresu wywiadu lekarskiego i badania fizykalnego.

### OS 2

#### W szpitalu określono zakres oceny pielęgniarstwa.

##### **Wyjaśnienie**

Ocena pielęgniarstwa powinna dotyczyć każdego hospitalizowanego pacjenta i stanowić podstawę dla określenia problemów pielęgnacyjnych oraz planu opieki. Elementami oceny pielęgniarstwa jest także ocena stanu psychicznego i społecznego pacjenta. Historia pielęgnowania powinna stanowić integralną część historii choroby pacjenta. Szpital powinien określić częstotliwość dokonywania oceny.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – W szpitalu określono zakres oceny pielęgniarstwa.
- 1 – W szpitalu nie określono zakresu oceny pielęgniarstwa.

## OS 3

**Pacjent jest badany bezpośrednio po przyjęciu do szpitala.****Wyjaśnienie**

Ocena powinna być dokonana bezpośrednio po przyjęciu i odnotowana w dokumentacji pacjenta. W przypadku niemożności zebrania wywiadu w chwili przyjęcia, co powinno zostać odnotowane w historii choroby, konieczne informacje powinny być uzyskane od pacjenta lub innych osób w możliwie najszyszym terminie.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – 100% dokumentacji medycznej zawiera ocenę przeprowadzoną bezpośrednio po przyjęciu do szpitala.
- 1 – Poniżej 100% dokumentacji medycznej zawiera ocenę przeprowadzoną bezpośrednio po przyjęciu do szpitala.

## OS 4

**W szpitalu określono zasady konsultowania pacjentów.****Wyjaśnienie**

Opracowane w szpitalu zasady powinny określać czas i osoby wyznaczone do konsultacji planowych i nagłych. Dotyczy to także konsultacji poza szpitalem oraz konsultacji nagłych w weekendy i święta. Informacje o sposobie uzyskiwania konsultacji powinny być łatwo dostępne we wszystkich obszarach sprawowania opieki. Należy również określić sposób dokumentowania konsultacji.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono zasady konsultowania pacjentów z konsultacji planowych, jak i nagłych.
- 3 – W szpitalu wdrożono zasady konsultowania pacjentów w sytuacjach planowych.
- 1 – W szpitalu nie wdrożono zasad konsultowania pacjentów.

## OS 5

**Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera:****Wyjaśnienie**

Standard jest sprawdzany na podstawie przeglądu zamkniętej dokumentacji archiwalnej oraz dokumentacji otwartej znajdującej się w oddziałach.

OS

## OS 5.1

**dane identyfikacyjne,****Wyjaśnienie**

Dane identyfikacyjne obejmują przynajmniej: imię, nazwisko, płeć, numer identyfikacyjny (PESEL) lub przy jego braku datę urodzenia, dane kontaktowe pacjenta (telefon, adres).

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

5 – 100% dokumentacji medycznej zawiera dane identyfikacyjne pacjenta.

1 – Poniżej 100% dokumentacji medycznej zawiera dane identyfikacyjne pacjenta.

## OS 5.2

**wskazanie osób lub osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia,****Wyjaśnienie**

W dokumentacji medycznej powinno znajdować się nazwisko, imię i numer telefonu osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz do wglądu w jego dokumentację medyczną. Brak wskazania takiej osoby powinien być także odnotowany w historii choroby.

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

5 – 90-100% dokumentacji medycznej zawiera zapis określający osobę upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta.

3 – 70-89% dokumentacji medycznej zawiera zapis określający osobę upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta.

1 – Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera zapis określający osobę upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta.

### OS 5.3

#### wyniki badania podmiotowego,

##### **Wyjaśnienie:**

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

- a) powód przyjęcia,
- b) główne dolegliwości,
- c) ewentualne inne dolegliwości,
- d) przebieg dotychczasowego leczenia,
- e) stosowane leki,
- f) uczulenia i idiosynkrazje,
- g) przebyte choroby i operacje,
- h) używki, diety,
- i) wywiad rodzinny i środowiskowy.

Jeżeli nie jest możliwe zebranie danych, to fakt ten powinien być odnotowany w historii choroby.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej

##### **Punktowanie**

- 5 – 100% dokumentacji medycznej zawiera wyniki badania podmiotowego.
- 1 – Poniżej 100% dokumentacji medycznej zawiera wyniki badania podmiotowego.

### OS 5.4

#### ocenę stanu psychicznego pacjenta,

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej

##### **Punktowanie**

- 5 – 90-100% dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu psychicznego.
- 3 – 70-89% dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu psychicznego.
- 1 – Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu psychicznego.

### OS 5.5

#### ocenę stanu społecznego pacjenta,

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej

##### **Punktowanie**

- 5 – 90-100% dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu społecznego.
- 3 – 70-89% dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu społecznego.
- 1 – Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu społecznego.

## OS 5.6

**wyniki badania przedmiotowego,****Wyjaśnienie**

Badanie przedmiotowe powinno obejmować co najmniej ustalony przez szpital zakres rutynowego badania fizykalnego.

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

5 – 100% dokumentacji medycznej zawiera wyniki badania przedmiotowego.

1 – Poniżej 100% dokumentacji medycznej zawiera wyniki badania przedmiotowego.

## OS 5.7

**ocenę potrzeb żywieniowych każdego pacjenta,****Wyjaśnienie**

Każdy pacjent przyjęty do szpitala powinien być oceniony pod kątem potrzeb żywieniowych (czy wymaga terapii żywieniowej lub specjalnej diety, czy istnieje ryzyko niedożywienia w trakcie diagnostyki i leczenia). Ocena dokumentowana jest w historii choroby.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

5 – 90-100% dokumentacji medycznej zawiera ocenę potrzeb żywieniowych.

3 – 70-89% dokumentacji medycznej zawiera ocenę potrzeb żywieniowych.

1 – Mniej niż 70% dokumentacji medycznej zawiera ocenę potrzeb żywieniowych.

## OS 5.8

**rozpoznanie,****Wyjaśnienie**

Historia choroby powinna zawierać powód przyjęcia i rozpoznanie wstępne oraz rozpoznanie ostateczne ustalone na koniec hospitalizacji. Rozpoznanie wstępne nie musi oznaczać podania jednostki nozologicznej według klasyfikacji ICD, ale może być rozpoznaniem objawowym.

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

5 – 100% dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie.

1 – Poniżej 100% dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie.

## OS 5.9

### codzienną ocenę lekarską,

#### **Wyjaśnienie**

Ocena dotycząca przebiegu leczenia musi być dokonywana codziennie, aby na bieżąco rejestrować zmiany stanu pacjenta. Jest to podstawa do ewentualnej modyfikacji planu opieki.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – 90-100% dokumentacji medycznej zawiera codzienne oceny lekarskie.
- 3 – 70-89% dokumentacji medycznej zawiera codzienne oceny lekarskie.
- 1 – Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera codzienne oceny lekarskie.

## OS 5.10

### ocenę pielęgniarską,

#### **Wyjaśnienie**

Ocena pielęgniarska powinna być dokonywana na koniec każdego dyżuru i dotyczyć uzyskanych efektów pielęgnowania. Stanowi ona istotne źródło informacji o pacjencie, pozwalające na modyfikowanie planu opieki.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – 90-100% dokumentacji medycznej zawiera oceny pielęgniarskie.
- 3 – 70-89% dokumentacji medycznej zawiera oceny pielęgniarskie.
- 1 – Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera oceny pielęgniarskie.

## OS 5.11

### zapis określający lekarza odpowiadającego za opiekę nad pacjentem,

#### **Wyjaśnienie**

Osobą odpowiadającą za pacjentów może być ordynator/kierujący oddziałem, bądź wskazani przez niego lekarze posiadający odpowiednie doświadczenie. Nazwisko lekarza prowadzącego powinno być zapisane w historii choroby.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej

#### **Punktowanie**

- 5 – 90-100% dokumentacji medycznej zawiera zapis określający lekarza odpowiadającego za opiekę nad pacjentem.
- 3 – 70-89% dokumentacji medycznej zawiera zapis określający lekarza odpowiadającego za opiekę nad pacjentem.
- 1 – Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera zapis określający lekarza odpowiadającego za opiekę nad pacjentem.

## OS 5.12

**epikryzę ustaloną w czasie wypisu,****Wyjaśnienie**

Epikryza stanowi krytyczne, analityczne podsumowanie odnoszące się do postępowania diagnostycznego i/lub terapeutycznego w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu. Obejmuje też informacje o uzyskanych efektach, skutkach ubocznych zastosowanego postępowania i ewentualnych zdarzeniach niepożądanych.

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

5 – 90-100% dokumentacji medycznej zawiera epikryzę.

3 – 70-89% dokumentacji medycznej zawiera epikryzę.

1 – Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera epikryzę.

## OS 5.13

**zalecenia końcowe.****Wyjaśnienie**

Zalecenia dotyczące dalszego postępowania z pacjentem powinny być sformułowane adekwatnie do adresata tych zaleceń (np. osobne zalecenia dla pacjenta i osobne dla lekarza przejmującego opiekę nad pacjentem). Adresatem zaleceń powinien być nie tylko pacjent, ale też lekarz kierujący na konsultację lub lekarz, który będzie sprawował dalszą opiekę nad chorym.

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

5 – 90-100% dokumentacji medycznej zawiera zalecenia dla lekarza i dla pacjenta.

3 – 70-89% dokumentacji medycznej zawiera zalecenia dla lekarza i dla pacjenta.

1 – Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera zalecenia dla lekarza i dla pacjenta.





---

OPIEKA

---

NAD PACJENTEM

---

---

# OPIEKA

---

# NAD PACJENTEM

---

- OP 1 Każdy pacjent ma opracowany plan opieki.
    - OP 1.1 Plan opieki jest modyfikowany w zależności od potrzeb.
  - OP 2 W szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania (SOP).
    - OP 2.1 W każdym oddziale funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania.
    - OP 2.2 W szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia.
  - OP 3 Pracownicy szpitala są szkoleni w resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
  - OP 4 W szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia.
    - OP 4.1 Leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki.
    - OP 4.2 Sprzęt używany w stanach nagłego zagrożenia życia jest łatwo dostępny w miejscach świadczenia opieki medycznej.
  - OP 5 W szpitalu prowadzona jest analiza częstości i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych.
  - OP 6 W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu.
-

## OPIEKA NAD PACJENTEM (OP)

Opieka nad pacjentem oznacza wszelkie działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia pacjenta, w tym postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne. Plan opieki obejmuje główne działania, jakie zamierza podjąć lekarz we współpracy z pielęgniarką, fizjoterapeutą, farmakologiem klinicznym, psychologiem, dietetykiem i innymi pracownikami medycznymi adekwatnie do potrzeb. Plan jest opracowywany na podstawie oceny stanu pacjenta i jego potrzeb.

### OP 1

#### Każdy pacjent ma opracowany plan opieki.

##### **Wyjaśnienie**

W oparciu o wywiad, badanie fizykalne i wstępne wyniki innych badań opracowywany jest plan opieki nad pacjentem. Plan powinien być opracowany przy przyjęciu pacjenta do szpitala. W uzasadnionych przypadkach w miejsce indywidualnego planu opieki można wykorzystywać Standardowe Procedury Postępowania (ang. SOP – Standard Operating Procedure). Dla przyjęć planowych optymalne jest opracowanie planu przed hospitalizacją. W stanach potencjalnego zagrożenia życia indywidualny plan opieki powinien być opracowany po ustabilizowaniu funkcji życiowych. Plan powinien być odnotowany w historii choroby.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej

##### **Punktowanie**

- 5 – 90-100% pacjentów ma opracowany plan opieki.
- 3 – 70-89% pacjentów ma opracowany plan opieki.
- 1 – Poniżej 70% pacjentów ma opracowany plan opieki.

### OP 1.1

#### Plan opieki jest modyfikowany w zależności od potrzeb.

##### **Wyjaśnienie**

Zmiana stanu zdrowia pacjenta lub uzyskanie nieoczekiwanych wyników badań, a także brak możliwości realizacji zaplanowanych działań diagnostycznych/terapeutycznych mogą wymagać aktualizacji przyjętego planu opieki.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej

##### **Punktowanie**

- 5 – 90-100% dokumentacji medycznej zawiera konieczne modyfikacje planu opieki.
- 3 – 70-89% dokumentacji medycznej zawiera konieczne modyfikacje planu opieki.
- 1 – Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera konieczne modyfikacje planu opieki.

## OP 2

**W szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania (SOP).****Wyjaśnienie**

Standardowe Procedury Operacyjne (ang. SOP – Standard Operating Procedure) są to plany rutynowego postępowania, opracowane dla wybranych jednostek chorobowych, procedur diagnostycznych lub leczniczych w oparciu o wytyczne postępowania klinicznego, z uwzględnieniem lokalnych warunków. Mogą być opracowane w formie algorytmów, z uwzględnieniem kilku ścieżek postępowania. Powinny wskazywać osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych działań w ramach opisywanej procedury. Powinny być łatwo dostępne, znane i stosowane przez personel.

## OP 2.1

**W każdym oddziale funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania.****Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W każdym oddziale szpitala opracowano i wdrożono co najmniej jedną Standardową Procedurę Postępowania.
- 3 – W każdym oddziale szpitala opracowano co najmniej jedną Standardową Procedurę Postępowania.
- 1 – Standardy postępowania opierają się o zwyczaje funkcjonujące w szpitalu.

## OP 2.2

**W szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia.****Wyjaśnienie**

Dbając o efektywność postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia, w szpitalu powinno się opracować i aktualizować zasady rozpoznawania i postępowania przynajmniej w przypadkach utraty przytomności, zatrzymania oddychania i krążenia. Standardowe Procedury Postępowania powinny zawierać algorytm, zgodny z zaleceniami Europejskiej Rady Resuscytacji lub AHA (American Heart Association).

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano i wdrożono Standardowe Procedury Postępowania w stanach zagrożenia życia.
- 3 – W szpitalu opracowano Standardowe Procedury Postępowania w stanach zagrożenia życia.
- 1 – Szpital nie posiada Standardowych Procedur Postępowania w stanach zagrożenia życia.

## OP 3

**Pracownicy szpitala są szkoleni w resuscytacji krążeniowo-oddechowej.****Wyjaśnienie**

Podstawowe znaczenie mają regularne, organizowane nie rzadziej niż raz w roku, podstawowe szkolenia w standardzie BLS (ang. Basic Life Support) w resuscytacji krążeniowo-oddechowej dla całego personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pozostałego personelu medycznego. Pozostały personel szpitala 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**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Personel medyczny jest regularnie, przynajmniej raz w roku, szkolony w resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
- 3 – Większość personelu medycznego jest regularnie, przynajmniej raz w roku, szkolona w resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
- 1 – Personel medyczny nie jest regularnie szkolony w resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

## OP 4

**W szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia.****Wyjaśnienie**

W szpitalu, w obszarach gdzie świadczona jest opieka medyczna, zapewniona powinna być dostępność leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia. Ich rodzaj, ilość i sposób zabezpieczenia, uzupełniania oraz wymiany powinny zostać określone w formie pisemnej. Minimalny zestaw dostępnych leków i materiałów powinien być zgodny z aktualnymi wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji lub analogicznym opracowaniem. W szpitalu powinno się wyznaczyć osobę odpowiadającą za aktualizację listy leków, sprzętu i materiałów niezbędnych w stanach nagłego zagrożenia życia.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia.
- 1 – W szpitalu nie określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia.

## OP 4.1

### **Leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki.**

#### **Wyjaśnienie**

Leki i materiały powinny być przechowywane w sposób funkcjonalny, umożliwiający szybkie dotarcie do pacjenta oraz dogodne korzystanie z zestawu. Zestawy powinny podlegać kontroli, która uwzględnia:

- a) skład zestawu,
- b) datę ważności,
- c) warunki przechowywania,
- d) sposób uzupełniania wykorzystanych leków i materiałów.

#### **Sprawdzenie**

- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

- 5 – Zestawy stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są dostępne, funkcjonalne oraz kontrolowane w miejscach świadczenia opieki.
- 3 – Zestawy stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są dostępne, lecz niefunkcjonalne lub niekontrolowane.
- 1 – Zestawy stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są niedostępne w miejscach świadczenia opieki medycznej.

## OP 4.2

### **Sprzęt używany w stanach nagłego zagrożenia życia jest łatwo dostępny w miejscach świadczenia opieki medycznej.**

#### **Wyjaśnienie**

Sprzęt używany w stanach nagłego zagrożenia życia musi być dostępny w szpitalu. Dostępność powinna gwarantować możliwość szybkiego skorzystania z tego sprzętu. Sprzęt powinien być okresowo kontrolowany, tak aby był sprawny i gotowy do użycia, gwarantując możliwość niezwłocznej pomocy choremu.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

- 5 – Sprzęt używany w stanach nagłego zagrożenia życia jest łatwo dostępny i właściwie kontrolowany w miejscach świadczenia opieki.
- 1 – Sprzęt używany w stanach nagłego zagrożenia życia nie jest łatwo dostępny lub nie jest właściwie kontrolowany w miejscach świadczenia opieki.

## OP 5

**W szpitalu prowadzona jest analiza częstości i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych.****Wyjaśnienie**

Analiza przeprowadzonych reanimacji powinna obejmować:

- a) przyczynę zatrzymania oddychania lub krążenia,
- b) czas rozpoczęcia czynności reanimacyjnych,
- c) zgodność postępowania z przyjętym algorytmem,
- d) ocenę postępowania osób uczestniczących.

Podsumowaniem analizy powinny być wnioski dotyczące:

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

Wyniki analizy powinny być przedstawione personelowi medycznemu raz na pół roku, z wyłączeniem danych personalnych.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu prowadzi się analizę skuteczności przeprowadzonych reanimacji i wyciąga wnioski.
- 3 – W szpitalu prowadzi się analizę skuteczności przeprowadzonych reanimacji w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie prowadzi się analizy skuteczności przeprowadzonych reanimacji.

## OP 6

**W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu.****Wyjaśnienie**

Obowiązkiem szpitala jest leczenie bólu u pacjenta poprzez:

- a) identyfikację pacjentów z dolegliwościami bólowymi,
- b) ocenę (skalę) stopnia nasilenia dolegliwości,
- c) wdrożenie adekwatnego leczenia przyczynowego lub objawowego.

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.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu.
- 3 – W szpitalu opracowano i nie w pełni wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu.
- 1 – W szpitalu nie wdrożono procedury oceny i skutecznego leczenia bólu.





---

# KONTROLA ZAKAŽENÍ

---

---

# KONTROLA ZAKAŻEŃ

---

- KZ 1 W szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń. Redukowanie ryzyka zakażeń obejmuje:
- KZ 1.1 efektywne funkcjonowanie zespołu i komitetu ds. kontroli zakażeń,
  - KZ 1.2 mycie i dezynfekcję rąk,
  - KZ 1.3 sprzątanie i dekontaminację pomieszczeń szpitalnych,
  - KZ 1.4 mycie i dekontaminację sprzętu użytkowego,
  - KZ 1.5 mycie, dezynfekcję i sterylizację sprzętu medycznego,
  - KZ 1.6 postępowanie z bielizną szpitalną,
  - KZ 1.7 stosowanie środków ochrony osobistej,
  - KZ 1.8 szczepienia personelu,
  - KZ 1.9 postępowanie po ekspozycji zawodowej,
  - KZ 1.10 izolację chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia,
  - KZ 1.11 identyfikację i wygaszanie ogniska epidemicznego.
- KZ 2 W szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń.
- KZ 2.1 W szpitalu przyjęto kryteria rozpoznawania zakażeń.
  - KZ 2.2 W szpitalu prowadzona jest walidacja danych o zakażeniach.
- KZ 3 W szpitalu prowadzona jest analiza dotycząca szczepów wieloopornych.
- KZ 4 Kierownictwo i personel szpitala regularnie zapoznają się z wynikami monitorowania zakażeń.
- KZ 5 Personel systematycznie uczestniczy w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych.
- KZ 6 W szpitalu wdrożono program racjonalnej polityki antybiotykowej.
- KZ 7 W szpitalu wdrożono antybiotykową profilaktykę okołozabiegową.
-

## KONTROLA ZAKAŻEŃ (KZ)

Profilaktyka i terapia zakażeń to jeden z najbardziej istotnych aspektów jakości opieki. Nadzór nad zakażeniami powinien uwzględniać: opracowanie i wdrożenie procedur higienicznych, szkolenia pracowników, monitorowanie i analizowanie danych oraz podejmowanie działań dla poprawy. Personel medyczny powinien otrzymywać informacje zwrotne o wynikach prowadzonych działań. Systematyczne monitorowanie i zapobieganie zakażeniom jest zadaniem wszystkich zatrudnionych w szpitalu.

KZ 1

### W szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń.

KZ

#### *Wyjaśnienie dla standardów KZ 1.1 – KZ 1.11.*

W szpitalu powinny zostać opracowane i wdrożone skoordynowane procedury redukcji ryzyka endemicznych i epidemicznych zakażeń u pacjentów i osób zatrudnionych. Procedury powinny być zgodne z obowiązującym prawem i aktualną wiedzą medyczną, zweryfikowane przez zespół i komitet kontroli zakażeń, dostosowane do specyfiki szpitala, liczby leczonych pacjentów, charakterystyki populacji objętej opieką, liczby personelu. Efektywne wdrożenie procedur wymaga określenia osób odpowiedzialnych, edukacji personelu i właściwej koordynacji w szpitalu.

#### **Redukowanie ryzyka zakażeń obejmuje:**

KZ 1.1

#### **efektywne funkcjonowanie zespołu i komitetu ds. kontroli zakażeń,**

##### *Wyjaśnienie*

By zapewnić efektywne działanie zespołu i komitetu ds. kontroli zakażeń szpital powinien zapewnić:

- a) regularne szkolenia dla zespołu i komitetu,
- b) środki niezbędne dla realizacji zadań,
- c) okresową weryfikację działalności zespołu.

Zespół dokonuje okresowej oceny wdrożonych procedur, stosowanej antybiotykoterapii, ocenia wiarygodność monitorowania zakażeń. Spotkania zespołu odbywają się regularnie, nie rzadziej niż raz na miesiąc. Spotkania komitetu odbywają się nie rzadziej niż raz na pół roku. Wyniki pracy zespołu powinny być znane personelowi medycznemu szpitala. Program pracy zespołu ds. kontroli zakażeń jest aktualizowany corocznie przy udziale osób świadczących opiekę z różnych grup zawodowych.

##### *Sprawdzenie*

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń

##### *Punktowanie*

- 5 – Zespół ds. kontroli zakażeń prowadzi efektywny nadzór nad zakażeniami.
- 3 – Zespół ds. kontroli zakażeń został powołany, ale prowadzi nadzór nad zakażeniami w ograniczonym zakresie.
- 1 – Zespół ds. kontroli zakażeń został powołany, ale nie prowadzi nadzoru nad zakażeniami.

## KZ 1.2

**mycie i dezynfekcję rąk,****Wyjaśnienie**

Procedura mycia i dezynfekcji rąk powinna być wdrożona i monitorowana (np. poprzez kontrolę mikrobiologiczną, obserwację bezpośrednią, ocenę zużycia środków myjąco-dezynfekcyjnych). W szpitalu powinno zapewnić się regularne szkolenia dla personelu, oraz dostępność środków do mycia i dezynfekcji rąk.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono procedurę mycia i dezynfekcji rąk i jest ona okresowo monitorowana.
- 3 – W szpitalu wdrożono procedurę mycia i dezynfekcji rąk.
- 1 – W szpitalu nie wdrożono procedury mycia i dezynfekcji rąk.

## KZ 1.3

**sprzątanie i dekontaminację pomieszczeń szpitalnych,****Wyjaśnienie**

W szpitalu należy opracować procedurę sprzątania i dekontaminacji pomieszczeń, ze szczególnym zwróceniem uwagi na obszary takie jak: blok operacyjny, oddział intensywnej terapii/OIOM, oddział położniczo-noworodkowy oraz sale zabiegowe.

Procedura sprzątania i dezynfekcji powinna uwzględniać:

- a) podział pomieszczeń na klasy czystości,
- b) dobór środków dezynfekcyjnych,
- c) częstotliwość stosowania środków myjących i dezynfekcyjnych,
- d) stężenie środków dezynfekcyjnych,
- e) określenie osób odpowiedzialnych za sprzątanie i dekontaminację,
- f) częstotliwość kontroli wewnętrznych.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono procedurę mycia i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych.
- 3 – W szpitalu wdrożono procedurę mycia i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie wdrożono procedury mycia i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych.

## KZ 1.4

**mycie i dekontaminację sprzętu użytkowego,****Wyjaśnienie**

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

- a) dobór środków myjących i dezynfekcyjnych,
- b) częstotliwość stosowania środków myjących i dezynfekcyjnych,
- c) stężenie środków dezynfekcyjnych,
- d) osoby odpowiedzialne za sprzątanie i dekontaminację,
- e) osoby odpowiedzialne za nadzór nad dekontaminacją sprzętu użytkowego.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono procedurę dekontaminacji sprzętu użytkowego.  
 3 – W szpitalu wdrożono procedurę dekontaminacji sprzętu użytkowego w ograniczonym zakresie.  
 1 – W szpitalu nie wdrożono procedury dekontaminacji sprzętu użytkowego.

## KZ 1.5

**mycie, dezynfekcję i sterylizację sprzętu medycznego,****Wyjaśnienie**

Procedura mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego powinna obejmować każdy sprzęt wielorazowego użycia, który może być potencjalnym źródłem zakażenia. W szpitalu powinno określić się procedurę dekontaminacji sprzętu uwzględniającą:

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

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono procedurę mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego i jest ona regularnie nadzorowana.  
 3 – W szpitalu wdrożono procedurę mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu w ograniczonym zakresie lub brak jest regularnego nadzoru.  
 1 – W szpitalu nie wdrożono procedury mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu.

## KZ 1.6

**postępowanie z bielizną szpitalną,****Wyjaśnienie**

W szpitalu określono sposób postępowania z bielizną czystą i brudną.

Procedura powinna uwzględniać m.in.:

- a) segregację bielizny,
- b) jej oznakowanie,
- c) sposób transportu,
- d) pranie,
- e) osoby odpowiedzialne za poszczególne czynności.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

5 – W szpitalu wdrożono procedurę dotyczącą postępowania z bielizną szpitalną.

3 – W szpitalu wdrożono procedurę dotyczącą postępowania z bielizną szpitalną w ograniczonym zakresie.

1 – W szpitalu nie wdrożono procedury dotyczącej postępowania z bielizną szpitalną.

## KZ 1.7

**stosowanie środków ochrony osobistej,****Wyjaśnienie**

Środki ochrony osobistej obejmują maski, rękawiczki, odzież ochronną, itp. W szpitalu powinny zostać opracowane zasady stosowania tych środków (w szczególności w: gabinetach zabiegowych, bloku operacyjnym, pomieszczeniach do izolacji), a także informacje na temat ich dostępności, miejsca przechowywania ze wskazaniem osób odpowiedzialnych za zapewnienie dostępności.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem
- 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 1.8

**szczepienia personelu,****Wyjaśnienie**

Szpital powinien zapewnić szczepienia w szczególności przeciwko WZW i grypie dla wszystkich osób zatrudnionych w obszarach świadczenia opieki. Informacja o rodzajach i terminach szczepień powinna być łatwo dostępna. Szpital powinien gromadzić informacje o poziomie wyszczepienia pracowników, jak również o absencji chorobowej z powodu grypy.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu udokumentowano szczepienie co najmniej 80% personelu medycznego.
- 3 – W szpitalu zapewnia się szczepienia personelu medycznego w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie organizuje się szczepień personelu medycznego.

## KZ 1.9

**postępowanie po ekspozycji zawodowej,****Wyjaśnienie**

Jeżeli w trakcie wykonywania przez personel czynności dojdzie do zranienia, które może stanowić zagrożenie, np. zakłucia grożącego zakażeniem WZW typu B lub C oraz HIV, powinna zostać wdrożona procedura postępowania po ekspozycji na czynniki zakaźne. W szpitalu powinna zostać opracowana stosowna procedura, uwzględniająca edukację personelu w tym zakresie.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej i jest ona znana personelowi.
- 3 – W szpitalu opracowano procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej, lecz nie jest ona znana całemu personelowi.
- 1 – W szpitalu nie opracowano procedury postępowania po ekspozycji zawodowej.

## KZ 1.10

**izolację chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia,****Wyjaśnienie**

W szpitalu powinny zostać opracowane sposoby postępowania i izolacji chorych stanowiących zagrożenie epidemiologiczne (zakażonych lub skolonizowanych niebezpiecznymi patogenami) oraz chorych o podwyższonym ryzyku zakażenia z powodu obniżonej odporności. Procedury powinny dotyczyć co najmniej izolacji kontaktowej i kropelkowej, oraz szybkiej identyfikacji pacjentów, wymagających izolacji oddechowej i ochronnej, z możliwością niezwłocznego przekazania tych pacjentów do ośrodków specjalistycznych. Izolacja pacjenta powinna uwzględniać:

- a) standardowe środki ostrożności (w odniesieniu do wszystkich pacjentów wymagających izolacji),
- b) dodatkowe środki ostrożności specyficzne dla drogi przenoszenia drobnoustrojów: kontaktowej, powietrzno-kropelkowej, powietrzno-pyłowej (w odniesieniu do pacjentów z udokumentowaną lub podejrzaną kolonizacją lub zakażeniem określonym drobnoustrojem),
- c) pacjentów w trzech grupach ryzyka, będących:
  - źródłem zakażenia patogenami alarmowymi (np. MRSA, MRSE, VRSA, VRE, ESBL (+), Pseudomonas, Acinetobacter, S. pyogenes, gruźlica),
  - z podejrzeniem choroby wysoce zakaźnej,
  - o podwyższonym ryzyku zakażenia z powodu obniżonej odporności.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono procedury dotyczące izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia.
- 3 – W szpitalu wdrożono procedury dotyczące izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie wdrożono procedur izolacji chorych zakażonych lub postępowania z chorymi o podwyższonym ryzyku zakażenia.

## KZ 1.11

**identyfikację i wygaszanie ogniska epidemicznego.****Wyjaśnienie**

W szpitalu powinna zostać wdrożona procedura szybkiej identyfikacji ogniska epidemicznego, jego potwierdzenia, określenia rezerwuaru i dróg przenoszenia drobnoustroju epidemicznego. Powinna też zostać określona procedura wygaszania ogniska epidemicznego obejmująca: powołanie zespołu odpowiedzialnego za przygotowanie planu monitorowania i wygaszania ogniska, współpracę z jednostkami zewnętrznymi oraz właściwe dokumentowanie.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano procedurę identyfikacji i wygaszania ogniska epidemicznego.
- 3 – W szpitalu opracowano procedurę identyfikacji i wygaszania ogniska epidemicznego w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie opracowano procedury identyfikacji i wygaszania ogniska epidemicznego.



## KZ 2

**W szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń.****Wyjaśnienie**

Monitorowanie jest pierwszym etapem działań zmierzających do redukcji ryzyka zakażeń w szpitalu. Polega na wyszukiwaniu, rejestracji oraz analizie danych. Zebrane i przeanalizowane dane stanowią podstawę do podejmowania celowych działań. Program monitorowania powinien uwzględniać dane epidemiologicznie istotne dla szpitala uzyskiwane z:

- a) oddziałów,
- b) przychodni/ambulatoriów,
- c) izby przyjęć/oddziału ratunkowego,
- d) laboratorium mikrobiologicznego,
- e) apteki.

W zależności od typu szpitala, rodzaju świadczonych usług i pacjentów objętych opieką monitorowanie dotyczy w szczególności zakażeń:

- a) miejsca operowanego,
- b) dróg moczowych,
- c) dróg oddechowych, w tym zapalenia płuc u pacjentów leczonych respiratorem,
- d) łożyska naczyniowego (sepsa pierwotna, sepsa odcewnikowa),
- e) krwiopochodnych.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń.  
 3 – W szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń w ograniczonym zakresie.  
 1 – W szpitalu nie wdrożono programu monitorowania zakażeń.

## KZ 2.1

**W szpitalu przyjęto kryteria rozpoznawania zakażeń.****Wyjaśnienie**

Kryteria rozpoznawania zakażenia powinny dotyczyć przynajmniej zakażeń:

- a) miejsca operowanego,
- b) dróg moczowych,
- c) dróg oddechowych,
- d) łożyska naczyniowego i zakażeń przenoszonych drogą krwiopochodną.

W oparciu o aktualną wiedzę oraz wiarygodne wytyczne szpital powinien określić kryteria dla poszczególnych rozpoznań, uwzględniając swoje możliwości diagnostyczne.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu przyjęto kryteria rozpoznawania zakażeń i są one znane personelowi.  
 3 – W szpitalu przyjęto kryteria rozpoznawania zakażeń.  
 1 – W szpitalu nie przyjęto kryteriów rozpoznawania zakażeń.

## KZ 2.2

**W szpitalu prowadzona jest walidacja danych o zakażeniach.****Wyjaśnienie**

W szpitalu powinien funkcjonować mechanizm wewnętrznego sprawdzania wiarygodności danych dotyczących zakażeń. Analiza powinna być wszechstronna i obejmować różne aspekty związane potencjalnie z zakażeniami, w szczególności:

- a) zlecenia na antybiotyki,
- b) liczbę gorączkujących pacjentów,
- c) wyniki badań mikrobiologicznych,
- d) retrospektywną analizę dokumentacji medycznej.

Walidacja powinna być prowadzona regularnie, np. raz na kwartał. Na podstawie analizy dokonywana jest ocena wiarygodności gromadzonych danych.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu regularnie prowadzona jest walidacja danych o zakażeniach.
- 3 – W szpitalu prowadzona jest walidacja danych o zakażeniach w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie funkcjonuje system regularnej walidacji danych dotyczących zakażeń.

## KZ 3

**W szpitalu prowadzona jest analiza dotycząca szczepów wieloopornych.****Wyjaśnienie**

W obszarach strategicznych dla epidemiologii szpitalnej, tj. oddziałach intensywnej terapii i innych oddziałach o wysokim zużyciu antybiotyków powinna być prowadzona analiza trendów zmian lekooporności. W szpitalu powinno wdrożyć się strategię zapobiegania lekooporności obejmującą w szczególności:

- a) odpowiednie wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej,
- b) identyfikację nieracjonalnego i błędnego stosowania antybiotyków,
- c) raportowanie danych o szczepach wieloopornych,
- d) przerywanie dróg transmisji szczepów wieloopornych.

W szpitalu gromadzone są również informacje o kolonizacji szczepami wieloopornymi przyjmowanych pacjentów.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad w aptece
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu prowadzona jest analiza dotycząca szczepów wieloopornych.
- 3 – W szpitalu prowadzona jest analiza dotycząca szczepów wieloopornych w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie prowadzi się analizy dotyczącej występowania szczepów wieloopornych.

## KZ 4

**Kierownictwo i personel szpitala regularnie zapoznają się z wynikami monitorowania zakażeń.****Wyjaśnienie**

Wyniki monitorowania zakażeń powinny być przedmiotem analizy i skutkować propozycją zmian w funkcjonowaniu oddziałów lub programie kontroli zakażeń. Wyniki monitorowania zakażeń winny być przedstawiane personelowi szpitala przynajmniej raz na pół roku.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Kierownictwo i personel szpitala regularnie, przynajmniej raz na pół roku zapoznają się z wynikami monitorowania zakażeń.
- 3 – Kierownictwo i personel szpitala rzadziej niż raz na pół roku zapoznają się z wyniki monitorowania zakażeń.
- 1 – Kierownictwo i personel szpitala nie zapoznają się z wynikami monitorowania zakażeń.

## KZ 5

**Personel systematycznie uczestniczy w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych.****Wyjaśnienie**

W szkoleniach z zakresu zakażeń powinien uczestniczyć personel medyczny i niemedyczny, adekwatnie do wykonywanych obowiązków. Pracownicy firm zewnętrznych świadczących usługi na rzecz szpitala powinni być także szkoleni na temat zakażeń.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji pracowników
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Personel szpitala przynajmniej dwa razy w roku uczestniczy w szkoleniach na temat zakażeń.
- 3 – Większość personelu szpitala dwa razy w roku uczestniczy w szkoleniach na temat zakażeń.
- 1 – Personel nie uczestniczy w szkoleniach na temat zakażeń.

## KZ 6

**W szpitalu wdrożono program racjonalnej polityki antybiotykowej.****Wyjaśnienie**

Obowiązujący w szpitalu program antybiotykoterapii powinien obejmować co najmniej:

- a) zasady zlecenia badań mikrobiologicznych w przypadku podejrzenia zakażenia,
- b) zalecenia dotyczące terapii empirycznej i celowanej najczęściej leczonych zakażeń,
- c) zalecenia dotyczące profilaktycznego stosowania antybiotyków,
- d) monitorowanie zmian w lekooporności drobnoustrojów szpitalnych,
- e) szpitalną listę antybiotyków, tryb ich zamawiania i zasady stosowania,
- f) monitorowanie ilości i zasadności zlecanych antybiotyków,
- g) regularne szkolenia dla personelu medycznego.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono program racjonalnej antybiotykoterapii.
- 3 – W szpitalu wdrożono program racjonalnej antybiotykoterapii w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie wdrożono programu racjonalnej antybiotykoterapii.

## KZ 7

**W szpitalu wdrożono antybiotykową profilaktykę okołozabiegową.****Wyjaśnienie**

Zespół ds. kontroli zakażeń, w porozumieniu z lekarzami poszczególnych oddziałów zabiegowych, powinien opracować i wdrożyć standardową procedurę postępowania dla prowadzenia profilaktyki okołozabiegowej u pacjentów operowanych z uwzględnieniem:

- a) rodzajów zabiegów i kategorii pacjentów, u których powinna być stosowana profilaktyka,
- b) antybiotyków stosowanych w profilaktyce oraz stosowanych w przypadkach alergii na antybiotyki beta-laktamowe,
- c) sposobu monitorowania poprawności stosowania profilaktyki antybiotykowej (dawka, czas podania, droga podania),
- d) zakresu odpowiedzialności poszczególnych członków zespołu,
- e) sposobu dokumentowania.

Standardowa procedura powinna uwzględniać logistyczne rozwiązania uwzględniające specyfikę oddziałów i sal operacyjnych.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z zespołem ds. kontroli zakażeń
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono antybiotykową profilaktykę okołozabiegową.
- 3 – W szpitalu wdrożono antybiotykową profilaktykę okołozabiegową w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie wdrożono antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej.

---

# ZABIEGI I ZNIECZULENIA

---

---

# ZABIEGI

---

# I ZNIECZULENIA

---

- ZA 1 Przed zabiegiem oceniane jest ryzyko związane z zabiegiem i znieczuleniem.
  - ZA 2 Przed znieczuleniem ogólnym lub regionalnym pacjent jest badany przez anestezjologa.
  - ZA 3 Operator kwalifikuje i proponuje sposób przeprowadzenia zabiegu.
  - ZA 4 Przed zabiegiem i znieczuleniem stosuje się kontrolną kartę czynności.
  - ZA 5 Sprzęt używany do znieczulania i zabiegów jest systematycznie sprawdzany.
  - ZA 6 W sali operacyjnej znajduje się system zabezpieczający pracowników przed działaniem wziewnych środków znieczulających.
  - ZA 7 Parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w trakcie trwania zabiegu.
  - ZA 8 Anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu.
  - ZA 9 Szpital posiada salę wybudzeń z odpowiednio wyszkolonym personelem.
  - ZA 10 W szpitalu określono odpowiedzialność za opiekę pooperacyjną.
  - ZA 11 Raport z przebiegu operacji zawiera:
    - ZA 11.1 nazwiska zespołu operującego,
    - ZA 11.2 nazwiska osób znieczulających,
    - ZA 11.3 opis wykonanego zabiegu,
    - ZA 11.4 informacje o pobranym materiale,
    - ZA 11.5 rozpoznanie pooperacyjne.
  - ZA 12 Przebieg i skutki zabiegów są analizowane.
    - ZA 12.1 Przebieg i skutki wykonywanych znieczuleń są analizowane.
    - ZA 12.2 Skutki zabiegów zaobserwowane w trakcie hospitalizacji są analizowane.
    - ZA 12.3 Odległe skutki wykonywanych zabiegów są analizowane.
  - ZA 13 W sali operacyjnej istnieje funkcjonalny system zapewniający komfort termiczny i czystość mikrobiologiczną powietrza.
-

## ZABIEGI I ZNIECZULENIA (ZA)

Do rutynowych czynności przed zabiegiem operacyjnym należy przedoperacyjna ocena stanu pacjenta, zaplanowanie rodzaju zabiegu, znieczulenia i opieki pooperacyjnej oraz zaznajomienie pacjenta (lub prawnego opiekuna) z proponowanym planem leczenia i postępowaniem okołoperacyjnym. W skład oceny przedoperacyjnej wchodzi:

- a) zapoznanie się z historią choroby,
- b) badanie podmiotowe i przedmiotowe,
- c) zapoznanie się z wynikami badań dodatkowych,
- d) ewentualne zlecenia badań i konsultacji specjalistycznych,
- e) ocena ryzyka związanego z zabiegiem i znieczuleniem,
- f) zlecenie postępowania przygotowawczego, potrzebnego do przeprowadzenia zabiegu i znieczulenia.

Ocena stanu pacjenta przed zabiegiem powinna być prowadzona przez operatora i anestezjologa. Szpital powinien opracować i wdrożyć procedurę oceny stanu pacjenta przed zabiegiem.

ZA

ZA 1

**Przed zabiegiem oceniane jest ryzyko związane z zabiegiem i znieczuleniem.**

### **Wyjaśnienie**

Procedura oceny powinna uwzględniać występujące u chorego czynniki ryzyka. Efektem oceny jest określenie do jakiej grupy ryzyka pacjent został zakwalifikowany. Należy przyjąć i stosować jedną z kilku powszechnie obowiązujących skal ryzyka zabiegowego.

Ocenie podlega również ryzyko:

- a) infekcji,
- b) zaburzeń rytmu serca,
- c) krwawienia,
- d) zakrzepicy żył głębokich.

Należy wdrożyć standardowe sposoby postępowania z pacjentem adekwatnie do ustalonej grupy ryzyka.

### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem

### **Punktowanie**

- 5 – 90-100% dokumentacji medycznej zawiera ocenę ryzyka związanego z zabiegiem i znieczuleniem.
- 3 – 70-89% dokumentacji medycznej zawiera ocenę ryzyka związanego z zabiegiem i znieczuleniem.
- 1 – Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera ocenę ryzyka związanego z zabiegiem i znieczuleniem.

**ZA 2**

**Przed znieczuleniem ogólnym lub regionalnym pacjent jest badany przez anestezyjologa.**

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

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

**ZA 3**

**Operator kwalifikuje i proponuje sposób przeprowadzenia zabiegu.**

**Wyjaśnienie**

Lekarz operujący dokonuje oceny i kwalifikuje pacjenta do zabiegu oraz proponuje sposób przeprowadzenia zabiegu.

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – W 90-100% dokumentacji medycznej odnotowywano kwalifikację i proponowany sposób przeprowadzenia operacji.
- 3 – W 70-89% dokumentacji medycznej odnotowywano kwalifikację i proponowany sposób przeprowadzenia operacji.
- 1 – W mniej niż 70% dokumentacji medycznej odnotowywano kwalifikację i proponowany sposób przeprowadzenia operacji.



## ZA 4

**Przed zabiegiem i znieczuleniem stosuje się kontrolną kartę czynności.****Wyjaśnienie**

Kontrolna karta czynności przedoperacyjnych pozwala na weryfikację istotnych działań służących minimalizacji ryzyka powikłań znieczulenia i zabiegu. Celem wprowadzenia karty jest zapewnienie, by wszystkie następujące czynności zostały uwzględnione przed rozpoczęciem znieczulenia i zabiegu:

- a) identyfikacja pacjenta,
- b) identyfikacja i oznakowanie miejsca operowanego,
- c) identyfikacja procedury operacyjnej,
- d) wyrażenie zgody na zabieg i znieczulenie,
- e) kontrola sprawności sprzętu medycznego,
- f) wdrożenie profilaktyki antybiotykowej,
- g) wdrożenie profilaktyki przeciwzakrzepowej,
- h) wdrożenie profilaktyki zaburzeń rytmu serca,
- i) wykonanie badań istotnych ze względu na bezpieczeństwo pacjenta, itp.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90-100% dokumentacji medycznej pacjentów operowanych zawiera kontrolną kartę czynności.
- 3 – Poniżej 90% dokumentacji medycznej pacjentów operowanych zawiera kontrolną kartę czynności.
- 1 – W szpitalu nie stosuje się karty kontrolnej czynności przed zabiegiem i znieczuleniem.

## ZA 5

**Sprzęt używany do znieczulania i zabiegów jest systematycznie sprawdzany.****Wyjaśnienie**

W szpitalu systematycznie prowadzi się nadzór nad sprzętem do znieczulania i zabiegów, co jest stosownie dokumentowane. Sprzęt używany do znieczulania i zabiegów powinien być sprawdzany i konserwowany przez jednostki uprawnione. Pisemnie określono, jakie parametry i w jakich odstępach czasowych muszą być sprawdzane.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Sprzęt używany do znieczulania i zabiegów jest systematycznie sprawdzany zgodnie z przyjętym planem przeglądów.
- 1 – Sprzęt używany do znieczulania i zabiegów nie jest systematycznie sprawdzany.

ZA 6

**W sali operacyjnej znajduje się system zabezpieczający pracowników przed działaniem wziewnych środków znieczulających.**

**Wyjaśnienie**

Brak sprawnego systemu czynnego odprowadzania wziewnych środków znieczulających powoduje, że personel sali operacyjnej jest narażony na ich szkodliwe działanie.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Wszędzie, gdzie wykonywane jest znieczulenie ogólne, funkcjonuje system zabezpieczający personel przed działaniem wziewnych środków znieczulających.
- 1 – Nie wszędzie, gdzie wykonywane jest znieczulenie ogólne funkcjonuje system zabezpieczający personel przed działaniem wziewnych środków znieczulających.

ZA 7

**Parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w trakcie trwania zabiegu.**

**Wyjaśnienie:**

Monitorowanie pacjenta podczas znieczulenia ogólnego prowadzi anestezjolog wraz z pielęgniarką anestezjologiczną i obejmuje ono nadzór nad:

- a) EKG,
- b) pulsoksymetrią,
- c) ciśnieniem tętniczym krwi,
- d) kapnometrią.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 100% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w czasie trwania zabiegu.
- 1 – Poniżej 100% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w czasie trwania zabiegu.

## ZA 8

**Anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu.****Wyjaśnienie**

Decyzja o przekazaniu pacjenta do sali wybudzeń, oddziału pooperacyjnego lub oddziału intensywnej terapii powinna być udokumentowana i oparta o ocenę pacjenta dokonaną przez anestezjologa po zakończeniu znieczulenia. Protokół przekazania opieki nad pacjentem powinien zawierać ocenę stanu chorego, według przyjętych przez szpital skal oceny.

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

5 – 90-100% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu.

3 – 70-89% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu.

1 – Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu.

ZA

## ZA 9

**Szpital posiada salę wybudzeń z odpowiednio wyszkolonym personelem.****Wyjaśnienie**

Sala wybudzeń powinna być wyposażona w sprzęt resuscytacyjny, monitorujący czynności życiowe pacjenta, wspomaganie oddychania, możliwość prowadzenia tlenoterapii. Wymagana jest stała obecność wykwalifikowanego personelu. Liczba stanowisk na sali wybudzeń powinna zapewniać możliwość przekazywania wszystkich pacjentów z sali operacyjnej, jeżeli pozwala na to stan ich zdrowia.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji pracowników
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

5 – Szpital posiada odpowiednio wyposażoną salę wybudzeń z wykwalifikowanym personelem.

1 – Szpital nie posiada sali wybudzeń, lub brak odpowiedniego wyposażenia, lub brak wykwalifikowanego personelu.

## ZA 10

**W szpitalu określono odpowiedzialność za opiekę pooperacyjną.****Wyjaśnienie**

Po zabiegu istotne jest określenie osoby przekazującej i przejmującej odpowiedzialność za dalszą opiekę nad pacjentem. Przekazanie pacjenta z sali operacyjnej/sali zabiegowej do sali wybudzeń oraz z sali wybudzeń na inny oddział powinno być udokumentowane podpisem osoby przekazującej i przejmującej odpowiedzialność za pacjenta.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

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

## ZA 11

**Raport z przebiegu operacji zawiera:****Wyjaśnienie**

Bezpośrednio po zakończeniu operacji operator sporządza raport z jej przebiegu. Kopia raportu powinna być integralną częścią historii choroby.

## ZA 11.1

**nazwiska zespołu operującego,****Wyjaśnienie**

W raporcie z przebiegu operacji powinno znajdować się nazwisko lekarza operującego, asysty i instrumentariuszki. W przypadku braku asysty lub instrumentariuszki powinno to być odnotowane w raporcie.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – W 90-100% dokumentacji medycznej raport zawiera nazwisko operatora, asysty i instrumentariuszki.
- 3 – W 70-89% dokumentacji medycznej raport zawiera nazwisko operatora, asysty i instrumentariuszki.
- 1 – W mniej niż 70% dokumentacji medycznej raport zawiera nazwisko operatora, asysty i instrumentariuszki.

## ZA 11.2

**nazwiska osób znieczulających,****Wyjaśnienie**

W raporcie powinny znajdować się nazwiska anestezjologa lub innego lekarza wykonującego znieczulenie i pielęgniarki anestezjologicznej.

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – W 90-100% dokumentacji medycznej raport zawiera nazwiska osób znieczulających.
- 3 – W 70-89% dokumentacji medycznej raport zawiera nazwiska osób znieczulających.
- 1 – W mniej niż 70% dokumentacji medycznej raport zawiera nazwiska osób znieczulających.

## ZA 11.3

**opis wykonanego zabiegu,****Wyjaśnienie**

Opis wykonanego zabiegu powinien zawierać:

- a) dokładny opis stanu miejscowego stwierdzonego podczas operacji,
- b) opis wykonanego zabiegu lub nazwę, jeżeli jest to zabieg typowy,
- c) przebieg zabiegu,
- d) w przypadkach szczególnych uzasadnienie dla podejmowanych czynności.

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – W 90-100% dokumentacji medycznej raport zawiera opis wykonanego zabiegu.
- 1 – W mniej niż 90% dokumentacji medycznej raport zawiera opis wykonanego zabiegu.

## ZA 11.4

**informacje o pobranym materiale,****Wyjaśnienie**

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

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – W 90-100% dokumentacji medycznej raport zawiera informacje o pobranym materiale.
- 1 – W mniej niż 90% dokumentacji medycznej raport zawiera informacje o pobranym materiale.

## ZA 11.5

### rozpoznanie pooperacyjne.

#### **Wyjaśnienie**

Raport powinien zawierać informacje o stwierdzonych zmianach, zazwyczaj jest to rozpoznanie pooperacyjne. Jeżeli nie udało się ustalić rozpoznania, fakt ten powinien być odnotowany.

#### **Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

#### **Punktowanie**

5 – W 90-100% dokumentacji medycznej raport zawiera rozpoznanie pooperacyjne.

3 – W 70-89% dokumentacji medycznej raport zawiera rozpoznanie pooperacyjne.

1 – W mniej niż 70% dokumentacji medycznej raport zawiera rozpoznanie pooperacyjne.

## ZA 12

### Przebieg i skutki zabiegów są analizowane.

## ZA 12.1

### Przebieg i skutki wykonywanych znieczuleń są analizowane.

#### **Wyjaśnienie**

Znieczulenia powinny być systematycznie analizowane, nie rzadziej niż raz w roku z uwzględnieniem:

- a) prawidłowego przygotowania pacjenta do zabiegu,
- b) poprawności i stabilności parametrów fizjologicznych w czasie znieczulenia,
- c) dostosowania czasu znieczulenia do czasu zabiegu,
- d) częstości i rodzaju zagrożeń oraz powikłań, które wystąpiły w związku ze znieczuleniem.

Analiza powinna zmierzać do:

- a) modyfikacji przyjętych sposobów postępowania,
- b) poprawy organizacji pracy,
- c) doskonalenia wiedzy bądź umiejętności personelu.

Wyniki analizy powinny być znane zespołowi prowadzącemu znieczulenia.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

5 – W szpitalu prowadzona jest systematyczna analiza wykonywanych znieczuleń, a wnioski są wdrażane w praktyce.

3 – W szpitalu prowadzona jest analiza wykonywanych znieczuleń.

1 – Brak prowadzenia udokumentowanej systematycznej analizy wykonywanych znieczuleń.

## ZA 12.2

**Skutki zabiegów zaobserwowane w trakcie hospitalizacji są analizowane.****Wyjaśnienie**

Wykonywane zabiegi powinny podlegać ocenie. Ocena każdego pacjenta powinna być dokonywana na koniec okresu hospitalizacji. Okresowo (nie rzadziej niż raz w roku) powinna być prowadzona analiza zbiorcza przebiegu wykonywanych zabiegów i ich skutków obserwowanych do wypisu ze szpitala. Wyniki tej analizy powinny być prezentowane i omawiane.

**Sprawdzanie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu dokonuje się oceny skutków przeprowadzonych zabiegów, przeprowadza okresową analizę i upowszechnia jej wyniki.
- 3 – W szpitalu prowadzi się analizę skutków wykonywanych zabiegów w ograniczonym zakresie.
- 1 – Ocena skutków wykonywanych zabiegów nie jest dokumentowana.

## ZA 12.3

**Odległe skutki wykonywanych zabiegów są analizowane.****Wyjaśnienie**

W szpitalu określono rodzaj zabiegów, dla których obowiązuje odległa ocena po zakończeniu hospitalizacji (ang. follow-up). Dla każdego z tych zabiegów powinno określić się częstotliwość i zasady prowadzenia kontrolnych wizyt ambulatoryjnych oraz zakres danych rejestrowanych w trakcie wizyt. Opracowano także system powiadamiania i wzywania na kontrolę pacjentów, którzy nie zgłaszają się w wyznaczonych terminach. Okresowo (nie rzadziej niż raz w roku) powinna być przeprowadzona analiza zbiorcza odległych skutków wykonywanych zabiegów. Wyniki tej analizy powinny być prezentowane i omawiane w szpitalu.

**Sprawdzanie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu dokonuje się oceny odległych skutków przeprowadzonych zabiegów, przeprowadza okresową analizę i upowszechnia jej wyniki.
- 3 – W szpitalu prowadzi się analizę odległych skutków wykonywanych zabiegów w ograniczonym zakresie.
- 1 – Ocena odległych skutków wykonywanych zabiegów nie jest dokumentowana.

**ZA 13**

**W sali operacyjnej istnieje funkcjonalny system zapewniający komfort termiczny i czystość mikrobiologiczną powietrza.**

**Wyjaśnienie**

Zapewnienie komfortu termicznego w trakcie operacji ma istotne znaczenie dla pacjenta i pracy całego zespołu operacyjnego. System taki powinien być regularnie sprawdzany pod kątem bezpieczeństwa mikrobiologicznego.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem

**Punktowanie**

- 5 – W sali operacyjnej istnieje funkcjonalny system zapewniający komfort termiczny i czystość mikrobiologiczną powietrza.
- 1 – W sali operacyjnej nie istnieje funkcjonalny system zapewniający komfort termiczny i czystość mikrobiologiczną powietrza.



# FARMAKOTERAPIA

---

# FARMAKOTERAPIA

---

- FA 1 Szpital posiada receptariusz szpitalny.
  - FA 2 Określono zasady stosowania leków spoza receptariusza.
  - FA 3 Określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym.
  - FA 4 Zlecenie leków jest dokumentowane.
  - FA 5 W szpitalu określono zasady podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego.
  - FA 6 W szpitalu funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków.
  - FA 7 W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach.
  - FA 8 Leki są przygotowywane i podawane z zachowaniem zasad bezpieczeństwa.
  - FA 9 W szpitalu opracowano system oznakowania przygotowanych leków.
  - FA 10 W szpitalu opracowano procedurę stosowania preparatów krwiopochodnych.
  - FA 11 Niepożądane działania stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych są dokumentowane.
  - FA 12 W szpitalu wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi.
  - FA 13 W szpitalu funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii.
-

## FARMAKOTERAPIA (FA)

Środki farmakologiczne powinny być stosowane w sposób możliwie racjonalny, zwiększający prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnych efektów leczenia i unikania działań niepożądanych. Należy określić, jakie leki są w szpitalu dostępne standardowo, a które i dlaczego podlegają ograniczeniom w stosowaniu. Przy kwalifikowaniu do listy leków rutynowo dostępnych powinno brać się pod uwagę aktualne, uznane wytyczne postępowania klinicznego i wpisywać na listę leki o udowodnionej skuteczności. Kryterium cenowe nie może być jedynym wyznacznikiem celowości stosowania leków w szpitalu. Ponadto powinno określić się zasady gospodarowania lekami. Lekarze i pielęgniarki powinni uczestniczyć w regularnych szkoleniach dotyczących stosowania leków. W oparciu o przewidywane potrzeby, należy określić najkorzystniejsze sposoby zaopatrzenia w leki, wielkość potrzebnych zapasów w aptece i w oddziałach, sposoby uzupełniania i przechowywania leków, a także określić zasady zbierania zamówień i dystrybucji leków do miejsc, w których są one podawane pacjentom.

### FA 1

#### Szpital posiada receptariusz szpitalny.

### FA

##### **Wyjaśnienie**

Należy określić zasady zlecania leków oraz wykonywania tych zleceń. Zasady te powinny znajdować się w opracowanym przez szpital receptariuszu.

Receptariusz powinien określać co najmniej:

- a) w jakich sytuacjach dany lek ma być stosowany,
- b) wymogi, jakie muszą być spełnione przed rozpoczęciem terapii danym lekiem,
- c) informacje, czy do zlecania terapii danym lekiem upoważniony jest każdy lekarz, czy tylko wskazane osoby (określenie wskazań dla stosowania leków nie musi dotyczyć wszystkich leków w receptariuszu).

Receptariusz powinien być okresowo (przynajmniej raz na dwa lata) analizowany i aktualizowany.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. farmakoterapii
- wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – Szpital posiada receptariusz szpitalny, a zasady stosowania leków są znane we wszystkich oddziałach.
- 3 – Szpital posiada receptariusz szpitalny, ale zasady stosowania leków nie są znane we wszystkich oddziałach.
- 1 – Szpital posiada listę leków.

## FA 2

**Określono zasady stosowania leków spoza receptariusza.****Wyjaśnienie**

Zasady pozyskiwania leków spoza receptariusza powinny być określone dla wszystkich oddziałów. Należy ustalić, w jakich sytuacjach i jakie rodzaje leków spoza receptariusza mogą być zlecane i przez kogo. Należy także określić sposób szybkiego pozyskiwania tych leków. Zasady te powinny być znane personelowi.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. farmakoterapii
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Zasady stosowania leków spoza receptariusza są znane personelowi.
- 3 – W szpitalu określono zasady stosowania leków spoza receptariusza, lecz nie są one znane całemu personelowi.
- 1 – W szpitalu nie określono zasad stosowania leków spoza receptariusza.

## FA 3

**Określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym.****Wyjaśnienie**

W szpitalu powinno się opracować procedurę pilnego dostarczania na oddziały leków w godzinach nocnych; podczas świąt, itp.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. farmakoterapii
- wywiad z personelem

**Punktowanie:**

- 5 – W szpitalu wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym.
- 1 – Pozyskiwanie leków w sytuacjach nagłych odbywa się na zasadach indywidualnych ustaleń; brak jest standardowej procedury postępowania.

## FA 4

**Zlecenie leków jest dokumentowane.****Wyjaśnienie**

Zasady zlecania leków obejmują:

- a) identyfikację zlecającego/odstawiającego lek,
- b) datę zlecenia/odstawienia leku,
- c) dawkę i formę podania leku,
- d) czas podania,
- e) drogę podania.

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

- 5 – 90-100% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że leki są podawane pacjentom jedynie na podstawie udokumentowanych zleceń.
- 3 – 70-89% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że leki są podawane pacjentom jedynie na podstawie udokumentowanych zleceń.
- 1 – Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że leki są podawane pacjentom jedynie na podstawie udokumentowanych zleceń.

## FA 5

**W szpitalu określono zasady podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego.****Wyjaśnienie**

Należy określić, jakie leki i w jakich przypadkach mogą lub powinny być podane bez zlecenia lekarskiego, a także jakie leki i w jakich sytuacjach mogą być podane w oparciu o ustne zlecenie lekarskie. Dotyczy to w szczególności sytuacji nagłych, bezpośredniego zagrożenia życia, itp. 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**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono procedurę podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego.
- 3 – W szpitalu opracowano procedurę podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego, lecz nie jest ona znana personelowi.
- 1 – W szpitalu nie ma procedury podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego.

## FA 6

**W szpitalu funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków.****Wyjaśnienie**

Określenie, w jaki sposób należy przechowywać i zabezpieczać leki w aptece szpitalnej oraz w oddziałach, zwiększa bezpieczeństwo użytkowania leków. Wdrożona w szpitalu 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 w sposób istotnie ograniczający dostęp do nich. Leki, których omyłkowe użycie w formie nie rozcieńczonej może być szczególnie groźne powinny być przechowywane osobno.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków.
- 3 – W szpitalu funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków w ograniczonym zakresie.
- 1 – Leki przechowywane są zgodnie ze zwyczajami panującymi w poszczególnych oddziałach.

## FA 7

**W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach.****Wyjaśnienie**

W szpitalu funkcjonuje system nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach. Polega on na okresowej kontroli sposobu przechowywania leków w oddziałach, ich ilości, sposobu stosowania, przyjętych w szpitalu zasad ułożenia leków oraz sprawdzaniu terminu ważności leków, a także zgodności stanu z dokumentacją wydawania (w odniesieniu do leków, dla których przyjęto zasady kontroli wydawania, np. leków narkotycznych).

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach i jest ona stosowana zgodnie z przyjętymi zasadami.
- 3 – W szpitalu opracowano procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach, lecz nie jest ona w pełni stosowana.
- 1 – Brak nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach lub nie opracowano procedury.

## FA 8

**Leki są przygotowywane i podawane z zachowaniem zasad bezpieczeństwa.****Wyjaśnienie**

Należy opracować i stosować procedurę przygotowywania, przechowywania i podawania oraz transportu leków, z którymi wiąże się określone ryzyko.

W szczególności dotyczy to:

- a) cytostatyków,
- b) mieszanek do żywienia pozajelitowego,
- c) innych leków.

Przyjęte przez szpital zasady powinny uwzględniać także bezpieczeństwo personelu przygotowującego leki.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Zasady przygotowywania i podawania leków są opracowane i stosowane.
- 3 – Zasady przygotowywania i podawania leków zostały opracowane, ale nie są one w pełni stosowane.
- 1 – Leki nie są przygotowywane i podawane z zachowaniem zasad bezpieczeństwa.

## FA 9

**W szpitalu opracowano system oznakowania przygotowanych leków.****Wyjaśnienie**

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

Oznakowanie powinno zawierać:

- a) nazwę leku,
- b) dawkę,
- c) informację dla kogo dany lek jest przeznaczony.

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

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano i stosuje się system oznakowania przygotowanych leków.
- 3 – W szpitalu opracowano system oznakowania przygotowanych leków, lecz nie jest on stosowany.
- 1 – Leki przygotowane do podania są oznakowane zgodnie z panującymi w oddziałach zwyczajami, lub nie są oznakowane.

## FA 10

**W szpitalu opracowano procedurę stosowania preparatów krwiopochodnych.****Wyjaśnienie**

Stosowanie preparatów krwiopochodnych wiąże się z wysokim ryzykiem poważnych działań niepożądanych (tj. immunizacja pacjenta, reakcje poprzetoczeniowe). Dlatego procedura stosowania preparatów krwiopochodnych powinna być oparta o aktualne wytyczne i okresowo weryfikowana. Należy również określić zasady wykorzystywania autologicznych preparatów krwi (stosowanie autotransfuzji). Personel jest systematycznie szkolony w zakresie obowiązujących procedur.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano procedurę terapii preparatami krwi, przeszkolono personel w tym zakresie.
- 3 – W szpitalu opracowano procedurę w zakresie terapii preparatami krwi, lecz personel nie jest systematycznie szkolony.
- 1 – Terapia preparatami krwi realizowana jest wyłącznie w oparciu o wiedzę lekarzy zlecających leczenie krwią.

## FA 11

**Niepożądane działania stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych są dokumentowane.****Wyjaśnienie**

Informacje na temat niepożądanych działań stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych powinny być zamieszczane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów, a także raportowane do apteki szpitalnej i punktów krwiodawstwa. Informacja dotycząca raportowania działań niepożądanych leków oraz preparatów krwiopochodnych powinna być łatwo dostępna w oddziałach.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. farmakoterapii
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Działania niepożądane leków i preparatów krwiopochodnych są dokumentowane.
- 1 – Działania niepożądane leków i preparatów krwiopochodnych są dokumentowane w ograniczonym zakresie.



## FA 12

**W szpitalu wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi.****Wyjaśnienie**

W szpitalu powinna funkcjonować procedura postępowania z lekami i preparatami krwiopochodnymi, które nie zostały zużyte lub nie mogą być użyte np.: przeterminowane leki lub preparaty, niewykorzystane leki narkotyczne, zmiana wskazań do leczenia, itp.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi.
- 3 – W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi w ograniczonym zakresie.
- 1 – Postępowanie z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi odbywa się w drodze decyzji doraźnych.

FA

## FA 13

**W szpitalu funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii.****Wyjaśnienie**

W szpitalu powołano zespół ds. farmakoterapii. Zespół ten tworzy politykę lekową w szpitalu i dokonuje okresowej oceny stosowanej w szpitalu terapii lekami i 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 odbywają się regularnie, nie rzadziej niż raz na kwartał. Członkowie zespołu realizują zadania określone w planie pracy. Wyniki pracy zespołu powinny być znane zespołowi jakości i personelowi szpitala. W pracach zespołu powinni uczestniczyć przedstawiciele różnych grup zawodowych.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. farmakoterapii

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii, który regularnie dokonuje analizy prowadzonego leczenia i okresowo przedkłada wyniki swej pracy komitetowi ds. jakości.
- 3 – W szpitalu powołano zespół ds. farmakoterapii, lecz funkcjonuje on w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii.



# LABORATORIUM

---

# LABORATORIUM

---

- LA 1 W szpitalu opracowano procedury postępowania z materiałem do badań.
    - LA 1.1 W szpitalu funkcjonują procedury pobierania i transportu materiału do badań.
    - LA 1.2 W szpitalu funkcjonują procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań.
  - LA 2 W szpitalu prowadzi się ocenę błędów przedlaboratoryjnych.
  - LA 3 W szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych.
  - LA 4 W laboratorium prowadzona jest kontrola jakości wykonywanych oznaczeń.
    - LA 4.1 Laboratorium prowadzi wewnętrzną kontrolę poprawności oznaczeń.
    - LA 4.2 Laboratoria uczestniczą w zewnętrznym programie kontroli jakości oznaczeń.
  - LA 5 Laboratorium wyznaczyło wartości błędów dopuszczalnych i opracowało procedurę działań naprawczych przy przekroczeniu dopuszczalnego zakresu błędu.
  - LA 6 W szpitalu nadzoruje się jakość badań laboratoryjnych zleczanych na zewnątrz.
  - LA 7 Wydawane wyniki badań laboratoryjnych zawierają informacje istotne dla procesu opieki.
  - LA 8 W szpitalu wdrożono procedurę sprawdzania krwi, poza bankiem krwi, przed transfuzją.
-

## LABORATORIUM (LA)

Praca laboratoriów w istotny sposób wpływa na wyniki opieki medycznej. Wiarygodność wyników badań laboratoryjnych jest kluczowym elementem poprawnej diagnozy i oceny skuteczności terapii. Wprowadzenie mechanizmów kontroli pracy laboratoriów szpitala i właściwy nadzór nad usługami kontraktowanymi na zewnątrz poprawia jakość opieki.

### LA 1

**W szpitalu opracowano procedury postępowania z materiałem do badań.**

### LA 1.1

**W szpitalu funkcjonują procedury pobierania i transportu materiału do badań.**

#### **Wyjaśnienie**

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

- a) zasad przygotowania pacjenta,
- b) sposobu pobierania materiału,
- c) postępowania z pobranym materiałem.

W przypadku badań wymagających specjalnego przygotowania, pacjent powinien otrzymać pisemną informację, na czym polega pobranie materiału do badania oraz w jaki sposób należy się do niego przygotować. Informacja powinna być dostępna w oddziałach, w ambulatorium i w laboratorium.

Powinny być też opracowane instrukcje dotyczące transportu pobranych materiałów, z uwzględnieniem lokalizacji miejsca pobrania i laboratorium. Instrukcja powinna wskazywać m.in.:

- a) zasady przygotowania pacjenta,
- b) wykaz pojemników i materiałów stosowanych przy pobieraniu materiału,
- c) sposób dokumentacji, uwzględniający czas pobrania materiału do badań i dostarczenia go do laboratorium,
- d) rodzaj i oznakowanie pojemników, w jakich materiał powinien być transportowany,
- e) maksymalny czas transportu,
- f) warunki, w jakich odbywa się transport pobranego materiału,
- g) osoby odpowiedzialne za transport.

Wszystkie osoby biorące udział w pobieraniu i transporcie materiałów powinny być regularnie szkolone.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

- 5 – W szpitalu funkcjonują procedury pobierania i transportu materiału do badań i są one znane personelowi.
- 3 – W szpitalu funkcjonują procedury pobierania i transportu materiału do badań w ograniczonym zakresie, lub nie są one znane personelowi.
- 1 – W szpitalu nie funkcjonują procedury pobierania materiału do badań.

## LA 1.2

**W szpitalu funkcjonują procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań.****Wyjaśnienie**

Każde laboratorium szpitalne powinno posiadać procedurę postępowania z materiałami pobranymi do badania. 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, szpital we współpracy z tym laboratorium opracowuje zasady przechowywania materiału przed przekazaniem.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu funkcjonują procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań.
- 3 – W szpitalu funkcjonują procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań w ograniczonym zakresie, lub nie są one znane personelowi.
- 1 – W szpitalu nie funkcjonują procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań.

## LA 2

**W szpitalu prowadzi się ocenę błędów przedlaboratoryjnych.****Wyjaśnienie**

Wyniki okresowej analizy błędów przedlaboratoryjnych powinny być znane zespołowi jakości i omawiane z personelem w poszczególnych oddziałach. W wyniku prowadzonej analizy powinny być wdrożone działania naprawcze np. dodatkowe szkolenia dla personelu medycznego.

W szpitalu powinno się prowadzić okresową ocenę dotyczącą m.in.:

- a) przygotowania pacjentów do badań laboratoryjnych,
- b) pobierania materiału do badań laboratoryjnych,
- c) przechowywania i transportu materiału,
- d) przyjmowania materiału do badań,
- e) poprawności innych czynności mogących mieć wpływ na powstawanie błędów przedlaboratoryjnych.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. jakości
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu prowadzi się ocenę błędów przedlaboratoryjnych.
- 3 – W szpitalu prowadzi się ocenę błędów przedlaboratoryjnych w ograniczonym zakresie.
- 1 – Szpital nie prowadzi oceny błędów przedlaboratoryjnych.

## LA 3

**W szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych.****Wyjaśnienie**

W szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych, jak i stosowanych metod analitycznych, tak w szpitalnych laboratoriach jak i poza szpitalem. Lista powinna zawierać informacje o:

- a) trybie zlecenia badań,
- b) metodach analitycznych,
- c) przybliżonym czasie oczekiwania na wynik,
- d) zakresie referencyjnym, tzn. określaniu przedziału wyników uznawanych za prawidłowe,
- e) poziomie błędów, występujących przy oznaczeniach danego typu.

Lista powinna być aktualna.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano listę badań oraz instrukcje technologiczne stosowanych metod analitycznych i jest ona aktualna.
- 3 – W szpitalu opracowano listę badań oraz instrukcje technologiczne z wykazem stosowanych metod analitycznych, lecz nie jest ona aktualna.
- 1 – W szpitalu nie opracowano listy badań z wykazem stosowanych metod analitycznych.

## LA 4

**W laboratorium prowadzona jest kontrola jakości wykonywanych oznaczeń.**

LA

## LA 4.1

**Laboratorium prowadzi wewnętrzną kontrolę poprawności oznaczeń.****Wyjaśnienie**

Każde laboratorium szpitalne powinno systematycznie kontrolować uzyskiwane wyniki z uwzględnieniem:

- a) częstości wykonywania oznaczeń materiałów kontrolnych,
- b) osób wykonujących oznaczenia,
- c) rodzaju stosowanych materiałów kontrolnych,
- d) sposobu dokumentowania uzyskiwanych wyników,
- e) dopuszczalnego zakresu odchyień,
- f) działań naprawczych.

Kontrola powinna dotyczyć wszystkich oznaczeń wykonywanych w laboratorium oraz poza nim, np. w szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale intensywnej opieki medycznej, na bloku operacyjnym. Wyniki kontroli oznaczeń powinny być dokumentowane, analizowane i przedstawiane personelowi.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z zespołem ds. jakości
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W laboratorium i w innych obszarach wykonywania badań laboratoryjnych prowadzona jest systematyczna wewnętrzna kontrola poprawności oznaczeń.
- 3 – W laboratorium i w innych obszarach wykonywania badań laboratoryjnych wewnętrzna kontrola poprawności oznaczeń prowadzona jest w ograniczonym zakresie.
- 1 – Brak udokumentowania prowadzenia systematycznej wewnętrznej kontroli poprawności oznaczeń.

**LA 4.2****Laboratoria uczestniczą w zewnętrznym programie kontroli jakości oznaczeń.****Wyjaśnienie**

Laboratoria szpitala powinny uczestniczyć w zewnętrznym systemie oceny jakości wykonywanych oznaczeń. Ocenie zewnętrznej powinna być poddana jak największa liczba wykonywanych badań. Uczestnictwo w zewnętrznym programie powinno być potwierdzone stosownym świadectwem, czy certyfikatem.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Laboratoria uczestniczą w programie kontroli zewnętrznej i poddają ocenie wszystkie wykonywane oznaczenia.
- 3 – Laboratoria uczestniczą w programie kontroli zewnętrznej i poddają ocenie wybrane oznaczenia.
- 1 – Laboratoria nie uczestniczą w zewnętrznym programie kontroli jakości oznaczeń.

**LA 5****Laboratorium wyznaczyło wartości błędów dopuszczalnych i opracowało procedurę działań naprawczych przy przekroczeniu dopuszczalnego zakresu błędów.****Wyjaśnienie**

Kontrola wewnętrzna i udział w programach oceny zewnętrznej mają na celu zminimalizowanie systematycznych i przypadkowych błędów diagnostycznych, a także ograniczenie liczby zbędnie powtarzanych badań. Pozwalają na wyznaczenie dopuszczalnego zakresu błędów. Przekroczenie tego zakresu powinno być sygnałem do weryfikacji stosowanych metod i procedur. Weryfikacja powinna zmierzać do określenia przyczyn występowania błędów i wypracowania odpowiednich mechanizmów naprawczych, zapobiegających im w przyszłości.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Laboratorium wyznaczyło granicę błędów dopuszczalnych i opracowało procedurę działań naprawczych przy przekroczeniu zakresu błędów.
- 3 – Laboratorium wyznaczyło granice błędów, ale nie opracowało procedury działań naprawczych przy przekroczeniu zakresu błędów.
- 1 – Laboratorium nie wyznaczyło granicy błędów dopuszczalnych.



## LA 6

**W szpitalu nadzoruje się jakość badań laboratoryjnych zleczanych na zewnątrz.****Wyjaśnienie**

Laboratorium zewnętrzne wykonujące badania dla szpitala obowiązują wymogi jakości badań laboratoryjnych stosowane w laboratoriach szpitalnych.

Szpital powinien posiadać wiarygodną informację potwierdzającą, że laboratorium zewnętrzne właściwie monitoruje procesy:

- a) pobierania, przechowywania, przyjmowania i transportu materiału do badań,
- b) prowadzenia wewnętrznej kontroli poprawności oznaczeń,
- c) udziału w zewnętrznej ocenie jakości wykonywanych oznaczeń.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Szpital prowadzi nadzór nad jakością badań wykonywanych przez laboratorium zewnętrzne, co jest udokumentowane.
- 1 – Brak udokumentowanego nadzoru nad jakością badań wykonywanych przez laboratorium zewnętrzne.

## LA 7

**Wydawane wyniki badań laboratoryjnych zawierają informacje istotne dla procesu opieki.****Wyjaśnienie**

Wynik przeprowadzonego oznaczenia laboratoryjnego służy do podjęcia klinicznej decyzji diagnostycznej lub terapeutycznej. Powinien zawierać nie tylko wartość uzyskanego oznaczenia, ale także zakres wartości prawidłowych.

Wynik badania jest dokumentem, a zatem musi być datowany i autoryzowany, tak by móc określić osobę odpowiedzialną za wykonanie oznaczenia.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Wydawane wyniki badań laboratoryjnych zawierają informacje istotne dla procesu opieki.
- 1 – Wydawane wyniki badań laboratoryjnych nie zawierają informacji istotnych dla procesu opieki.

**W szpitalu wdrożono procedurę sprawdzania krwi, poza bankiem krwi, przed transfuzją.****Wyjaśnienie**

Procedury sprawdzania krwi w miejscach jej przetaczania są istotnym elementem bezpieczeństwa pacjenta. Proces sprawdzania, która jednostka krwi została skrzyżowana i może być przetoczona konkretnemu biorcy, powinna być dokładnie określona. Jednostka krwi po sprawdzeniu powinna być wyraźnie oznakowana dla potwierdzenia faktu, że została sprawdzona. Oznakowanie to powinno zawierać co najmniej informacje identyfikujące biorcę, wynik próby krzyżowej i identyfikator dawcy. Oznakowanie powinno być dołączone do jednostki aż do zakończenia transfuzji. Tuż przed przetoczeniem, krew i jej komponenty są oceniane pod kątem wystąpienia hemolizy, możliwej kontaminacji bakteryjnej i innych nieprawidłowości, które można wykryć wzrokiem. Szpital powinien posiadać jednolite kryteria dla rozpoznania reakcji poprzetoczeniowej. Personel, który monitoruje przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych powinien być szkoleny w zakresie rozpoznawania objawów potencjalnych reakcji poprzetoczeniowych. Należy określić kryteria reagowania na takie reakcje. Personel powinien posiadać Standardową Procedurę Postępowania w przypadku podejrzenia wystąpienia reakcji poprzetoczeniowych. Należy też określić sposób informowania o reakcjach poprzetoczeniowych lekarza odpowiedzialnego za pacjenta oraz inne właściwe osoby.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono procedurę sprawdzania krwi, poza bankiem krwi, przed transfuzją.
- 1 – W szpitalu nie wdrożono procedury sprawdzania krwi, poza bankiem krwi, przed transfuzją.

DIAGNOSTYKA  
OBRAZOWA


---

# DIAGNOSTYKA

---

# OBRAZOWA

---

- DO 1 W pracowni określono sposoby postępowania z pacjentem.
  - DO 2 Pacjenci mają zapewnioną ochronę radiologiczną.
  - DO 3 Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych.
  - DO 4 Personel szpitala ma zapewnioną ochronę radiologiczną.
  - DO 5 Personel narażony na działanie promieniowania jonizującego stosuje indywidualne dozymetry.
  - DO 6 W szpitalu regularnie wykonuje się podstawowe testy kontroli jakości.
  - DO 7 W pracowniach wykonuje się analizę badań powtórzonych.
  - DO 8 W szpitalu zapewniono konsultacje radiologiczno-kliniczne.
  - DO 9 Szpital zapewnia konsultacje wyników badań obrazowych w ośrodkach referencyjnych.
- 
- 

## DIAGNOSTYKA OBRAZOWA (DO)

Diagnostyka obrazowa to istotny element diagnostyczny, dotyczy diagnostyki wykorzystującej promieniowanie jonizujące, a także ultradźwięki i zjawisko rezonansu magnetycznego. Wszystkie osoby biorące udział w badaniach diagnostycznych z zastosowaniem promieniowania jonizującego są traktowane jako narażone na promieniowanie, dlatego też powinny być chronione adekwatnie do rodzaju wykonywanych badań.

### DO 1

#### W pracowni określono sposoby postępowania z pacjentem.

##### **Wyjaśnienie**

W pracowni powinny być opracowane zasady postępowania z pacjentem. Instrukcje powinny obejmować cały proces postępowania:

- a) przyjęcie pacjenta,
- b) wykonanie badania,
- c) 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, w szpitalnym oddziale ratunkowym/izbie przyjęć). Instrukcje powinny być dostępne w miejscach wykonywania badań i znane personelowi, który uczestniczy w badaniach.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

##### **Punktowanie**

- 5 – W szpitalu określono sposoby postępowania z badanymi pacjentami dla wszystkich typów badań.
- 3 – W szpitalu określono sposoby postępowania z badanymi pacjentami dla części badań.
- 1 – Obowiązują nie spisane zasady postępowania z badanymi pacjentami.

### DO 2

#### Pacjenci mają zapewnioną ochronę radiologiczną.

##### **Wyjaśnienie**

Szpital powinien być wyposażony w środki ochrony pacjentów przed promieniowaniem jonizującym i stosować je adekwatnie do wykonywanych badań. 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 współpacjentów i osób postronnych.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

### **Punktowanie**

- 5 – Pacjenci zawsze mają zapewnioną ochronę podczas badania.
- 3 – Pacjenci zazwyczaj mają zapewnioną ochronę podczas badania.
- 1 – Pacjenci nie mają zapewnionej ochrony podczas badania.

## **DO 3**

### **Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych.**

#### **Wyjaśnienie**

Pacjent powinien otrzymać pisemną informację, na czym polega badanie oraz w jaki sposób należy się do niego przygotować. Informacja powinna być dostępna w oddziałach, w ambulatorium i w pracowni.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

- 5 – Wszystkie pracownie zapewniają informacje dla pacjentów dotyczące prowadzonych tam badań.
- 3 – Nie wszystkie pracownie zapewniają informacje dla pacjentów dotyczące badań lub są one niekompletne.
- 1 – Pracownie nie zapewniają informacji dla pacjentów.

## **DO 4**

### **Personel szpitala ma zapewnioną ochronę radiologiczną.**

#### **Wyjaśnienie**

Personel szpitala i inne osoby asystujące przy badaniach, które mogą być narażone na działanie promieniowania X powinny mieć zapewnioną ochronę radiologiczną. Pracownia powinna być wyposażona w środki ochrony osobistej personelu (fartuchy, rękawice, kołnierze, okulary), adekwatnie do charakteru pracowni i wykonywanych badań. W szpitalu powinno określić się zasady postępowania w przypadku, gdy osoba trzecia asystuje podczas badania. Zasady te powinny być znane personelowi.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

- 5 – Personel i osoby trzecie zawsze mają zapewnioną ochronę podczas badania.
- 1 – Personel i osoby trzecie nie mają zapewnionej ochrony podczas badania.

## DO 5

**Personel narażony na działanie promieniowania jonizującego stosuje indywidualne dozymetry.****Wyjaśnienie**

W zależności od rodzaju wykonywanych procedur medycznych personel powinien być odpowiednio wyposażony i we właściwy sposób stosować dozymetry promieniowania jonizującego (pierścienki i/lub kasetki). Dotyczy to wszystkich osób pracujących w szpitalu narażonych na promieniowanie jonizujące, również chirurgów, instrumentariuszek, pielęgniarek w oddziałach intensywnej terapii.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Cały personel narażony na działanie promieniowania jonizującego stosuje indywidualne dozymetry.
- 1 – Nie cały personel narażony na działanie promieniowania jonizującego stosuje indywidualne dozymetry.

## DO 6

**W szpitalu regularnie wykonuje się podstawowe testy kontroli jakości.****Wyjaśnienie**

Szpital powinien:

- a) wyznaczyć co najmniej jedną osobę odpowiedzialną za kontrolę sprzętu radiologicznego na terenie szpitala,
- b) określić zestaw obowiązujących testów,
- c) określić harmonogram kontroli dla każdego urządzenia,
- d) określić sposób dokumentacji pomiarów.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu regularnie wykonuje się podstawowe testy kontroli jakości dla wszystkich urządzeń.
- 3 – W szpitalu regularnie wykonuje się podstawowe testy kontroli jakości dla części urządzeń.
- 1 – W szpitalu nie wykonuje się podstawowych testów kontroli jakości.

## DO 7

**W pracowniach wykonuje się analizę badań powtórzonych.****Wyjaśnienie**

W pracowniach należy określić kryteria, które stanowią podstawę do prawidłowej diagnostyki, np. kryteria WHO. Wszystkie badania wymagające powtórzenia powinny być gromadzone i poddane 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.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W pracowniach systematycznie (raz na kwartał) prowadzona jest analiza badań powtórzonych.
- 3 – W pracowniach analiza badań powtórzonych prowadzona jest rzadziej niż raz na kwartał.
- 1 – W pracowniach nie wykonuje się analizy badań powtórzonych.

## DO 8

**W szpitalu zapewniono konsultacje radiologiczno-kliniczne.****Wyjaśnienie**

W szpitalu funkcjonuje system współpracy radiologów i klinicystów dotyczący leczonych pacjentów. System ten jest oparty o cykliczne spotkania lekarzy radiologów i klinicystów, poświęcone omówieniu trudnych diagnostycznie przypadków. Przebieg spotkań jest dokumentowany.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu funkcjonuje system konsultacji radiologiczno-klinicznych.
- 1 – W szpitalu nie funkcjonuje system konsultacji radiologiczno-klinicznych.



**Szpital zapewnia konsultacje wyników badań obrazowych w ośrodkach referencyjnych.****Wyjaśnienie**

W przypadkach trudnych diagnostycznie lub wymagających złożonej interpretacji szpital zapewnia możliwość konsultacji wyników badań w zewnętrznych ośrodkach referencyjnych. Konsultacje takie winny być dokumentowane.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Szpital zapewnia konsultacje wyników badań w ośrodkach referencyjnych.
- 1 – Szpital nie zapewnia konsultacji wyników badań w ośrodkach referencyjnych.



# ODŻYWIANIE

---

# ODŻYWIANIE

---

OD 1 W szpitalu stosuje się różne sposoby terapii żywieniowej.

OD 1.1 W szpitalu opracowano diety.

OD 2 Posiłki przygotowywane są zgodnie z zasadami higieny i bezpieczeństwa.

OD 3 Posiłki są dystrybuowane i podawane w sposób bezpieczny i higieniczny.

OD 4 W szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów.

OD 5 Pacjenci otrzymują informację na temat żywienia w okresie poszpitalnym.

---

## ODŻYWIANIE (OD)

Stosowanie terapii żywieniowej jest procesem wymagającym współpracy lekarzy, pielęgniarek i personelu działu żywienia. Proces ten powinien być planowany i podlegać monitorowaniu. W dokumentacji medycznej powinna znajdować się ocena potrzeb żywieniowych pacjenta, na podstawie której planowana jest terapia żywieniowa.

### OD 1

#### W szpitalu stosuje się różne sposoby terapii żywieniowej.

##### **Wyjaśnienie**

W szpitalu należy stosować zasady odżywiania poza i dojelitowego (centralna linia żylna, sonda żołądkowa, sonda jelitowa, gastrostomia, jejunostomia odżywcza).

Schemat odżywiania dojelitowego powinien określać m.in.:

- a) sposób założenia sondy,
- b) sposób podawania żywienia,
- c) prowadzenie bilansu płynów, kalorii, azotu,
- d) monitorowanie wyników i powikłań dojelitowej terapii żywieniowej.

Analogiczna procedura powinna dotyczyć terapii żywieniowej z zastosowaniem gastrostomii.

Schemat odżywiania pozajelitowego powinien określać m.in.:

- a) osoby odpowiedzialne za założenie linii centralnej,
- b) sposób założenia linii centralnej,
- c) sposób i miejsce przygotowania żywienia,
- d) opiekę nad linią centralną ,
- e) prowadzenie bilansu płynów, kalorii, azotu,
- f) monitorowanie wyników i powikłań dożylniej terapii żywieniowej.

Elementem terapii żywieniowej jest również żywienie doustne.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

##### **Punktowanie**

- 5 – W szpitalu funkcjonują procedury prowadzenia terapii żywieniowej.
- 3 – W szpitalu funkcjonują procedury prowadzenia terapii żywieniowej w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie funkcjonują procedury prowadzenia terapii żywieniowej.

## OD 1.1

**W szpitalu opracowano diety.****Wyjaśnienie**

W szpitalu należy określić:

- a) rodzaje diet,
- b) sposób przygotowania diet,
- c) osoby odpowiedzialne za przygotowanie i podawanie diet,
- d) wskazania do stosowania diet.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano diety.  
1 – W szpitalu nie opracowano diet.

## OD 2

**Posiłki przygotowywane są zgodnie z zasadami higieny i bezpieczeństwa.****Wyjaśnienie**

W szpitalu powinny zostać opracowane procedury dotyczące przygotowania, przechowywania i podawania posiłków. W przypadku korzystania z usług zewnętrznych w szpitalu powinny zostać określone zasady i kryteria kontroli bezpieczeństwa i higieny przygotowywania posiłków oraz wyznaczona osoba odpowiedzialna za nadzór nad jakością dostarczanych usług.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Posiłki są przygotowywane zgodnie z zasadami higieny i bezpieczeństwa.  
1 – Posiłki nie są przygotowywane zgodnie z zasadami higieny i bezpieczeństwa lub brak udokumentowanego nadzoru nad usługami firmy zewnętrznej.

## OD 3

**Posiłki są dystrybuowane i podawane w sposób bezpieczny i higieniczny.****Wyjaśnienie**

W każdym oddziale posiłki powinny być świeże, o właściwej temperaturze i podawane z zachowaniem zasad higieny. Personel jest zobowiązany przestrzegać indywidualnych zaleceń dietetycznych u wszystkich pacjentów. W każdym oddziale powinna być możliwość podgrzania indywidualnego posiłku pacjenta.

**Sprawdzenie**

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia
- badanie opinii pacjentów

**Punktowanie**

- 5 – Posiłki są dystrybuowane i podawane w sposób bezpieczny, higieniczny i mają właściwą temperaturę.
- 3 – Posiłki są zazwyczaj dystrybuowane i podawane w sposób bezpieczny, higieniczny i mają właściwą temperaturę.
- 1 – Posiłki nie są dystrybuowane i podawane w sposób bezpieczny, higieniczny i nie mają właściwej temperatury.

## OD 4

**W szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów.****Wyjaśnienie**

Pacjenci często korzystają z własnych produktów żywnościowych. Istotne, 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. Istnieje informacja pozwalająca pacjentom i osobom odwiedzającym łatwo zorientować się, jakie produkty żywnościowe można posiadać oraz gdzie i w jakich warunkach należy je przechowywać.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów.
- 1 – W szpitalu nie zapewniono warunków do higienicznego przechowywania żywności pacjentów.

**Pacjenci otrzymują informacje na temat żywienia w okresie poszpitalnym.**

**Wyjaśnienie**

Udzielając pacjentowi zaleceń co do postępowania po wypisie ze szpitala, należy uwzględnić zalecenia dotyczące prawidłowego odżywiania.

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej.

**Punktowanie**

- 5 – 100% dokumentacji medycznej zawiera informacje dotyczące odżywiania pacjenta w okresie poszpitalnym.
- 1 – Nie wszystkie dokumentacje medyczne zawierają informacje dotyczące odżywiania pacjenta w okresie poszpitalnym.



---

POPRAWA JAKOŚCI  
I BEZPIECZEŃSTWO  
PACJENTA

---

---

# POPRAWA JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA

---

- PJ 1 W szpitalu opracowano program działań dla poprawy jakości.
- PJ 1.1 Program działań dla poprawy jakości jest weryfikowany przynajmniej raz w roku.
  - PJ 1.2 W szpitalu funkcjonuje zespół ds. jakości.
- PJ 2 W szpitalu dokonuje się regularnej analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją.
- PJ 2.1 W szpitalu regularnie analizuje się przyczyny przedłużonego pobytu pacjentów.
  - PJ 2.2 W szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów pacjentów.
  - PJ 2.3 W szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów okołoperacyjnych.
  - PJ 2.4 W szpitalu regularnie analizuje się nieplanowane, powtórne hospitalizacje.
  - PJ 2.5 W szpitalu regularnie analizuje się reoperacje.
- PJ 3 W szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów.
- PJ 4 Wyniki monitorowania jakości są wykorzystywane do poprawy pracy szpitala.
- PJ 4.1 W oparciu o dane uzyskane z monitorowania jakości w szpitalu prowadzone są projekty poprawy.
  - PJ 4.2 W szpitalu ocenia się efekty wprowadzonych zmian.
- PJ 5 Bezpieczeństwo Pacjenta
- PJ 5.1 W szpitalu identyfikuje się i gromadzi dane na temat zdarzeń niepożądanych.
  - PJ 5.2 W szpitalu analizuje się zdarzenia niepożądane dotyczące pobytu pacjentów.
  - PJ 5.3 W szpitalu wykorzystuje się wnioski z przeprowadzonych analiz zdarzeń niepożądanych.
- PJ 6 W szpitalu wdrożono standardy profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej u pacjentów.
-

## POPRAWA JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA (PJ)

Poprawa jakości opieki dotyczy ciągłego monitorowania, analizowania i doskonalenia procesów klinicznych i zarządzania. By była efektywna, wymagane jest silne przywództwo, dobra organizacja pracy i wspólne, skoordynowane działania wszystkich zatrudnionych w szpitalu. Poprawa jakości nakierowana jest na redukcję ryzyka zarówno u pacjentów, jak i u osób świadczących opiekę. Prowadzona jest w oparciu o monitorowanie i dokonywanie pomiaru funkcjonowania (wskaźniki jakości), na podstawie których wdrażane są określone sposoby poprawy.

### PJ 1

#### W szpitalu opracowano program działań dla poprawy jakości.

##### Wyjaśnienie

Pisemny program stanowi plan pracy zespołu jakości. Zatwierdzony przez kierownictwo szpitala i opracowany na okres 12 miesięcy prezentuje cele i założenia z uwzględnieniem poprawy jakości działalności klinicznej. Cele programu winny być jasno określone i ukierunkowane na istotne aspekty opieki, z uwzględnieniem częstości ich występowania, ryzyka i/lub możliwości powikłań. Obszary poprawy mogą obejmować np.:

- a) procedury diagnostyczne i terapeutyczne,
- b) zawartość, kompletność i jakość dokumentacji medycznej,
- c) działalność organizacyjną,
- d) poprawę dostępności usług,
- e) poprawę satysfakcji pacjentów,
- f) farmakoterapię.

Program poprawy jakości powinien być znany personelowi medycznemu i innym zatrudnionym w szpitalu.

##### Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. jakości

##### Punktowanie

- 5 – W szpitalu jest opracowany program działań dla poprawy jakości.
- 1 – W szpitalu nie opracowano programu działań dla poprawy jakości.

### PJ 1.1

#### Program działań dla poprawy jakości jest weryfikowany przynajmniej raz w roku.

##### Wyjaśnienie

Realizacja programu poprawy jakości powinna podlegać cyklicznej analizie, która wyszczególnia elementy, jakich nie zrealizowano i analizuje tego przyczyny. Wyniki takiej analizy powinny być przedstawiane personelowi szpitala.

##### Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. jakości

##### Punktowanie

- 5 – Program działań dla poprawy jakości jest weryfikowany przynajmniej raz w roku.
- 1 – Program działań dla poprawy jakości nie podlega weryfikacji.

## PJ 1.2

### W szpitalu funkcjonuje zespół ds. jakości.

#### **Wyjaśnienie**

Realizacja programu poprawy jakości wymaga powołania zespołu, w skład którego wchodzi pracownicy medyczni i inne osoby zatrudnione w szpitalu. Spotkania zespołu powinny odbywać się regularnie, nie rzadziej niż raz w miesiącu.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. jakości

#### **Punktowanie**

- 5 – W szpitalu funkcjonuje zespół ds. jakości.
- 1 – W szpitalu nie funkcjonuje zespół ds. jakości.

## PJ 2

### W szpitalu dokonuje się regularnej analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją.

#### **Wyjaśnienie**

Istotne zdarzenia związane z pobytem pacjenta w szpitalu to m.in. reoperacje, readmisje, przedłużenie hospitalizacji. Identyfikacja takich zdarzeń i ich ocena służą do określania zagrożeń i redukcji ryzyka w oddziałach i szpitalu. Dlatego też istotne jest, by takie zdarzenia podlegały analizie i ocenie przynajmniej dwa razy w roku, a wyniki oceny były przekazywane dyrekcji oraz personelowi medycznemu.

## PJ 2.1

### W szpitalu regularnie analizuje się przyczyny przedłużonego pobytu pacjentów.

#### **Wyjaśnienie**

Szpital powinien zdefiniować pojęcie przedłużonego pobytu w poszczególnych oddziałach. Przedłużony pobyt powinien być szczegółowo i regularnie analizowany przynajmniej dwa razy w roku. Bardzo istotna jest informacja zwrotna skierowana do personelu medycznego.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. jakości

#### **Punktowanie**

- 5 – W szpitalu regularnie analizuje się przyczyny przedłużonego pobytu pacjentów.
- 3 – W szpitalu analizuje się przyczyny przedłużonego pobytu pacjentów w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie analizuje się przyczyn przedłużonego pobytu pacjentów.

## PJ 2.2

**W szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów pacjentów.****Wyjaśnienie**

Analiza powinna obejmować zgony pacjentów nie będących w stanach terminalnych oraz takich, którzy nie są przyjmowani bezpośrednio na oddział intensywnej opieki medycznej. Powyższy dobór próby umożliwi skoncentrowanie się na przypadkach zgonów, których być może można było uniknąć. Celem prowadzenia takiej analizy jest dostarczenie klinicyście materiału edukacyjnego, analiza nie służy penalizacji. Powinna być prowadzona przynajmniej raz na pół roku i dokumentowana. Bardzo istotna jest informacja zwrotna skierowana do personelu medycznego na danym oddziale.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. jakości

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów pacjentów.
- 3 – W szpitalu analizuje się przyczyny zgonów pacjentów w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie analizuje się przyczyn zgonów pacjentów.

## PJ 2.3

**W szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów okołoperacyjnych.****Wyjaśnienie**

Analiza służy do poprawy działalności klinicznej. Prowadzenie analizy wymaga przyjęcia definicji zgonu okołoperacyjnego. W programie akredytacji szpitali za zgon okołoperacyjny uważa się zgon, który wystąpił w czasie pobytu pacjenta w szpitalu od momentu znieczulenia do wypisu. Analizy dokonuje się przynajmniej raz na pół roku i jest ona znana w oddziałach zabiegowych i w dziale anestezjologii.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z zespołem ds. jakości
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów okołoperacyjnych.
- 3 – W szpitalu analizuje się przyczyny zgonów okołoperacyjnych w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie analizuje się przyczyn zgonów okołoperacyjnych.

## PJ 2.4

### **W szpitalu regularnie analizuje się nieplanowane, powtórne hospitalizacje.**

#### **Wyjaśnienie**

Jeżeli ostatnia (poprzednia) hospitalizacja nie była zakończona wskazaniem do powtórnego przyjęcia do szpitala, przypadki readmisji w formie nieplanowanych przyjęć do 30 dni od daty poprzedniego wypisu powinny być poddawane analizie i ocenie przynajmniej dwa razy w roku. Wyniki i wnioski z oceny powinny być przedstawiane personelowi w oddziałach.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. jakości

#### **Punktowanie**

- 5 – W szpitalu regularnie analizuje się nieplanowane, powtórne hospitalizacje.
- 3 – W szpitalu analizuje się nieplanowane, powtórne hospitalizacje w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie analizuje się nieplanowanych, powtórnych hospitalizacji.

## PJ 2.5

### **W szpitalu regularnie analizuje się reoperacje.**

#### **Wyjaśnienie**

Reoperacja jest nieplanowaną, powtórą operacją. Stanowi dodatkowe ryzyko dla chorego, dlatego też konieczna jest analiza tego zjawiska, dokonywana przynajmniej dwa razy w roku. Wnioski z takiej oceny powinny być przedstawione personelowi medycznemu danego oddziału, a także zespołowi bloku operacyjnego.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. jakości

#### **Punktowanie**

- 5 – W szpitalu regularnie analizuje się reoperacje.
- 3 – W szpitalu analizuje się reoperacje w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie analizuje się reoperacji.

## PJ 3

**W szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów.****Wyjaśnienie**

Ocena opinii pacjentów powinna być prowadzona regularnie, przynajmniej raz w roku. Takie badanie służy uzyskaniu wiedzy na temat oczekiwań, preferencji i doświadczeń hospitalizowanych pacjentów. Istotne jest, by badanie zostało przeprowadzone zgodnie z określoną i przyjętą metodologią prowadzenia badań społecznych oraz z wykorzystaniem właściwego narzędzia. Poprawna metodologia prowadzenia badania, określenie wielkości grupy badanej oraz istotnego poziomu zwrotności stanowią o wiarygodności uzyskanych wyników. Rezultaty i wnioski jakie wynikają z badania powinny być przedstawiane kierownictwu szpitala oraz osobom zatrudnionym w szpitalu i stanowić cel poprawy.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. jakości

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu prowadzi się regularnie ocenę opinii pacjentów, a wnioski z analizy są wdrożone.
- 3 – W szpitalu prowadzi się regularnie ocenę opinii pacjentów, ale wnioski nie są wdrożone.
- 1 – W szpitalu nie prowadzi się regularnej oceny opinii pacjentów.

## PJ 4

**Wyniki monitorowania jakości są wykorzystywane do poprawy pracy szpitala.****Wyjaśnienie**

Wprowadzanie poprawy jest uwarunkowane znajomością aktualnego poziomu funkcjonowania, określeniem planowanego poziomu oraz czasu, koniecznego dla uzyskania poprawy, czyli monitorowaniem jakości. Dlatego niezbędne jest dokonywanie pomiaru własnej działalności, czyli zbieranie istotnych danych według wiarygodnych metodologii, ich ocena i analiza, określenie zmian, jakie należy wprowadzić dla poprawy, ich wdrożenie i dokonanie kolejnego pomiaru w celu stwierdzenia, czy wprowadzona zmiana oznacza poprawę.

PJ

## PJ 4.1

**W oparciu o dane uzyskane z monitorowania jakości w szpitalu prowadzone są projekty poprawy.****Wyjaśnienie**

Dane dotyczące istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją podlegają analizie i ocenie. Uzyskane wnioski i obserwacje stanowią podstawę do prowadzenia projektów poprawy w istotnych obszarach opieki. Projekty, prowadzone zgodnie z metodologią poprawy jakości E. Deming'a (cykl PDCA: zaplanuj, wykonaj, sprawdź, zastosuj) mogą być realizowane tak na poziomie oddziału jak i szpitala.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. jakości
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Szpital realizuje projekty poprawy.
- 1 – Szpital nie realizuje projektów poprawy.

## PJ 4.2

**W szpitalu ocenia się efekty wprowadzonych zmian.****Wyjaśnienie**

Odmienne funkcjonowanie przekłada się na uzyskiwanie określonych efektów – stanowi to rezultat zmian i modyfikacji, wprowadzonych na skutek monitorowania. Konieczne jest dokonywanie kolejnych pomiarów, w celu oceny i ustalenia, czy zmiany i modyfikacje oznaczają poprawę.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. jakości
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu ocenia się efekty wprowadzonych zmian.
- 3 – W szpitalu ocenia się efekty wprowadzonych zmian w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie ocenia się efektów wprowadzonych zmian.

## PJ 5

**Bezpieczeństwo Pacjenta****Wyjaśnienie**

Bezpieczeństwo pacjenta jest podstawowym wymiarem jakości opieki i stanowi integralny element systemu poprawy opieki. Organizacja powinna wprowadzić system pozwalający na regularną ocenę bezpieczeństwa pacjenta i wyciąganie wniosków z prowadzonej oceny. Służy temu identyfikowanie, gromadzenie i analizowanie danych na temat zdarzeń niepożądanych związanych z opieką nad pacjentem. Istotne jest wykorzystywanie wniosków i ukierunkowanie na możliwość uczenia się na podstawie ewentualnych błędów.

Zdarzeniem niepożądanym jest szkoda wywołana w trakcie/w efekcie leczenia, nie związana z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzyko jej wystąpienia.

Zdarzenia niepożądane wymagające monitorowania i analizy to m.in.:

- a) ciało obce pozostawione w polu operacyjnym,
- b) niewłaściwy pacjent/miejsce/strona operowana/niewłaściwa procedura operacyjna,
- c) odcewnikowa infekcja łożyska naczyniowego,
- d) uszkodzenia ciała powstałe w wyniku zabiegu operacyjnego,
- e) sepsa po zabiegu operacyjnym,
- f) embolia płucna lub zakrzepica żył głębokich po zabiegu operacyjnym,
- g) samobójstwo w szpitalu,
- h) niewłaściwe podanie leku (nie ten lek, dawka, pacjent, czas podania, droga podania),
- i) upadki w szpitalu,
- j) nieterminowe dostarczenie opieki,
- k) reoperacje,
- l) nieplanowane, powtórne hospitalizacje,
- m) samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala.

Istotna jest systematyczna analiza danych, pochodzących nie tylko z raportowania zdarzeń niepożądanych, lecz także innych źródeł, takich jak: zgłoszenia pacjentów, skargi i wnioski, roszczenia, szpitalne/oddziałowe analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją.



## PJ 5.1

**W szpitalu identyfikuje się i gromadzi dane na temat zdarzeń niepożądanych.****Wyjaśnienie**

Głównym celem systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych jest poprawa bezpieczeństwa pacjenta. Systemy takie to tzw. Reporting and Learning Systems (RLS), czyli systemy raportowania i uczenia się. Zgłaszanie danych o zdarzeniach ma znaczenie tylko wtedy, jeżeli zdarzenia te stanowią przedmiot analizy, a personel medyczny, uczestniczący w zdarzeniu, uzyskuje informację zwrotną. System gromadzenia danych nie może służyć identyfikacji i stygmatyzacji osób uczestniczących w zdarzeniu. System raportowania powinien być dobrowolny i poufny, może być systemem niezależnym lub zintegrowanym z systemem rejestracji skarg i wniosków, czy roszczeń pacjentów. Źródłem dodatkowych informacji o zdarzeniach mogą być wyniki badań anatomopatologicznych, czy analiza doświadczeń pacjentów, których zdarzenie bezpośrednio dotyczy. Każda organizacja opieki zdrowotnej powinna opracować jak najbardziej skuteczny, lokalny system zbierania informacji na temat zdarzeń niepożądanych.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. jakości
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu są gromadzone dane na temat zdarzeń niepożądanych związanych z pobytem pacjenta w szpitalu.
- 3 – W szpitalu dane na temat zdarzeń niepożądanych są gromadzone w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie gromadzi się danych na temat zdarzeń niepożądanych związanych z pobytem pacjenta w szpitalu.

## PJ 5.2

**W szpitalu analizuje się zdarzenia niepożądane dotyczące pobytu pacjentów.****Wyjaśnienie**

Szpital określa wagę i istotność dla poszczególnych rodzajów zdarzeń niepożądanych. Ustala, jakiego typu zdarzenia wymagają bardziej szczegółowej analizy, czyli tzw. analizy źródłowej (Root Cause Analysis - RCA). Analiza źródłowa polega na ustaleniu okoliczności i przyczyn, które doprowadziły do zdarzenia. Odpowiada na pytania „jak” i „dlaczego”.

W skład analizy RCA wchodzi:

- a) gromadzenie danych i informacji o zdarzeniu,
- b) mapowanie danych i informacji,
- c) identyfikacja problemów,
- d) analizowanie problemów,
- e) ustalenie przyczyn źródłowych zdarzenia,
- f) zalecenia i raport.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. jakości
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu analizuje się zdarzenia niepożądane.
- 3 – W szpitalu analizuje się zdarzenia niepożądane w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie analizuje się zdarzeń niepożądanych.

**PJ 5.3**

**W szpitalu wykorzystuje się wnioski z przeprowadzonych analiz zdarzeń niepożądanych.**

**Wyjaśnienie**

Wnioski z przeprowadzonych analiz powinny być wykorzystywane dla poprawy bezpieczeństwa pacjentów w szpitalu. Mogą stanowić podstawę do wypracowania rekomendacji i zaleceń dla poprawy bezpieczeństwa pacjenta.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem ds. jakości
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wykorzystuje się wnioski z prowadzonych analiz zdarzeń niepożądanych.
- 3 – W szpitalu wykorzystuje się wnioski z prowadzonych analiz zdarzeń niepożądanych w ograniczonym zakresie.
- 1 – W szpitalu nie wykorzystuje się wniosków z prowadzonych analiz zdarzeń niepożądanych.

**PJ 6**

**W szpitalu wdrożono standardy profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej u pacjentów.**

**Wyjaśnienie**

W oparciu o wiarygodne wytyczne kliniczne szpital powinien opracować i wdrożyć standardy profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej w praktyce klinicznej. Standardy powinny uwzględniać ocenę pacjentów pod kątem ryzyka wystąpienia choroby zatorowo-zakrzepowej, kwalifikację do poszczególnych grup ryzyka i prowadzenie profilaktyki zgodnie z przyjętymi wytycznymi. Działaniom tym powinna towarzyszyć ocena skuteczności prowadzonej profilaktyki.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – We wszystkich oddziałach wdrożono standardy profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej u pacjentów. Skuteczność profilaktyki jest oceniana.
- 3 – We wszystkich oddziałach wdrożono standardy profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej u pacjentów.
- 1 – Nie we wszystkich oddziałach wdrożono standardy profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej.

---


# ZARZĄDZANIE OGÓLNE

---

---

# ZARZĄDZANIE OGÓLNE

---

- ZO 1 Szpital ma zdefiniowaną misję.
  - ZO 2 W szpitalu określono szczegółowy zakres odpowiedzialności pracowników niezbędnych dla sprawnego i skutecznego zarządzania organizacją.
  - ZO 3 Każdy dział ma wyznaczoną przez dyrekcję osobę, która jest odpowiedzialna za jego organizację i zarządzanie.
  - ZO 4 Szpital posiada aktualny schemat organizacyjny.
  - ZO 5 Dyrekcja wspiera i promuje zarządzanie przez jakość i działania dla poprawy jakości opieki.
  - ZO 6 Szpital posiada plan strategiczny.
  - ZO 7 Plan strategiczny jest cyklicznie aktualizowany.
  - ZO 8 W szpitalu wdrożono mechanizmy rozwiązywania zagadnień etycznych.
  - ZO 9 Szpital określił zakres usług świadczonych w poszczególnych działach.
  - ZO 10 Osoby zarządzające są przeszkolone w zakresie zarządzania jakością.
  - ZO 11 Zarządzenia, plany i procedury są:
    - ZO 11.1 przechowywane w katalogu, który jest łatwo dostępny,
    - ZO 11.2 autoryzowane - datowane i podpisane,
    - ZO 11.3 aktualizowane.
- 
- 

## ZARZĄDZANIE OGÓLNE (ZO)

Sprawne i skuteczne zarządzanie wymaga określenia roli poszczególnych osób, mających wpływ na bieżące kierowanie i strategię rozwoju organizacji. Strategia rozwoju powinna być oparta o analizę otoczenia. W zarządzaniu szpitalem powinni współuczestniczyć kierownicy działów medycznych i pozamedycznych (ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe, kierownicy bloku operacyjnego, apteki, laboratorium, sterylizatorni itp.). Zarządzający organizacją powinni określić kompetencje i zakres odpowiedzialności poszczególnych zatrudnionych. Dotyczy to zarówno udziału w kierowaniu organizacją, jak i zarządzaniu jakością.

### ZO 1

#### Szpital ma zdefiniowaną misję.

##### *Wyjaśnienie*

Wszyscy zatrudnieni w szpitalu powinni wiedzieć, czemu służy praca w organizacji, w której pracują, jakie są jej podstawowe cele.

##### *Sprawdzenie*

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

##### *Punktowanie*

- 5 – Misja szpitala jest znana wszystkim zatrudnionym.
- 3 – Misja szpitala jest znana większości zatrudnionych.
- 1 – Misja szpitala jest znana niewielu zatrudnionym.

### ZO 2

#### W szpitalu określono szczegółowy zakres odpowiedzialności pracowników niezbędnych dla sprawnego i skutecznego zarządzania organizacją.

##### *Wyjaśnienie*

Szczegółowy zakres odpowiedzialności obejmuje kluczowe stanowiska, bezpośrednio podległe dyrektorowi naczelnemu. Zakres odpowiedzialności jest spójny ze schematem organizacyjnym.

##### *Sprawdzenie*

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad w dziale kadr

##### *Punktowanie*

- 5 – W szpitalu określono szczegółowy zakres odpowiedzialności dla całej kadry zarządzającej.
- 1 – W szpitalu nie określono szczegółowego zakresu odpowiedzialności dla całej kadry zarządzającej.

ZO 3

**Każdy dział ma wyznaczoną przez dyrekcję osobę, która jest odpowiedzialna za jego organizację i zarządzanie.**

**Wyjaśnienie**

Zakres odpowiedzialności kierowników jest szczegółowo określony w aktach osobowych i zgodny ze schematem organizacyjnym szpitala.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji pracowników
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Wszystkie działy mają wyznaczoną osobę odpowiedzialną za ich organizację i zarządzanie.
- 1 – Nie wszystkie działy mają wyznaczoną osobę odpowiedzialną za ich organizację i zarządzanie.

ZO 4

**Szpital posiada aktualny schemat organizacyjny.**

**Wyjaśnienie**

Schemat organizacyjny powinien przedstawiać aktualną strukturę komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk w szpitalu oraz przejrzysto określać zakresy podległości i odpowiedzialności w szpitalu.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Szpital posiada aktualny schemat organizacyjny.
- 3 – Schemat organizacyjny znajduje się w trakcie aktualizacji.
- 1 – Szpital nie posiada aktualnego schematu organizacyjnego.

## Z0 5

**Dyrekcja wspiera i promuje zarządzanie przez jakość i działania dla poprawy jakości opieki.****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 szpitala. Istotna jest identyfikacja głównych obszarów wymagających poprawy, wiedza na temat klinicznej działalności szpitala w zakresie uzyskiwanych wyników opieki (wskaźników jakości), prowadzonych w szpitalu projektach poprawy jakości, informacja o rezultatach badań opinii pacjentów i personelu. Z grona dyrekcji powinna zostać wyłoniona osoba, która kieruje działaniami na rzecz jakości.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem

**Punktowanie**

- 5 – Dyrekcja zidentyfikowała obszary wymagające poprawy, wspiera i promuje działania poprawy jakości, a dyrektor ds. medycznych/dyrektor ds. jakości kieruje zespołem jakości.
- 3 – Dyrekcja częściowo wspiera zarządzanie przez jakość i działania na rzecz jej poprawy.
- 1 – Dyrekcja nie wspiera zarządzania przez jakość i działań na rzecz jej poprawy.

## Z0 6

**Szpital posiada plan strategiczny.****Wyjaśnienie**

Szpital powinien określić wizję celu, który chce osiągnąć. Plan strategiczny szpitala powinien uwzględniać wyniki analizy potrzeb zdrowotnych obsługiwanej populacji, prowadzonej przez administrację samorządową lub państwową oraz działania z uwzględnieniem potrzeb i finansowych możliwości realizacji planu. W planie strategicznym powinien zostać zawarty opis polityki poprawy jakości świadczonych usług. Plan podlega cyklicznym aktualizacjom, co jest udokumentowane.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala

**Punktowanie**

- 5 – Szpital posiada plan strategiczny.
- 1 – Szpital nie posiada planu strategicznego.

Z0 7

**Plan strategiczny jest cyklicznie aktualizowany.****Wyjaśnienie**

Plan strategiczny powinien być aktualizowany nie rzadziej niż raz na dwa lata.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem

**Punktowanie**

- 5 – Plan strategiczny jest aktualizowany.
- 1 – Plan strategiczny nie jest aktualizowany.

Z0 8

**W szpitalu wdrożono mechanizmy rozwiązywania zagadnień etycznych.****Wyjaśnienie**

Problemy natury etycznej występujące w szpitalu oraz przyjęty sposób ich rozwiązywania stanowią wyznacznik kultury organizacyjnej. W szpitalu powinna zostać wyłoniona grupa złożona z osób cieszących się powszechnym zaufaniem, do której, jako do Zespołu Etycznego, mogą zwracać się osoby zatrudnione i pacjenci z problemami natury etycznej. Szpital zapewnia informacje o możliwości takiego kontaktu pacjentom i zatrudnionym.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu wdrożono mechanizmy rozwiązywania zagadnień etycznych.
- 3 – Zdefiniowano problemy etyczne występujące w szpitalu, ale nie opracowano i nie wdrożono sposobów ich rozwiązywania.
- 1 – W szpitalu nie podjęto działań dla rozwiązywania zagadnień etycznych.



## ZO 9

**Szpital określił zakres usług świadczonych w poszczególnych działach.****Wyjaśnienie**

Oddziały szpitalne i inne działy medyczne powinny posiadać ogólnodostępny wykaz wykonywanych procedur celem informowania pacjentów i lekarzy kierujących. Zarząd szpitala w porozumieniu z kierownikami działów medycznych tworzy i zatwierdza taki wykaz.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Określono ogólnodostępny zakres świadczonych usług dla wszystkich działów medycznych.
- 3 – Określono ogólnodostępny zakres świadczonych usług dla większości działów medycznych.
- 1 – Nie określono ogólnodostępnego zakresu usług świadczonych w poszczególnych działach.

## ZO 10

**Osoby zarządzające są przeszkolone w zakresie zarządzania jakością.****Wyjaśnienie**

Dla efektywnego zarządzania, kadra zarządzająca z uwzględnieniem kierowników działów medycznych powinna posiadać podstawową wiedzę na temat zarządzania jakością i poprawą jakości. Istotny jest udział w szkoleniach prowadzonych przez profesjonalistów.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji zatrudnionych
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Cała kadra zarządzająca wraz z kierownikami działów medycznych jest przeszkolona w zakresie zarządzania jakością.
- 3 – Większość kadry zarządzającej i kierowników działów medycznych jest przeszkolona w zakresie zarządzania jakością.
- 1 – Kadra zarządzająca lub kierownicy działów medycznych nie są przeszkoleni w zakresie zarządzania jakością.

## Z0 11

### Zarządzenia, plany i procedury są:

#### Z0 11.1

#### przechowywane w katalogu, który jest łatwo dostępny,

##### **Wyjaśnienie**

Katalog z zarządzeniami, planami i procedurami istotnymi dla funkcjonowania szpitala oraz poszczególnych działów powinien znajdować się w jednostkach organizacyjnych szpitala i być łatwo dostępny dla osób zatrudnionych.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- obserwacja bezpośrednia

##### **Punktowanie**

- 5 – Wszystkie zarządzenia, plany i procedury są przechowywane w katalogu, który jest łatwo dostępny.
- 1 – Nie wszystkie zarządzenia, plany i procedury są przechowywane w katalogu, który jest łatwo dostępny.

#### Z0 11.2

#### autoryzowane – datowane i podpisane,

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala

##### **Punktowanie**

- 5 – Wszystkie zarządzenia, plany i procedury są autoryzowane.
- 1 – Nie wszystkie zarządzenia, plany i procedury są autoryzowane.

#### Z0 11.3

#### aktualizowane.

##### **Wyjaśnienie**

Wszystkie zarządzenia, plany i procedury powinny być aktualizowane w razie potrzeby, nie rzadziej jednak niż raz na trzy lata.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala

##### **Punktowanie**

- 5 – Wszystkie zarządzenia, plany i procedury są aktualizowane.
- 1 – Nie wszystkie zarządzenia, plany i procedury są aktualizowane.

---

ZARZĄDZANIE

---

ZASOBAMI LUDZKIMI

---

---

# ZARZĄDZANIE

---

# ZASOBAMI LUDZKIMI

---

- ZZ 1 W szpitalu funkcjonuje plan zatrudnienia.
    - ZZ 1.1 Liczba i kwalifikacje personelu pozwalają na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami.
    - ZZ 1.2 Kierownictwo określiło pożądane kwalifikacje i inne wymagania dla wszystkich stanowisk pracy.
  - ZZ 2 Wszystkie osoby udzielające świadczeń zdrowotnych pacjentom mają prawo wykonywania zawodu, a szpital posiada na to dowód.
  - ZZ 3 Świadczenia zdrowotne są udzielane przez osoby o udokumentowanych kwalifikacjach, odpowiednich do wykonywanych czynności.
  - ZZ 4 W szpitalu jest opracowany i realizowany program adaptacji zawodowej dla osób nowo zatrudnionych.
    - ZZ 4.1 Program adaptacji zapewnia osobom nowo zatrudnionym informacje o szpitalu oraz szkolenie z zakresu specyfiki pracy.
    - ZZ 4.2 Wszyscy nowo zatrudnieni uczestniczą w programie adaptacji zakończonym oceną.
  - ZZ 5 W szpitalu realizowana jest polityka stałego podnoszenia kwalifikacji osób zatrudnionych.
    - ZZ 5.1 W szpitalu określono potrzeby edukacyjne poszczególnych grup zawodowych.
    - ZZ 5.2 Szpital posiada plan szkoleń dla osób zatrudnionych.
    - ZZ 5.3 Plan szkoleń uwzględnia tematykę zarządzania jakością.
    - ZZ 5.4 Szpital zapewnia środki na szkolenia.
    - ZZ 5.5 Plan szkoleń jest realizowany.
  - ZZ 6 W szpitalu prowadzi się ocenę kwalifikacji i aktywności zawodowej personelu.
    - ZZ 6.1 Wszyscy zatrudnieni są poddawani ocenie.
    - ZZ 6.2 Kierownictwo szpitala wykorzystuje wnioski wynikające z oceny personelu.
  - ZZ 7 Osoby zatrudnione w szpitalu mają ustalone zakresy obowiązków.
  - ZZ 8 W szpitalu opracowano system zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych.
  - ZZ 9 W szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu.
-

## ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI (ZZ)

Dla realizacji misji i zapewnienia bezpiecznej opieki, szpital zatrudnia odpowiednią liczbę wykwalifikowanych osób. Dyrekcja współpracuje z kierownikami działów, w celu określenia pożądanej liczby i kwalifikacji zatrudnionych. Rekrutacja, adaptacja zawodowa, zatrudnienie i ocena pracownika powinny być oparte o proces uwzględniający odpowiednie kryteria i niezbędne kwalifikacje. Zarządzanie personelem powinno być skoordynowane i skuteczne z uwzględnieniem możliwości edukacji i rozwoju zawodowego.

### ZZ 1

#### W szpitalu funkcjonuje plan zatrudnienia.

##### *Wyjaśnienie*

Plan zatrudnienia powinien być opracowany wspólnie przez dyrekcję szpitala i kierowników działów. Powinien uwzględniać strategię rozwoju szpitala, określać strukturę zatrudnienia (liczba personelu w poszczególnych grupach zawodowych), pożądane kwalifikacje i inne oczekiwania, z uwzględnieniem specyfiki pracy w poszczególnych działach.

##### *Sprawdzenie*

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad w dziale kadr

##### *Punktowanie*

- 5 – W szpitalu funkcjonuje plan zatrudnienia uwzględniający strategię rozwoju.
- 3 – W szpitalu funkcjonuje plan zatrudnienia, ale nie uwzględnia on strategii rozwoju.
- 1 – W szpitalu nie funkcjonuje plan zatrudnienia.

### ZZ 1.1

#### Liczba i kwalifikacje personelu pozwalają na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami.

##### *Sprawdzenie*

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z kierownictwem
- obserwacja bezpośrednia

##### *Punktowanie*

- 5 – Liczba i kwalifikacje personelu pozwalają w pełni zaspokoić odpowiednią jakość opieki nad pacjentami we wszystkich oddziałach.
- 3 – Liczba i kwalifikacje personelu pozwalają w pełni zaspokoić odpowiednią jakość opieki nad pacjentami w większości oddziałów.
- 1 – Liczba i kwalifikacje personelu pozwalają w pełni zaspokoić odpowiednią jakość opieki nad pacjentami w części oddziałów.

**ZZ 1.2**

**Kierownictwo określiło pożądane kwalifikacje i inne wymagania dla wszystkich stanowisk pracy.**

**Wyjaśnienie**

W szpitalu opracowano opisy wszystkich stanowisk pracy.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z kierownictwem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu określono opisy wszystkich stanowisk pracy.
- 3 – W szpitalu określono opisy większości stanowisk pracy.
- 1 – W szpitalu nie określono opisów stanowisk pracy.

**ZZ 2**

**Wszystkie osoby udzielające świadczeń zdrowotnych pacjentom mają prawo wykonywania zawodu, a szpital posiada na to dowód.**

**Wyjaśnienie**

Aktualne prawo wykonywania zawodu, powinno znajdować się w aktach osobowych lub stanowić załącznik do umów cywilno-prawnych zatrudnionych osób.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad w dziale kadr
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Wszystkie osoby udzielające świadczeń zdrowotnych pacjentom posiadają prawo wykonywania zawodu.
- 1 – Nie wszystkie osoby udzielające świadczeń zdrowotnych pacjentom posiadają prawo wykonywania zawodu.

ZZ 3

### Świadczenia zdrowotne są udzielane przez osoby o udokumentowanych kwalifikacjach, odpowiednich do wykonywanych czynności.

#### Wyjaśnienie

Odpowiednie dokumenty (certyfikaty, świadectwa, zaświadczenia) powinny znajdować się w aktach osobowych lub umowach cywilno-prawnych osób zatrudnionych.

#### Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z kierownictwem
- wywiad w dziale kadr
- wywiad z personelem

#### Punktowanie

- 5 – Świadczenia zdrowotne są udzielane tylko przez osoby o udokumentowanych kwalifikacjach, odpowiednich do wykonywanych czynności.
- 1 – Świadczenia zdrowotne nie są udzielane przez osoby o udokumentowanych kwalifikacjach, odpowiednich do wykonywanych czynności.

ZZ 4

### W szpitalu jest opracowany i realizowany program adaptacji zawodowej dla osób nowo zatrudnionych.

#### Wyjaśnienie

Przygotowanie do pełnienia funkcji, czyli adaptacja zawodowa powinna dotyczyć wszystkich osób nowo zatrudnionych. Program adaptacji powinien zapewniać wiedzę o funkcjonowaniu szpitala, zapoznawać z obowiązującymi procedurami, zasadami i sposobami postępowania (adaptacja ogólna). Zatrudnieni, którzy obejmują nowe stanowiska pracy, powinni być poddani programowi przygotowującemu do wykonywania powierzonych obowiązków (adaptacja stanowiskowa). Program adaptacji powinien być zakończony oceną, pozwalającą stwierdzić, czy poziom umiejętności i wiedzy zatrudnionych odpowiada wymaganiom i oczekiwaniom ze strony szpitala. Program adaptacji dotyczy również rezydentów.

ZZ

## ZZ 4.1

### **Program adaptacji zapewnia osobom nowo zatrudnionym informacje o szpitalu oraz szkolenie z zakresu specyfiki pracy.**

#### **Wyjaśnienie**

Adaptacja obejmuje szkolenie z zakresu specyfiki pracy, a także:

- a) wprowadzenie w misję, zakres procedur szpitala i oferowanych świadczeń,
- b) zapoznanie z zakresem odpowiedzialności i uprawnień,
- c) zapoznanie z programem poprawy jakości,
- d) zapoznanie z topografią szpitala,
- e) zapoznanie z systemem oceniania i nagradzania personelu,
- f) opanowanie procedur postępowania w przypadkach zdarzeń mnogich masowych i katastrof,
- g) zaznajomienie z wytycznymi ochrony i bezpieczeństwa osobistego.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z kierownictwem
- wywiad w dziale kadr
- wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – Program adaptacji zapewnia osobom nowo zatrudnionym informacje o szpitalu oraz szkolenie w zakresie specyfiki pracy.
- 3 – Program adaptacji zapewnia osobom nowo zatrudnionym informacje o szpitalu oraz szkolenie w zakresie specyfiki pracy w ograniczonym zakresie.
- 1 – Program adaptacji nie zapewnia osobom nowo zatrudnionym informacji o szpitalu lub szkolenia w zakresie specyfiki pracy.

## ZZ 4.2

### **Wszyscy nowo zatrudnieni uczestniczą w programie adaptacji zakończonym oceną.**

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z kierownictwem
- wywiad w dziale kadr
- wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – Wszystkie osoby nowo zatrudnione uczestniczą w programie adaptacji ogólnej i stanowiskowej; adaptacja jest zakończona oceną.
- 3 – Większość osób nowo zatrudnionych uczestniczy w programie adaptacji ogólnej i stanowiskowej, lub adaptacja nie jest zakończona oceną.
- 1 – Osoby nowo zatrudnione nie uczestniczą w programie adaptacji.



## ZZ 5

**W szpitalu realizowana jest polityka stałego podnoszenia kwalifikacji osób zatrudnionych.****Wyjaśnienie**

W oparciu o plan szkoleń, w szpitalu realizowana jest polityka podnoszenia kwalifikacji osób zatrudnionych. Każdy zatrudniony powinien mieć możliwość doskonalenia swoich umiejętności zgodnie z potrzebami szpitala w tym zakresie. Podnoszenie kwalifikacji dotyczy również zarządzania jakością. Plany szkoleń są zatwierdzane przez dyrekcję; szpital zapewnia też odpowiednie środki na ich realizację. Podnoszenie kwalifikacji odbywa się poprzez szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne. Dotyczą one różnicowanej tematyki, np. powinny towarzyszyć wprowadzaniu nowych procedur i technik, nowego sprzętu i urządzeń, dotyczyć postępowania w stanach zagrożenia życia, bezpiecznego stosowania aparatury medycznej, zakażeń szpitalnych, jakości itp.

## ZZ 5.1

**W szpitalu określono potrzeby edukacyjne poszczególnych grup zawodowych.****Wyjaśnienie**

Dyrekcja szpitala powinna posiadać informacje dotyczące potrzeb edukacyjnych wszystkich grup zawodowych, niezbędnych dla realizacji strategii określonej przez szpital. Informacje te powinny obejmować zakres szkoleń obowiązkowych oraz szkoleń dodatkowych wraz z ich kosztami. Program podnoszenia kwalifikacji zawodowych powinien być aktualizowany przed opracowaniem corocznych programów szkoleń.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad w dziale kadr

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu identyfikuje się potrzeby edukacyjne wszystkich grup zawodowych.
- 3 – W szpitalu identyfikuje się potrzeby edukacyjne niektórych grup zawodowych.
- 1 – W szpitalu nie identyfikuje się potrzeb edukacyjnych.

## ZZ 5.2

**Szpital posiada plan szkoleń dla osób zatrudnionych.****Wyjaśnienie**

Kierownictwo działów opracowuje pisemny plan szkoleń w oparciu o potrzeby szpitala i zatrudnionych. Plan obejmuje regularnie realizowane szkolenia wewnętrzne dla wszystkich grup zawodowych, a także szkolenia zewnętrzne. Opracowany jest roczny harmonogram szkoleń. Szkolenia winny być zaplanowane nie rzadziej niż raz w miesiącu, z wyjątkiem miesięcy wakacyjnych.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z kierownictwem
- wywiad w dziale kadr
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Wszyscy kierownicy działów opracowali i wdrożyli pisemne plany szkoleń.
- 3 – Większość kierowników działów opracowało i wdrożyło pisemne plany szkoleń.
- 1 – Szpital nie posiada planu szkoleń pracowników.

### ZZ 5.3

#### Plan szkoleń uwzględnia tematykę zarządzania jakością.

##### **Wyjaśnienie**

Personel powinien przejść przeszkolenie z zakresu zarządzania jakością, szczególnie kadra kierownicza powinna być systematycznie szkolona na temat jakości.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z kierownictwem
- wywiad w dziale kadr
- wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – W planie szkoleń uwzględniono tematykę zarządzania jakością.
- 1 – W planie szkoleń nie uwzględniono tematyki zarządzania jakością.

### ZZ 5.4

#### Szpital zapewnia środki na szkolenia.

##### **Wyjaśnienie**

Szpital zapewnia środki finansowe i techniczne dla realizacji planu szkoleń (szkoleń zewnętrznych i wewnętrznych).

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – Szpital zapewnia środki na szkolenia.
- 3 – Szpital zapewnia środki na większość szkoleń ujętych w planie.
- 1 – Szpital nie zapewnia środków na szkolenia.

### ZZ 5.5

#### Plan szkoleń jest realizowany.

##### **Wyjaśnienie**

W szpitalu powinno wspierać się nabywanie nowych umiejętności przez pracowników. Udział w szkoleniach jest dokumentowany.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – Plan szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych jest realizowany.
- 3 – Część planu szkoleń jest realizowana.
- 1 – Brak udokumentowanej realizacji planu szkoleń.

## ZZ 6

**W szpitalu prowadzi się ocenę kwalifikacji i aktywności zawodowej personelu.****Wyjaśnienie**

Szpital powinien dążyć do prowadzenia obiektywnej, systematycznej oceny kwalifikacji i aktywności zawodowej osób zatrudnionych. Ocena taka, dokonywana przez przełożonych, sprzyja prowadzeniu przejrzystej polityki kadrowej i stanowi istotne narzędzie zarządzania personelem, gdyż powinna mieć wpływ na karierę zawodową i wynagrodzenie pracownika. Uwzględnienie samooceny jako elementu oceny podnosi wiarygodność uzyskanego wyniku. Ocena powinna być prowadzona nie rzadziej niż raz na dwa lata w oparciu o wcześniej ustalone i znane kryteria. Pracownicy powinni zostać zaznajomieni z wynikiem oceny.

## ZZ 6.1

**Wszyscy zatrudnieni są poddawani ocenie.****Wyjaśnienie**

Ocena kwalifikacji i aktywności zawodowej dotyczy wszystkich grup zawodowych w szpitalu.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z kierownictwem
- wywiad w dziale kadr

**Punktowanie**

- 5 – Wszyscy zatrudnieni są poddawani ocenie.
- 3 – Większość zatrudnionych jest poddawana ocenie.
- 1 – Zatrudnieni nie są poddawani ocenie.

## ZZ 6.2

**Kierownictwo szpitala wykorzystuje wnioski wynikające z oceny personelu.****Wyjaśnienie**

Wyniki oceny kwalifikacji i aktywności zawodowej powinny stanowić podstawę do wyciągania określonych wniosków i podejmowania stosownych działań. Wyniki oceny są omawiane z personelem, którego ocena dotyczy. Zatrudnieni mają możliwość zgłaszania zastrzeżeń do przedstawionej oceny.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z kierownictwem
- wywiad w dziale kadr

**Punktowanie**

- 5 – Kierownictwo szpitala wykorzystuje wnioski z przeprowadzonej oceny.
- 1 – Kierownictwo szpitala nie wykorzystuje wniosków z przeprowadzonej oceny.

**ZZ 7**

**Osoby zatrudnione w szpitalu mają ustalone zakresy obowiązków.**

**Wyjaśnienie**

Aktualny zakres obowiązków znajdujący się w aktach osobowych, czy też będący elementem umowy cywilno-prawnej powinien obejmować rzeczywisty zakres czynności. Zakres obowiązków uwzględnia wpis dotyczący zastępstwa na wypadek nieobecności lub sytuacji nadzwyczajnych.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad w dziale kadr
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Wszyscy zatrudnieni mają ustalony, aktualny zakres obowiązków.
- 1 – Nie wszyscy zatrudnieni mają ustalony aktualny zakres obowiązków.

**ZZ 8**

**W szpitalu opracowano system zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych.**

**Wyjaśnienie**

Przez sytuacje nagłe rozumie się nieobecności w pracy, jak również zdarzenia masowe i katastrofy. Zasady zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych powinny być znane wszystkim zatrudnionym.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- wywiad w dziale kadr

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano system zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych.
- 1 – W szpitalu nie opracowano systemu zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych.

**W szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu.****Wyjaśnienie**

Badanie satysfakcji zawodowej powinno być prowadzone przynajmniej raz w roku. Wyniki badania powinny podlegać analizie, na podstawie której kierownictwo szpitala wyciąga wnioski i podejmuje stosowne działania.

**Sprawdzenie**

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu i realizuje wynikające z nich wnioski.
- 3 – W szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu.
- 1 – W szpitalu nie prowadzi się badań satysfakcji zawodowej personelu.



ZARZĄDZANIE  
INFORMACJĄ

---

# ZARZĄDZANIE INFORMACJĄ

---

- ZI 1 W szpitalu opracowano system gromadzenia danych i przetwarzania informacji.
    - ZI 1.1 Szpital określił osoby odpowiedzialne za bezpieczeństwo informacji na terenie jednostki.
    - ZI 1.2 Szpital określił zasady dostępu do sieci rozległej dla pracowników i pacjentów szpitala.
    - ZI 1.3 Szpital określił zasady dostępu do zewnętrznych medycznych baz danych dla pracowników medycznych.
  - ZI 2 Szpital określił zasady bezpieczeństwa dotyczące informacji medycznej, w tym sposób postępowania w sytuacjach krytycznych.
  - ZI 3 Dokumentacja medyczna jest zabezpieczona.
    - ZI 3.1 Wersja papierowa dokumentacji medycznej jest zabezpieczona.
    - ZI 3.2 Archiwalna dokumentacja medyczna przechowywana jest w sposób bezpieczny.
    - ZI 3.3 Archiwalna dokumentacja medyczna jest dostępna.
    - ZI 3.4 Zasady dokonywania wpisów i autoryzacja dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej są określone.
    - ZI 3.5 Wersja elektroniczna dokumentacji medycznej jest zabezpieczona.
  - ZI 4 Dokumentacja medyczna jest czytelna, kompletna i autoryzowana.
  - ZI 5 W szpitalu wdrożono mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności oraz autoryzacji dokumentacji medycznej.
  - ZI 6 W szpitalu opracowano procedurę komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie.
-



## ZARZĄDZANIE INFORMACJĄ (ZI)

Opieka zdrowotna jest kompleksowym działaniem, którego wynik w znacznym stopniu zależy od informacji. Informacją powinno się w szpitalu zarządzać efektywnie. Służy temu system, który obejmuje: gromadzenie danych, sposoby ich przetwarzania, zarządzania, udostępniania, przechowywania oraz mechanizmy zapewniające bezpieczeństwo informacji.

### ZI 1

#### W szpitalu opracowano system gromadzenia danych i przetwarzania informacji.

##### **Wyjaśnienie**

System gromadzenia danych i przetwarzania informacji obejmuje:

- a) opis rodzaju i zakresu danych gromadzonych przez szpital,
- b) sposób przechowywania danych,
- c) czas przechowywania poszczególnych dokumentów i danych,
- d) formy zabezpieczenia, w tym zasady dostępu do poszczególnych typów danych,
- e) zasady udostępniania danych i dokumentacji wewnątrz i na zewnątrz szpitala,
- f) sposób komunikacji z personelem, pacjentami, środowiskiem lokalnym, zewnętrznymi współpracownikami, mediami itp.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

##### **Punktowanie**

- 5 – Szpitalny system gromadzenia i przetwarzania informacji zawiera wszystkie elementy zawarte w wyjaśnieniu.
- 3 – Szpitalny system gromadzenia i przetwarzania informacji zawiera większość elementów zawartych w wyjaśnieniu.
- 1 – W szpitalu nie opracowano systemu gromadzenia danych i przetwarzania informacji.

### ZI 1.1

#### Szpital określił osoby odpowiedzialne za bezpieczeństwo informacji na terenie jednostki.

##### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

##### **Punktowanie**

- 5 – Szpital określił osoby odpowiedzialne za bezpieczeństwo informacji na terenie jednostki.
- 1 – Szpital nie określił osób odpowiedzialnych za bezpieczeństwo informacji na terenie jednostki.

## ZI 1.2

### **Szpital określił zasady dostępu do sieci rozległej dla pracowników i pacjentów szpitala.**

#### **Wyjaśnienie**

Szpital winien opracować politykę dotyczącą dostępu do sieci rozległej dla pracowników i pacjentów szpitala oraz wskazać obszary i miejsca, w których ze względów bezpieczeństwa dostęp do sieci jest ograniczony.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

#### **Punktowanie**

- 5 – Szpital określił zasady dostępu do sieci rozległej dla pracowników i pacjentów szpitala.
- 1 – Szpital nie określił zasad dostępu do sieci rozległej dla pracowników i pacjentów szpitala.

## ZI 1.3

### **Szpital określił zasady dostępu do zewnętrznych medycznych baz danych dla pracowników medycznych.**

#### **Wyjaśnienie**

Możliwość korzystania z zewnętrznych źródeł informacji medycznej jest istotna dla poprawy jakości oraz wiedzy pracowników. Szpital powinien określić zasady, w oparciu o które personel medyczny może korzystać z dostępu do tych źródeł.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z kierownictwem

#### **Punktowanie**

- 5 – Szpital określił zasady dostępu do zewnętrznych medycznych baz danych dla pracowników medycznych.
- 1 – Szpital nie określił zasad dostępu do zewnętrznych medycznych baz danych dla pracowników medycznych.

## ZI 2

**Szpital określił zasady bezpieczeństwa dotyczące informacji medycznej, w tym sposób postępowania w sytuacjach krytycznych.****Wyjaśnienie**

Dokumentacja medyczna bez względu na jej formę (papierową, elektroniczną), powinna być zabezpieczona. Należy opracować zasady zabezpieczenia przed utratą, zniszczeniem, zamianą oraz zasady dostępu do poszczególnych rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposób postępowania w sytuacjach krytycznych.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Szpital określił zasady bezpieczeństwa dotyczące informacji medycznej.
- 1 – Szpital nie określił zasad bezpieczeństwa dotyczących informacji medycznej.

## ZI 3

**Dokumentacja medyczna jest zabezpieczona.**

## ZI 3.1

**Wersja papierowa dokumentacji medycznej jest zabezpieczona.****Wyjaśnienie**

Dokumentacja medyczna pacjenta przechowywana w oddziałach, pracowniach i innych miejscach w szpitalu powinna być zabezpieczona przed utratą, zniszczeniem, zamianą oraz nieupoważnionym dostępem lub wykorzystaniem. Szpital powinien opracować zasady zabezpieczenia tej dokumentacji. Są one spisane i dostępne w miejscach przechowywania dokumentacji.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Opracowano zasady zabezpieczenia dokumentacji medycznej i są one znane personelowi.
- 3 – Zasady zabezpieczenia dokumentacji medycznej nie są w pełni znane personelowi.
- 1 – Nie opracowano zasad zabezpieczenia dokumentacji medycznej.

## ZI 3.2

### **Archiwalna dokumentacja medyczna przechowywana jest w sposób bezpieczny.**

#### **Wyjaśnienie**

Przechowywanie dokumentacji medycznej w archiwum w formie papierowej wymaga monitorowania temperatury oraz wilgotności powietrza.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z personelem

#### **Punktowanie**

- 5 – Archiwalna dokumentacja medyczna przechowywana jest w sposób bezpieczny.
- 1 – Przechowywanie dokumentacji medycznej nie w pełni spełnia warunki bezpieczeństwa.

## ZI 3.3

### **Archiwalna dokumentacja medyczna jest dostępna.**

#### **Wyjaśnienie**

Szpital powinien określić sposób dostępu do archiwalnej dokumentacji medycznej, w szczególności w przypadku powtórnej hospitalizacji. Powinno ustalić się zasady dostępu do dokumentacji medycznej poza godzinami pracy archiwum oraz średni czas uzyskania archiwalnej dokumentacji medycznej.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano procedurę dostępu do archiwalnej dokumentacji medycznej przez 24 godziny. Personel medyczny uzyskuje archiwalną dokumentację medyczną w czasie nie przekraczającym 1 godziny.
- 3 – W szpitalu nie opracowano procedury dostępu do archiwalnej dokumentacji medycznej przez 24 godziny, ale pracownicy medyczni uzyskują archiwalną dokumentację medyczną w czasie nie przekraczającym 1 godziny.
- 1 – Szpital nie zapewnia dostępu do archiwalnej dokumentacji medycznej przez 24 godziny.

## ZI 3.4

**Zasady dokonywania wpisów i autoryzacja dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej są określone.****Wyjaśnienie**

Dla dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej wymagane jest:

- a) zabezpieczenie przed możliwością dokonywania wstecznych wpisów – korekty zatwierdzonych wpisów powinny być dokonywane w sposób widoczny z zachowaniem pierwotnego zapisu,
- b) określenie zasad i zakresu dostępu pracowników w zależności od pełnionej funkcji (lekarz, pielęgniarka),
- c) autoryzowanie wpisów – w momencie zatwierdzenia wpisu automatycznie powinna pojawiać się adnotacja o autorze wraz z datą i godziną wpisu.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Wersja elektroniczna dokumentacji medycznej spełnia wszystkie określone wymogi standardu.
- 3 – Wersja elektroniczna dokumentacji medycznej nie spełnia wszystkich określonych wymogów standardu.
- 1 – Nie określono zasad dokonywania wpisów i autoryzacji dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej.

## ZI 3.5

**Wersja elektroniczna dokumentacji medycznej jest zabezpieczona.****Wyjaśnienie**

Elektroniczna dokumentacja medyczna musi być odpowiednio zabezpieczona. W szpitalu powinien być opracowany i realizowany program ochrony elektronicznej dokumentacji medycznej przed utratą zawartości w wyniku:

- a) wadliwego działania programu,
- b) działania wirusów komputerowych,
- c) uszkodzenia sprzętu,
- d) kradzieży sprzętu,
- e) zdarzeń niespodziewanych, np. pożaru.

Konieczne jest regularne tworzenie wtórnych kopii i przechowywanie ich w bezpiecznym miejscu. Sieć wewnętrzna (intranet) nie powinna mieć połączeń z siecią zewnętrzną.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu są tworzone kopie bezpieczeństwa, a sieć wewnętrzna szpitala nie ma połączeń z siecią zewnętrzną.
- 3 – W szpitalu nie tworzy się kopii bezpieczeństwa, a sieć wewnętrzna szpitala ma połączenie z siecią zewnętrzną.
- 1 – W szpitalu nie stosuje się zabezpieczeń wersji elektronicznej dokumentacji medycznej.

## ZI 4

**Dokumentacja medyczna jest czytelna, kompletna i autoryzowana.****Wyjaśnienie**

Wszystkie wpisy w dokumentacji medycznej powinny być autoryzowane (data, godzina, czytelny podpis).

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji medycznej

**Punktowanie**

5 – W 90-100% dokumentacja medyczna jest czytelna, kompletna i autoryzowana.

3 – W 70-89% dokumentacja medyczna jest czytelna, kompletna i autoryzowana.

1 – W mniej niż 70% dokumentacja medyczna jest czytelna, kompletna i autoryzowana.

## ZI 5

**W szpitalu wdrożono mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności oraz autoryzacji dokumentacji medycznej.****Wyjaśnienie**

W szpitalu powinno się monitorować zawartość i kompletność dokumentacji medycznej nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy. Przegląd powinien obejmować od 0,5-1% dokumentacji medycznej. Ocena dokumentacji medycznej powinna być podstawą do wyciągania wniosków dotyczących zawartości i kompletności w odniesieniu do poszczególnych oddziałów.

**Sprawdzenie**

– przegląd dokumentacji szpitala  
– przegląd dokumentacji medycznej  
– wywiad z kierownictwem

**Punktowanie**

5 – W szpitalu wdrożono mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności oraz autoryzacji dokumentacji medycznej, a z oceny wyciągane są wnioski.

3 – W szpitalu wdrożono mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności oraz autoryzacji dokumentacji medycznej w ograniczonym zakresie.

1 – W szpitalu nie wdrożono mechanizmów zapewniających regularną ocenę zawartości, kompletności oraz autoryzacji dokumentacji medycznej.

**W szpitalu opracowano procedurę komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie.****Wyjaśnienie**

W szpitalu powinno określić się sposób komunikacji z pacjentami, których wynik badania nie był znany w trakcie hospitalizacji. Procedura powinna obejmować również ewentualne wyznaczenie terminu i miejsca wizyty kontrolnej, oraz ustalenie dalszego postępowania w przypadku wyników alarmujących lub wątpliwych.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano procedurę postępowania, gdy wynik badania nie był znany w trakcie hospitalizacji pacjenta.
- 1 – W szpitalu nie opracowano procedury postępowania, gdy wynik badania nie był znany w trakcie hospitalizacji pacjenta.





---

ZARZĄDZANIE

---

ŚRODOWISKIEM OPIEKI

---

---

# ZARZĄDZANIE

---

## ŚRODOWISKIEM OPIEKI

---

- ŚO 1 W szpitalu określono istniejące uchybienia budowlane i opracowano plan ich likwidacji.
- ŚO 2 Infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych.
- ŚO 3 W szpitalu opracowano i wdrożono program zapobiegania wypadkom i urazom.
- ŚO 4 W szpitalu opracowano i wdrożono zasady postępowania i przechowywania substancji i materiałów niebezpiecznych.
- ŚO 5 Sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana i sprawna we wszystkich obszarach pobytu pacjentów.
- ŚO 6 W szpitalu opracowano plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala.
- ŚO 7 Ćwiczebna ewakuacja na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala przeprowadzana jest corocznie.
  - ŚO 7.1 Ćwiczebna symulacja na wypadek zdarzeń masowych i katastrof przeprowadzana jest corocznie.
- ŚO 8 Szpital spełnia wymogi przeciwpożarowe.
- ŚO 9 Szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego:
  - ŚO 9.1 w energię elektryczną,
  - ŚO 9.2 w wodę,
  - ŚO 9.3 w gazy medyczne.
- ŚO 10 Systemy zabezpieczenia awaryjnego są regularnie sprawdzane.
- ŚO 11 W szpitalu opracowano plan zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych.
  - ŚO 11.1 Urządzenia medyczne są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy.
- ŚO 12 Personel jest przeszkolony na temat zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu i urządzeń do pracy.
- ŚO 13 Szpital posiada politykę dotyczącą odpadów, obejmującą segregację, transport, przechowywanie i utylizację.
  - ŚO 13.1 Wszystkie odpady w szpitalu są segregowane zgodnie z przyjętymi zasadami.
  - ŚO 13.2 Wszystkie odpady w szpitalu są transportowane i przechowywane zgodnie z przyjętymi zasadami.
  - ŚO 13.3 Wszystkie odpady w szpitalu są utylizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- ŚO 14 Szpital przestrzega wymagań związanych z powierzchnią sal chorych.
- ŚO 15 Pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.
- ŚO 16 Szpital posiada funkcjonalny system orientacji przestrzennej.
- ŚO 17 Dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć są dogodne i dobrze oznakowane.
- ŚO 18 Wyroby medyczne stosowane w szpitalu są serwisowane zgodnie z zaleceniami producenta.
- ŚO 19 Wyroby medyczne stosowane w szpitalu posiadają dokumentację serwisową.

## ZARZĄDZANIE ŚRODOWISKIEM OPIEKI (ŚO)

Odpowiednia infrastruktura i sprawne systemy awaryjne w szpitalu gwarantują bezpieczny pobyt pacjentów i odwiedzających oraz bezpieczne warunki pracy. Bezpieczeństwo pacjentów zależy w znacznej mierze od sprawności urządzeń medycznych i ich prawidłowej konserwacji.

### ŚO 1

#### W szpitalu określono istniejące uchybienia budowlane i opracowano plan ich likwidacji.

##### *Wyjaśnienie*

W szpitalu określono, jakie zmiany i modyfikacje budowlane należy przeprowadzić, by zwiększyć bezpieczeństwo pacjentów, rodzin i odwiedzających oraz osób zatrudnionych w szpitalu; dostosować warunki do oferowanych świadczeń; usprawnić funkcjonowanie jednostki. Program likwidacji uchybień budowlanych powinien być wdrożony, a dokumentowanie prowadzonych prac aktualizowane nie rzadziej niż raz w roku.

##### *Sprawdzenie*

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- obserwacja bezpośrednia

##### *Punktowanie*

- 5 – W szpitalu określono istniejące uchybienia budowlane i wdrożono plan ich likwidacji. Działania dostosowawcze podlegają aktualizacji.
- 3 – W szpitalu określono istniejące uchybienia budowlane i wdrożono plan ich likwidacji, lecz działania te nie podlegają aktualizacji.
- 1 – W szpitalu nie określono istniejących uchybień budowlanych, lub nie wdrożono planu ich likwidacji.

### ŚO 2

#### Infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych.

##### *Sprawdzenie*

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- obserwacja bezpośrednia

##### *Punktowanie*

- 5 – Infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych.
- 3 – Infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych w ograniczonym zakresie.
- 1 – Infrastruktura szpitala nie jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych.

## ŚO 3

**W szpitalu opracowano i wdrożono program zapobiegania wypadkom i urazom.****Wyjaśnienie:**

Szpital powinien zidentyfikować istniejące zagrożenia i wdrożyć program zapobiegania wypadkom i urazom. Strategia zapobiegania ich wystąpieniu obejmuje np.: oznakowanie mokrych miejsc, zabezpieczenie przed porażeniem elektrycznym, odśnieżanie dachów, osłony ostrych krawędzi, instalowanie poręczy, drabinek dla chorych zapobiegających upadkom, oznakowanie stopni w nieoświetlonych miejscach, zakładanie nakładek przeciwślizgowych, itp. Program zapobiegania wypadkom i urazom jest aktualizowany przynajmniej co dwa lata.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano i wdrożono program zapobiegania wypadkom i urazom i jest on aktualizowany.
- 3 – W szpitalu opracowano i wdrożono program zapobiegania wypadkom i urazom, lecz nie jest on aktualizowany.
- 1 – W szpitalu opracowano, lecz nie wdrożono programu zapobiegania wypadkom i urazom.

## ŚO 4

**W szpitalu opracowano i wdrożono zasady postępowania i przechowywania substancji i materiałów niebezpiecznych.****Wyjaśnienie:**

W szpitalu zidentyfikowano posiadane i wykorzystywane substancje i materiały niebezpieczne, które mogą stanowić zagrożenie dla pacjentów, odwiedzających lub personelu. Ustalono, jakie środki ostrożności zostaną podjęte w celu zredukowania i zminimalizowania potencjalnego ryzyka, wynikającego ze stosowania takich substancji i materiałów w szpitalu. Określono sposoby przechowywania tych substancji i materiałów.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano i wdrożono zasady postępowania z substancjami i materiałami niebezpiecznymi i określono sposób ich przechowywania.
- 1 – Zasady postępowania z substancjami i materiałami niebezpiecznymi nie zostały ustalone, lub nie są przestrzegane.

## ŚO 5

**Sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana i sprawna we wszystkich obszarach pobytu pacjentów.****Wyjaśnienie**

Sygnalizacja przyzywowa powinna być zainstalowana w salach chorych i salach obserwacyjnych, w toaletach, gabinetach zabiegowych i pokojach badań. Instalacja taka powinna być sprawna, a sygnały alarmowe dobrze słyszalne lub widoczne.

**Sprawdzenie**

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana i sprawna we wszystkich obszarach pobytu pacjentów.
- 3 – Sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana we wszystkich obszarach pobytu pacjentów, lecz nie wszędzie jest ona sprawna.
- 1 – Sygnalizacji przyzywowej nie zainstalowano we wszystkich obszarach pobytu pacjentów.

## ŚO 6

**W szpitalu opracowano plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala.****Wyjaśnienie**

Zdarzenia nadzwyczajne na terenie szpitala, np. pożar, atak terrorystyczny, naruszenie konstrukcji budynku, powódź, wymagają opracowania planu postępowania. Plan ten powinien obejmować takie elementy jak:

- a) określenie osób kierujących akcją i ich kompetencji,
- b) zabezpieczenie niezbędnego sprzętu,
- c) określenie sposobu postępowania i ewakuacji.

Plan powinien uwzględniać współdziałanie ze służbami zewnętrznymi (Państwową Strażą Pożarną, Policją, Miejskim Przedsiębiorstwem Komunikacyjnym) na wypadek poszczególnych zdarzeń i być tworzony we współpracy z tymi służbami.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu opracowano plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala.
- 3 – W szpitalu opracowano jedynie plan bezpieczeństwa przeciwpożarowego.
- 1 – W szpitalu nie opracowano planu postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala.

ŚO 7

**Ćwiczebna ewakuacja na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala przeprowadzana jest corocznie.**

**Wyjaśnienie**

Ćwiczebna ewakuacja na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala powinna być przeprowadzana przynajmniej raz w roku, jej rezultaty poddane analizie i dyskusji, a wnioski uwzględnione przy modyfikacji planu postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych w szpitalu.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Ćwiczebna ewakuacja przeprowadzana jest corocznie.
- 1 – Ćwiczebna ewakuacja nie jest przeprowadzana corocznie.

ŚO 7.1

**Ćwiczebna symulacja na wypadek zdarzeń masowych i katastrof przeprowadzana jest corocznie.**

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Ćwiczebna symulacja przeprowadzana jest corocznie.
- 1 – Ćwiczebna symulacja nie jest przeprowadzana corocznie.

ŚO 8

**Szpital spełnia wymogi przeciwpożarowe.**

**Wyjaśnienie**

Spełnienie wymogów przeciwpożarowych powinno być potwierdzone przez Straż Pożarną. Szczególną uwagę należy zwrócić na rozmieszczenie i sprawne działanie hydrantów, obecność czujników dymu, nie zablokowane drogi ewakuacyjne i wyjścia awaryjne, właściwe oznakowanie dróg ewakuacyjnych, itp.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem

**Punktowanie**

- 5 – Szpital spełnia wymogi przeciwpożarowe.
- 3 – Szpital realizuje zalecenia Straży Pożarnej dotyczące spełniania wymogów przeciwpożarowych.
- 1 – Obserwuje się zaniedbania i rażące uchybienia w spełnianiu wymogów przeciwpożarowych.

## ŚO 9

## Szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego:

## ŚO 9.1

## w energię elektryczną,

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Szpital posiada system zasilania awaryjnego w energię elektryczną.
- 1 – Szpital nie posiada systemu zasilania awaryjnego w energię elektryczną.

## ŚO 9.2

## w wodę,

**Wyjaśnienie:**

Szpital powinien określić zabezpieczenie w wodę na wypadek awarii, braku lub zanieczyszczenia wody. Pobór wody z wodociągów miejskich nawet w przypadku dwóch różnych ujęć oznacza to samo źródło i nie spełnia kryterium bezpieczeństwa w przypadku awarii.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Szpital posiada system zasilania awaryjnego w wodę.
- 1 – Szpital nie posiada systemu zasilania awaryjnego w wodę.

## ŚO 9.3

## w gazy medyczne,

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Szpital posiada system zasilania awaryjnego w gazy medyczne.
- 1 – Szpital nie posiada systemu zasilania awaryjnego w gazy medyczne.

## ŚO 10

### Systemy zabezpieczenia awaryjnego są regularnie sprawdzane.

#### Wyjaśnienie

Szpital regularnie przeprowadza przeglądy sprawności systemów zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną, wodę i gazy medyczne.

#### Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

#### Punktowanie

- 5 – Systemy awaryjnego zasilania są regularnie sprawdzane.
- 1 – Systemy awaryjnego zasilania nie są regularnie sprawdzane.

## ŚO 11

### W szpitalu opracowano plan zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych.

#### Wyjaśnienie

Wszystkie urządzenia medyczne są konserwowane według określonego harmonogramu. Częstotliwość przeglądów jest ustalona na podstawie zaleceń producentów sprzętu.

#### Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem

#### Punktowanie

- 5 – W szpitalu opracowano plan zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych.
- 1 – W szpitalu nie opracowano planu zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych.

## ŚO 11.1

### Urządzenia medyczne są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy.

#### Wyjaśnienie

Realizacja zaplanowanych przeglądów winna zostać udokumentowana w formie np. adnotacji w paszportach technicznych. Przeglądy konserwacyjne powinny być prowadzone przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach, potwierdzonych stosownym certyfikatem, świadectwem, znajdującym się w aktach osobowych osób dokonujących przeglądów.

#### Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji szpitala
- obserwacja bezpośrednia

#### Punktowanie

- 5 – Wszystkie urządzenia medyczne są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy przez odpowiednio wykwalifikowane osoby.
- 3 – Większość urządzeń medycznych jest zabezpieczana i konserwowana w sposób planowy, lub konserwowana przez osoby posiadające odpowiednich kwalifikacji.
- 1 – Urządzenia medyczne nie są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy.



## ŚO 12

**Personel jest przeszkolony na temat zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu i urządzeń do pracy.****Wyjaśnienie**

Pracownicy szpitala obsługujący aparaturę medyczną, która może mieć wpływ na ich zdrowie, powinni odbywać okresowe szkolenia z zasad bezpiecznego używania i ewentualnych zagrożeń płynących z niewłaściwego stosowania aparatury medycznej.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Personel jest przeszkolony w użytkowaniu sprzętu i urządzeń do pracy.
- 1 – Personel nie jest przeszkolony w użytkowaniu sprzętu i urządzeń do pracy.

## ŚO 13

**Szpital posiada politykę dotyczącą odpadów, obejmującą segregację, transport, przechowywanie i utylizację.****Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem

**Punktowanie**

- 5 – W szpitalu ustalono politykę dotyczącą odpadów.
- 1 – W szpitalu nie ustalono polityki dotyczącej odpadów.

## ŚO 13.1

**Wszystkie odpady w szpitalu są segregowane zgodnie z przyjętymi zasadami.****Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Wszystkie odpady w szpitalu są segregowane zgodnie z przyjętymi zasadami.
- 3 – Większość odpadów w szpitalu jest segregowana zgodnie z przyjętymi zasadami.
- 1 – Odpady w szpitalu nie są segregowane zgodnie z przyjętymi zasadami.

## ŚO 13.2

**Wszystkie odpady w szpitalu są transportowane i przechowywane zgodnie z przyjętymi zasadami.**

### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

### **Punktowanie**

- 5 – Wszystkie odpady w szpitalu są transportowane i przechowywane zgodnie z przyjętymi zasadami.
- 3 – Większość odpadów w szpitalu jest transportowana i przechowywana zgodnie z przyjętymi zasadami.
- 1 – Odpady w szpitalu nie są transportowane i przechowywane zgodnie z przyjętymi zasadami.

## ŚO 13.3

**Wszystkie odpady w szpitalu są utylizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami.**

### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

### **Punktowanie**

- 5 – Odpady w szpitalu są utylizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 1 – Odpady w szpitalu nie są utylizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami.

## ŚO 14

**Szpital przestrzega wymagań związanych z powierzchnią sal chorych.**

### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala
- obserwacja bezpośrednia

### **Punktowanie**

- 5 – Szpital przestrzega wymagań związanych z powierzchnią sal chorych we wszystkich oddziałach.
- 1 – Szpital nie przestrzega wymagań związanych z powierzchnią sal chorych.

## Ś0 15

**Pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.****Sprawdzenie**

- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentami

**Punktowanie**

- 5 – Wszystkie pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.
- 3 – Większość pomieszczeń szpitala jest czysta, prawidłowo ogrzana i wentylowana.
- 1 – Pomieszczenia szpitala nie są czyste, lub prawidłowo ogrzane, lub prawidłowo wentylowane.

## Ś0 16

**Szpital posiada funkcjonalny system orientacji przestrzennej.****Wyjaśnienie**

Komunikacja i sprawne przemieszczanie są istotne dla pacjentów, rodzin, osób odwiedzających oraz personelu. Przejrzysty i czytelny system orientacji przestrzennej ułatwia dotarcie do określonego celu osobom nie znającym topografii obiektu. System jest też pomocny w przypadku wystąpienia zdarzeń nadzwyczajnych.

**Sprawdzenie**

- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Szpital posiada funkcjonalny system orientacji przestrzennej.
- 1 – Szpital nie posiada funkcjonalnego systemu orientacji przestrzennej.

## Ś0 17

**Dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć są dogodne i dobrze oznakowane.****Wyjaśnienie**

Wejście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć powinno umożliwiać łatwy dojazd transportu sanitarnego, być zadaszone i dostosowane dla osób niepełnosprawnych.

**Sprawdzenie**

- obserwacja bezpośrednia

**Punktowanie**

- 5 – Dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć są dogodne i dobrze oznakowane.
- 1 – Dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć nie są dogodne, lub dobrze oznakowane.

## ŚO 18

**Wyroby medyczne stosowane w szpitalu są serwisowane zgodnie z zaleceniami producenta.****Wyjaśnienie**

Jeśli producent wyrobu medycznego określił zasady i częstość przeglądów serwisowych, szpital 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**

- przegląd dokumentacji szpitala
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z personelem

**Punktowanie**

- 5 – Wszystkie wyroby medyczne są serwisowane zgodnie z zaleceniami producenta.
- 3 – Większość wyrobów medycznych jest serwisowana zgodnie z zaleceniami producenta.
- 1 – Wyroby medyczne nie są serwisowane zgodnie z zaleceniami producenta.

## ŚO 19

**Wyroby medyczne stosowane w szpitalu posiadają dokumentację serwisową.****Wyjaśnienie**

Serwisowane wyroby medyczne powinny posiadać dokumentację serwisową w formie paszportów lub formie elektronicznej. W dokumentacji takiej powinny znajdować się informacje o przeprowadzonych wizytach serwisowych, wykonanych naprawach i terminie kolejnej wizyty.

**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji szpitala

**Punktowanie**

- 5 – 90-100% wyrobów medycznych posiada prawidłowo prowadzoną dokumentację serwisową.
- 3 – 70-89% wyrobów medycznych posiada prawidłowo prowadzoną dokumentację serwisową.
- 1 – Poniżej 70% wyrobów medycznych posiada prawidłowo prowadzoną dokumentację serwisową.

# TERMINY I OKREŚLENIA PRZYJĘTE W PROGRAMIE AKREDYTACJI SZPITALI

<b>Analiza źródłowa</b>	(ang. Root Cause Analysis - RCA) - analiza polegająca na ustaleniu okoliczności i przyczyn, które doprowadziły do zdarzenia.
<b>BLS</b>	(ang. Basic Life Support) - podstawowe zabiegi ratujące życie w stacjach zagrożenia życia.
<b>Eksperyment medyczny</b>	to np. testowanie leków nie dopuszczonych jeszcze do użytku, prowadzenie prób nietypowego podawania leków lub wykonywanie nowatorskich procedur.
<b>Katastrofa</b>	sytuacja, w której liczba osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przekracza wszelkie możliwości szpitala (lokalne) i konieczna staje się pomoc z zewnątrz i współpraca ze szpitalami ościennymi.
<b>Personel szpitala</b>	pracownicy lub osoby zatrudnione w szpitalu. Dotyczy tak osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę, jak i kontrakt cywilnoprawny.
<b>Rehospitalizacja</b>	nieplanowane przyjęcie do szpitala do 30 dni od daty poprzedniego wypisu, jeżeli ostatnia (poprzednia) hospitalizacja nie była zakończona wskazaniem do powtórnego przyjęcia.
<b>Reoperacja</b>	nieplanowana, powtórna operacja. Duplikacja procedury chirurgicznej: to samo miejsce operowane; inne miejsce operowane z tych samych przyczyn; dokonanie naprawy, koniecznej z powodu interwencji pierwotnej. Stanowi dodatkowe ryzyko dla chorego.
<b>SOP</b>	Standardowa Procedura Operacyjna (ang. SOP – Standard Operating Procedure) to plan rutynowego postępowania, opracowany dla wybranych jednostek chorobowych, procedur diagnostycznych lub leczniczych w oparciu o wytyczne postępowania klinicznego z uwzględnieniem warunków lokalnych. Może być opracowany w formie algorytmu z uwzględnieniem kilku ścieżek postępowania. Powinien wskazywać osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych działań w ramach opisywanej procedury. Jest łatwo dostępny, znany i stosowany przez personel.
<b>Zdarzenie masowe</b>	zdarzenie mnogie, w którym liczba pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przekracza możliwości szpitala w ramach jego normalnego funkcjonowania, co wymaga wdrożenia segregacji pacjentów (triage) oraz procedur mobilizujących siły i środki (ludzi i sprzęt). Mobilizacja umożliwia udzielenie pomocy wszystkim potrzebującym, lecz nie jednocześnie. Warunkiem koniecznym do kwalifikacji zdarzenia jako masowego jest dysproporcja pomiędzy zapotrzebowaniem a możliwościami i wynikająca z tego konieczność segregacji pacjentów.
<b>Zdarzenie mnogie</b>	zdarzenie występujące wówczas, gdy stan zdrowia więcej niż jednego pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wymaga podjęcia natychmiastowych działań medycznych, a zaopatrzenie tych pacjentów nie przekracza sił i środków, jakimi dysponuje szpital w ramach normalnego funkcjonowania.

<b>Zdarzenia nadzwyczajne na terenie szpitala</b>	np. pożar, atak terrorystyczny, naruszenie konstrukcji budynku, powódź, itp.
<b>Zdarzenia nadzwyczajne poza szpitalem</b>	np. masowy wypadek komunikacyjny, katastrofa budowlana, atak terrorystyczny, itp. wymagają opracowania planu działania.
<b>Zdarzenia niepożądane</b>	szkoda wywołana w trakcie/w efekcie leczenia, nie związana z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzyko jej wystąpienia.
<b>Zgon okołoperacyjny</b>	zgon, który nastąpił w czasie pobytu pacjenta w szpitalu od momentu znieczulenia do końca hospitalizacji.



