

PSONI Koło w Mielcu
Ośrodek Wczesnej Interwencji
Ośrodek Rehabilitacji Diennej dla Dzieci
39-300 Mielec, ul. Wojsławska 278
NIP: 8171884895, REGON: 18069438800038
Kody res: V-02, VII-002 Nr księgi rej. 000000009981
tel: 17 586 35 22, 17 583 97 16, 17 583 74 17

Załącznik do Uchwały ZK Nr 11/2024 z dnia 28.06.2024

WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA

Ośrodek Wczesnej Interwencji PSONI Koło w Mielcu

Wydanie: I

Data: 27.06.2024 r.

Data obowiązywania: od 01.07.2024 r.

Opracował: Kierownik Podmiotu Leczniczego PSONI Koło w Mielcu

Wstęp

W Ośrodku Wczesnej Interwencji prowadzonym przez Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Mielcu wdrożony jest i utrzymywany Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta zgodny z ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 16.06.2023 [Dz.U. 2023 r. poz. 1692]

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§1

1. Celem Polityki jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta jest prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem przez podmiot leczniczy PSONI Koło w Mielcu.
2. Wewnętrzny system zarządzania jakością polega na wdrożeniu, utrzymaniu i usprawnianiu tego systemu na podstawie oceny jego skuteczności oraz wyników badań opinii i doświadczeń pacjentów.
3. Podmiot Leczniczy PSONI Koło w Mielcu wykonujący działalność leczniczą w ramach wewnętrznego systemu:
 - 1) wdraża rozwiązania służące identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 2) identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 3) określa kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 4) okresowo monitoruje i ocenia jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 5) monitoruje zdarzenia niepożądane;
 - 6) zapewnia dostęp do szkoleń służących uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń;
 - 7) prowadzi badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety.
4. Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta w podmiocie leczniczym PSONI Koło w Mielcu, składa się z zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy, w celu zapobieżenia wystąpieniu zdarzeń niepożądanych.

§2

Ilekróć w polityce jest mowa o:

- 1) **Funduszu**—należy przez to rozumieć Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **personelu** - należy przez to rozumieć osoby udzielające świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz podmiotu leczniczego PSONI Koło w Mielcu wykonującego działalność leczniczą na podstawie stosunku pracy lub innego niż stosunek pracy stosunku prawnego
- 3) **podmiocie leczniczym** - należy przez to rozumieć podmiot leczniczy PSONI Koło w Mielcu
- 4) **zdarzeniu niepożądanym**- należy przez to rozumieć zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu; nie stanowi zdarzenia

niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

5) **kierownika podmiotu** - należy przez to rozumieć kierownika podmiotu leczniczego PSONI Koło w Mielcu.

6) **polityce** - należy przez to rozumieć Politykę Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta.

§3

1. Osobą odpowiedzialną za prowadzenie wewnętrznego systemu jest kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
2. Do zadań kierownika podmiotu należy:
 - 1) przeprowadzanie analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego;
 - 2) zapewnianie zasobów i informacji niezbędnych do właściwego monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 3) opracowywanie dokumentów określających zasady, procedury, metody oraz opisy stanowisk pracy.

§4

Identyfikacja obszarów priorytetowych

1. W podmiocie identyfikowane są obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych w formie rocznego Programu działań dla obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa, w którym określone są kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Określenie priorytetowych obszarów odbywa się m.in. na podstawie analizy działalności placówki, wyników badania opinii i doświadczeń opiekunów pacjentów, analizy złożonych skarg i wniosków oraz wyników analizy ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych.
3. Obszary priorytetowe są opisane w dokumencie pn. „Program dla obszarów priorytetowych poprawy jakości” i stanowią one cele jakości na dany rok. Za przygotowanie dokumentu odpowiada kadra kierownicza placówki.
4. Wzór Programu dla obszarów priorytetowych poprawy jakości stanowi załącznik nr 1.

§5

Kryteria i metody nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem

1. W podmiocie leczniczym określono kryteria skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń.
 - a. Nadzór powinien mieć jasno określone cele oraz obejmować wszystkie aspekty udzielanych świadczeń.
 - b. W nadzór powinny być zaangażowane wszystkie strony zainteresowane, w tym kierownictwo placówki, pracownicy podmiotu, opiekunowie prawni pacjentów oraz inne osoby mające wpływ na jakość i bezpieczeństwo opieki. Należy stworzyć kulturę bezpieczeństwa, w której pracownicy czują się komfortowo, zgłaszając problemy i angażując się w działania mające na celu poprawę.
 - c. Nadzór powinien opierać się na systematycznym zbieraniu i analizie danych dotyczących jakości i bezpieczeństwa opieki.

- d. Nadzór ten powinien być postrzegany jako proces ciągłego doskonalenia a nie jako jednorazowe wydarzenie.
 - e. Wyniki nadzoru powinny być jasno i przejrzysto komunikowane wszystkim stronom zainteresowanym. Należy zapewnić opiekunom prawnym pacjentów dostęp do informacji o jakości i bezpieczeństwie świadczonych usług.
 - f. Za jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń odpowiedzialność ponosi kierownictwo podmiotu leczniczego.
2. W podmiocie leczniczym zapewnia się skuteczny nadzór nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej poprzez:
- a. Regularne zbieranie danych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów.
 - b. Analizę zdarzeń niepożądanych:
 - i. Dokładne dokumentowanie i zgłaszanie zdarzeń niepożądanych
 - ii. Dokładne badanie zgłoszeń i podejmowanie odpowiednich działań
 - iii. Utworzenie systemu umożliwiającego pracownikom łatwe i poufne zgłaszanie potencjalnych zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjenta.
 - iv. Zapewnienie ochrony zgłaszającym przed działaniami odwetowymi.
 - v. Przeprowadzanie szczegółowych analiz przyczyn zdarzeń niepożądanych w celu identyfikacji czynników systemowych i indywidualnych, które do nich doprowadziły.
 - vi. Opracowywanie i wdrażanie działań zapobiegawczych w celu uniemożliwienia wystąpienia podobnych zdarzeń w przyszłości.
 - c. Badanie satysfakcji pacjentów
 - i. Regularne przeprowadzanie ankiet satysfakcji opiekunów prawnych pacjentów w celu oceny ich zadowolenia z opieki medycznej.
 - ii. Identyfikacja obszarów, w których można poprawić jakość udzielanych świadczeń z perspektywy opiekunów prawnych pacjenta.
 - iii. Wdrażanie zmian w oparciu o opinie opiekunów prawnych pacjentów.
 - d. Audyty wewnętrzne.
 - i. Przeprowadzanie regularnych audytów wewnętrznych w celu oceny zgodności procedur i praktyk z obowiązującymi standardami i regulacjami.
 - ii. Opracowywanie działań korygujących i wdrażanie ich w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów.
 - e. Edukację i szkolenia
 - i. Zapewnienie pracownikom regularnych szkoleń i edukacji w zakresie jakości i bezpieczeństwa opieki medycznej.
 - ii. Aktualizowanie wiedzy pracowników na temat najnowszych standardów i najlepszych praktyk.
 - iii. Promowanie kultury bezpieczeństwa pacjentów w podmiocie leczniczym.
 - f. Współpraca z innymi placówkami
 - i. Współpraca z innymi placówkami medycznymi w celu wymiany informacji i najlepszych praktyk w zakresie nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem.

Monitorowanie i ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej

Do monitorowania i oceny jakości bezpieczeństwa udzielanych świadczeń w podmiocie leczniczym stosuje się następujące procedury:

1. Procedura monitorowania zdarzeń niepożądanych**Cel:**

Celem niniejszej procedury jest określenie ram identyfikacji, zgłaszania, analizowania i zapobiegania zdarzeniom niepożądanym (ZNA) w podmiocie leczniczym. Procedura ma na celu zapewnienie spójnego i skutecznego podejścia do monitorowania ZNA, które przyczynia się do ciągłej poprawy jakości świadczonych usług medycznych i bezpieczeństwa pacjentów.

Zakres:

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich zdarzeń niepożądanych, które wystąpiły lub mogą potencjalnie wystąpić w dowolnym obszarze działalności podmiotu leczniczego. Obejmuje ona wszystkie procesy, usługi, systemy i działania związane z opieką nad pacjentem.

Odpowiedzialność:

- **Kierownictwo placówki:** Zapewnia ogólne nadzorowanie nad wdrażaniem i utrzymaniem niniejszej procedury oraz zapewnia niezbędne zasoby.
- **Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta i jakości:** Koordynuje działania związane z identyfikacją, zgłaszaniem, analizą i zapobieganiem ZNA.
- **Pracownicy ochrony zdrowia:** Zgłaszają ZNA i uczestniczą w działaniach zapobiegawczych.
- **Opiekunowie prawni pacjentów:** Mogą zgłaszać ZNA dotyczące świadczonych pacjentom usług medycznych.

Etapy procedury:**1. Identyfikacja ZNA:**

Źródłami informacji o ZNA mogą być m.in.:

- Sprawozdania opiekunów prawnych pacjentów.
- Obserwacje pracowników ochrony zdrowia.
- Zapisane błędy medyczne.
- Skargi opiekunów prawnych pacjentów.

2. Zgłaszanie ZNA:

Każde ZNA powinno zostać zgłoszone za pomocą formularza zgłoszenia ZNA. Wzór formularza stanowi załącznik nr 2 do niniejszego dokumentu. Formularze dostępne są w holu placówki lub na

stronie internetowej podmiotu leczniczego www.psonimielec.org.pl w zakładce Ośrodek Wczesnej Interwencji, dokumenty do pobrania.

Wypełnione papierowe formularze zgłoszenia ZNA zbierane są w specjalnie przygotowanej do tego celu skrzynce umieszczonej w holu placówki lub przesłane drogą pocztową na adres: Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Mielcu, ul. Wojsławska 278, 39-300 Mielec z dopiskiem „Ośrodek Wczesnej Interwencji”

3. Dokumentacja ZNA:

Zgłoszone ZNA dokumentujemy w formie papierowej. Dane ZNA umieszcza się w Rejestrze Zgłoszeń Zdarzeń Niepożądanych i Niezgodności lub Potencjalnych Niezgodności prowadzonym w postaci elektronicznej. W rejestrze dodatkowo poza zgłoszeniem ZNA powinny znaleźć się :

- Działania podjęte w związku z ZNA.
- Wyniki analizy przyczyn ZNA.
- Wdrożone działania zapobiegawcze.

4. Analiza przyczyn ZNA:

Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta i jakości przeprowadza analizę przyczyn ZNA metodą „burzy mózgów” w celu określenia jego źródła.

Należy określić nie tylko bezpośrednią przyczynę ZNA, ale również czynniki systemowe, które mogły się do niego przyczynić.

5. Działania zapobiegawcze:

Na podstawie wyników analizy przyczyn zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta i jakości określa działania zapobiegawcze (DZ), które mają na celu:

- Usunięcie przyczyny ZNA.
- Zapobieganie jego ponownemu wystąpieniu.
- Zminimalizowanie jego skutków dla pacjentów.
- Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów.

DZ powinny być:

- Stosowne do charakteru i skali ZNA.
- Terminowe.
- Realistyczne do wykonania.
- Dokładnie udokumentowane.
- Przypisane do konkretnych osób lub zespołów odpowiedzialnych.

2. Procedura identyfikacji i oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie procesu leczenia

Cel:

Celem niniejszej procedury jest określenie ram identyfikacji i oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie procesu leczenia. Procedura ma na celu zapewnienie pacjentom bezpiecznej i skutecznej terapii poprzez proaktywną identyfikację potencjalnych zagrożeń i podjęcie odpowiednich działań minimalizujących ryzyko.

Zakres:

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pacjentów poddawanych rehabilitacji w ramach podmiotu leczniczego. Obejmuje ona wszystkie etapy procesu rehabilitacji, od etapu diagnozy i planowania terapii po monitorowanie pacjenta i ocenę wyników rehabilitacji.

Odpowiedzialność:

Za realizację niniejszej procedury odpowiedzialni są:

- lekarze monitorujący proces rehabilitacji
- specjaliści prowadzący proces rehabilitacji
- kierownictwo pomiotu leczniczego

Etapy procedury:

1. Identyfikacja potencjalnych zdarzenia:

- o Należy przeanalizować dostępne informacje o danym schorzeniu, metodach rehabilitacji, aby zidentyfikować potencjalne zdarzenia.
- o Źródłami informacji mogą być bazy danych medycznych, publikacje naukowe, doświadczenia personelu medycznego oraz informacje uzyskane od pacjenta.
- o Należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki ryzyka pacjenta, takie jak wiek, płeć, stan zdrowia, przyjmowane leki i alergie.

2. Ocena ryzyka zdarzeń:

- o Dla każdego zidentyfikowanego zdarzenia należy określić prawdopodobieństwo jego wystąpienia oraz potencjalny stopień ciężkości.
- o W ocenie ryzyka należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki ryzyka pacjenta.

3. Dokumentowanie zdarzeń:

- o Wszelkie zidentyfikowane zdarzenia oraz ich ocena ryzyka powinny zostać udokumentowane w dokumentacji medycznej pacjenta.
- o Dokumentacja powinna zawierać opis zdarzenia, datę i czas jego wystąpienia, prawdopodobieństwo i stopień ciężkości, podjęte działania profilaktyczne i lecznicze

oraz dalsze zalecenia. Wzór dokumentu stanowi załącznik nr 2 do niniejszego dokumentu.

4. Monitorowanie pacjenta:

- Pacjentów należy regularnie monitorować pod kątem wystąpienia ZNA.
- Należy zwracać uwagę na zgłaszane przez pacjenta objawy i przeprowadzać odpowiednie badania diagnostyczne w razie potrzeby.
- W przypadku wystąpienia ZNA należy postępować zgodnie z ustalonymi procedurami postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych.

5. Ocena skuteczności procedury:

- Niniejsza procedura powinna być przeglądana i aktualizowana w celu zapewnienia jej zgodności z aktualną wiedzą medyczną i najlepszymi praktykami minimum raz w roku.

6. Zdarzenia niepożądane w trakcie procesu rehabilitacji

Zdarzenia niepożądane to wszelkie szkodliwe lub niepożądane skutki procesu rehabilitacji, które mogą wystąpić u pacjenta. Mogą one obejmować:

Powikłania zabiegów rehabilitacyjnych, takie jak infekcje, krwawienia lub uszkodzenia narządów (złamania, otarcia, stłuczenia), alergie.

Błędy medyczne, takie jak popełnienie błędu podczas terapii

7. Kryteria zdarzeń:

- **Przyczyna:** Zdarzenia mogą być spowodowane przez zabiegi rehabilitacyjne, błędy medyczne, reakcje alergiczne lub inne czynniki.
- **Ciężkość:** Zdarzenia mogą być lekkie, umiarkowane, ciężkie lub bardzo ciężkie. Bardzo ciężkie zdarzenia mogą stanowić zagrożenie dla życia pacjenta.
- **Czas wystąpienia:** Zdarzenia mogą wystąpić natychmiast po terapii, lub mogą pojawić się po pewnym czasie.
- **Odwracalność:** Niektóre Zdarzenia są odwracalne, co oznacza, że ustępują po zaniechaniu terapii. Inne zdarzenia mogą być trwałe lub nawet prowadzić do śmierci.

3. Procedura identyfikacji i oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie przyjmowania pacjenta

Cel:

Celem niniejszej procedury jest określenie ram identyfikacji i oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych u pacjentów podczas przyjmowania do podmiotu leczniczego. Procedura ma na celu zapewnienie pacjentom bezpiecznego i komfortowego pobytu poprzez proaktywną identyfikację potencjalnych zagrożeń i podjęcie odpowiednich działań minimalizujących ryzyko.

Zakres:

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pacjentów przyjmowanych do podmiotu leczniczego. Obejmuje ona etap przyjęcia pacjenta, w tym zbieranie wywiadu lekarskiego, badanie fizykalne i przegląd dokumentacji medycznej.

Odpowiedzialność:

Za realizację niniejszej procedury odpowiedzialni są:

- lekarze monitorujący proces rehabilitacji
- specjaliści prowadzący proces rehabilitacji
- kierownictwo pomiotu leczniczego

Etapy procedury:

1. Zbieranie wywiadu lekarskiego:

- Należy przeprowadzić dokładny wywiad lekarski z pacjentem, aby uzyskać informacje o jego stanie zdrowia, historii choroby, przyjmowanych lekach, alergiach i innych czynnikach ryzyka.

2. Badanie fizykalne:

- Należy przeprowadzić badanie fizykalne pacjenta, aby ocenić jego stan zdrowia i zidentyfikować potencjalne czynniki ryzyka
- Należy zwrócić szczególną uwagę na czynniki ryzyka, takie jak podwyższone ciśnienie krwi, przyspieszone bicie serca lub zmiany w stanie skóry.

3. Przegląd dokumentacji medycznej:

- Należy dokładnie przejrzeć dokumentację medyczną pacjenta, aby uzyskać informacje o jego historii choroby, alergiach, przyjmowanych lekach i wcześniejszych zdarzeniach
- Należy zwrócić szczególną uwagę na informacje o wcześniejszych hospitalizacjach, zabiegach chirurgicznych, dotychczasowo prowadzonej rehabilitacji i reakcjach alergicznych.

4. Identyfikacja potencjalnych zdarzeń:

- Na podstawie zebranych informacji należy zidentyfikować potencjalne zdarzenia, które mogą wystąpić u pacjenta podczas pobytu w placówce medycznej.
- Należy wziąć pod uwagę czynniki ryzyka, takie jak wiek pacjenta, stan zdrowia, przyjmowane leki i wcześniejsze zdarzenia.

5. Ocena ryzyka zdarzenia:

- Dla każdego zidentyfikowanego zdarzenia należy określić prawdopodobieństwo jego wystąpienia oraz potencjalny stopień ciężkości.
- W ocenie ryzyka należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki ryzyka pacjenta.

6. Dokumentowanie zdarzeń:

- Wszelkie zidentyfikowane zdarzenia oraz ich ocena ryzyka powinny zostać udokumentowane w dokumentacji medycznej pacjenta.
- Dokumentacja powinna zawierać opis zdarzenia, datę i czas jego wystąpienia, prawdopodobieństwo i stopień ciężkości, podjęte działania profilaktyczne i lecznicze oraz dalsze zalecenia.

7. Monitorowanie pacjenta:

- Pacjentów z wysokim ryzykiem wystąpienia zdarzenia należy monitorować pod kątem ich wystąpienia.
- Należy zwracać uwagę na zgłaszane przez pacjenta objawy i przeprowadzać odpowiednie badania diagnostyczne w razie potrzeby.
- W przypadku wystąpienia zdarzenia należy postępować zgodnie z ustalonymi procedurami postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych.

8. Komunikacja z pacjentem:

- Opiekunów prawnych należy informować o potencjalnych zdarzeniach związanych z ich procesem rehabilitacji pacjentów i pobytem w podmiocie leczniczym.
- Opiekunowie prawni powinni mieć możliwość zadawania pytań i wyrażania swoich obaw.
- Ważne jest, aby stosować zasady dobrej komunikacji i budować zaufanie pacjenta i ich opiekunów.

9. Zdarzenia w trakcie przyjmowania pacjenta:

Błędy identyfikacji pacjenta: Wykonanie niewłaściwego badania ze względu na pomyłkę w identyfikacji pacjenta.

Błędy w dokumentacji medycznej: Nieprawidłowe zapisy w dokumentacji medycznej pacjenta, które mogą prowadzić do błędnych decyzji medycznych.

Opóźnienia w diagnozie lub rehabilitacji: Opóźnienia w rozpoznaniu choroby lub rozpoczęciu procesu rehabilitacji, które mogą pogorszyć stan pacjenta.

Błędy w komunikacji: Brak skutecznej komunikacji między pracownikami podmiotu leczniczego, co może prowadzić do błędów medycznych.

4. Procedura badań satysfakcji pacjentów

Cel:

Celem niniejszej procedury jest określenie ram przeprowadzania badań satysfakcji opiekunów prawnych pacjentów w celu uzyskania informacji o ich opiniach na temat świadczonych usług medycznych. Procedura ma na celu zapewnienie spójnego i rzetelnego podejścia do badań, które pozwala na identyfikację mocnych i słabych stron podmiotu leczniczego oraz podejmowanie działań na rzecz ciągłej poprawy jakości opieki nad pacjentem.

Zakres:

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pacjentów korzystających ze świadczeń medycznych w placówce, niezależnie od wieku, płci, miejsca zamieszkania lub rodzaju świadczonej usługi.

Odpowiedzialność:

- **Kierownictwo placówki:** Zapewnia ogólne nadzorowanie nad programem badań satysfakcji pacjentów i zapewnia niezbędne zasoby do jego realizacji.
- **Zespół ds. badań satysfakcji pacjentów:** Opracowuje narzędzia badawcze, przeprowadza badania, analizuje wyniki i przedstawia rekomendacje dotyczące działań poprawczych.
- **Pracownicy podmiotu leczniczego:** Informują pacjentów o badaniu i zachęcają ich do udziału w nim.

Metody badawcze: Badania satysfakcji pacjentów mogą być przeprowadzane za pomocą różnych metod, takich jak:

- **Ankiety:** Ankiety mogą być rozdawane pacjentom osobiście, wysyłane pocztą tradycyjną lub drogą elektroniczną. Dostępne są również w holu placówki. Ankieta badawcza stanowi załącznik nr 3 do niniejszego dokumentu.
- **Analiza skarg i wniosków:** Analiza skarg i wniosków pacjentów może dostarczyć cennych informacji o ich niezadowoleniu.

Przeprowadzanie badań:

Badania satysfakcji pacjentów powinny być przeprowadzane regularnie, np. co kwartał lub co rok. Należy zadbać o to, aby badanie było przeprowadzane w sposób obiektywny i bezstronny. Wyniki badań powinny być poufne i dostępne tylko dla osób upoważnionych.

Analiza wyników:

Wyniki badań satysfakcji pacjentów powinny być poddawane rzetelnej analizie. Należy zidentyfikować mocne i słabe strony placówki medycznej oraz określić obszary wymagające poprawy.

Działania na rzecz poprawy:

Na podstawie wyników badań satysfakcji pacjentów należy opracować plan działań na rzecz poprawy. Plan ten powinien zawierać konkretne cele, zadania i terminy realizacji. Należy monitorować postępy w realizacji planu i wprowadzać niezbędne korekty.

5. Procedura szkoleń personelu medycznego w zakresie jakości i bezpieczeństwa

Cel:

Celem niniejszej procedury jest określenie ram prowadzenia szkoleń personelu medycznego w zakresie jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych. Procedura ma na celu zapewnienie spójnego i skutecznego systemu szkoleń, który przyczynia się do podniesienia wiedzy i umiejętności pracowników w zakresie jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem, a tym samym do poprawy jakości świadczonych usług i budowania kultury bezpieczeństwa pacjenta w podmiocie leczniczym.

Zakres:

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pracowników medycznych zatrudnionych w placówce, niezależnie od ich wykształcenia, zawodu i zajmowanego stanowiska. Obejmuje ona szkolenia z zakresu ogólnych zasad jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem, jak również szkolenia specjalistyczne dotyczące określonych procedur medycznych lub obszarów działalności placówki.

Odpowiedzialność:

- **Kierownictwo placówki:** Zapewnia ogólne nadzorowanie nad programem szkoleń personelu medycznego w zakresie jakości i bezpieczeństwa oraz zapewnia niezbędne zasoby do jego realizacji.
- **Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta i jakości:** Opracowuje program szkoleń, identyfikuje potrzeby szkoleniowe pracowników, wybiera odpowiednie metody i materiały dydaktyczne, organizuje i prowadzi szkolenia, monitoruje i ocenia ich efektywność.
- **Pracownicy medyczni:** Uczestniczą w szkoleniach z zakresu jakości i bezpieczeństwa oraz stosują w swojej pracy nabytą wiedzę i umiejętności.

Program szkoleń:

Program szkoleń powinien obejmować następujące elementy:

- **Szkolenia wprowadzające:** Szkolenia wprowadzające powinny być przeprowadzane dla wszystkich nowych pracowników medycznych. Obejmują one podstawowe informacje na temat jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem, obowiązujących procedur i zasad bezpieczeństwa w placówce, a także kultury bezpieczeństwa pacjenta.
- **Szkolenia okresowe:** Szkolenia okresowe powinny być przeprowadzane regularnie dla wszystkich pracowników medycznych. Obejmują one aktualizację wiedzy i umiejętności w zakresie jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem, a także szkolenia z zakresu nowych procedur medycznych lub obszarów działalności placówki.
- **Szkolenia specjalistyczne:** Szkolenia specjalistyczne powinny być przeprowadzane dla pracowników wykonujących określone procedury medyczne lub pracujących w określonych obszarach działalności placówki. Obejmują one szczegółowe informacje na temat jakości i bezpieczeństwa w danym obszarze.

Metody szkoleniowe:

Różne metody szkoleniowe mogą być stosowane w zależności od potrzeb i preferencji uczestników. Do najczęściej stosowanych metod należą:

- **Wykłady:** Wykłady umożliwiają przekazanie uczestnikom podstawowych informacji na dany temat.
- **Szkolenia e-learningowe:** Szkolenia e-learningowe umożliwiają uczestnikom samodzielne zdobywanie wiedzy w dogodnym dla nich czasie i miejscu.

Materiały dydaktyczne:

Materiały dydaktyczne powinny być dostosowane do poziomu wiedzy i umiejętności uczestników oraz do specyfiki placówki medycznej. Należy zadbać o to, aby materiały były rzetelne, aktualne i łatwe do zrozumienia.

Ocena efektywności szkoleń:

Efektywność szkoleń powinna być regularnie monitorowana i oceniana. Można to zrobić za pomocą różnych metod, takich jak:

- **Obserwacja pracy uczestników:** Obserwacja pracy uczestników umożliwia sprawdzenie, czy stosują oni w swojej pracy nabytą podczas szkolenia wiedzę i umiejętności.

Osoba odpowiedzialna prowadzi ewidencję szkoleń z zakresu jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń medycznych. Rejestr szkoleń prowadzi się w formie papierowej i zawiera on następujące dane:

- **Data szkolenia:** Data przeprowadzenia szkolenia.
- **Temat szkolenia:** Krótki opis tematu szkolenia.
- **Prowadzący szkolenia:** Imię i nazwisko osoby prowadzącej szkolenie.
- **Liczba uczestników:** Liczba pracowników, którzy wzięli udział w szkoleniu.
- **Lista uczestników:** Imię i nazwisko oraz podpis każdego uczestnika szkolenia.
- **Uwagi:** Dodatkowe informacje dotyczące szkolenia, np. materiały dydaktyczne, ewaluacja szkolenia.

6. Procedura kontroli kwalifikacji osób udzielających świadczeń medycznych

Cel:

Celem niniejszej procedury jest określenie ram kontroli kwalifikacji osób udzielających świadczeń medycznych w celu zapewnienia ich odpowiedniego wykształcenia, wiedzy i umiejętności niezbędnych do wykonywania zawodu. Procedura ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i gwarancję wysokiej jakości świadczonych usług medycznych.

Zakres:

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich osób udzielających świadczeń medycznych w podmiocie leczniczym, niezależnie od ich wykształcenia, zawodu i zajmowanego stanowiska. Obejmuje ona kontrolę kwalifikacji osób zatrudnianych na stałe, jak również osób wykonujących świadczenia na podstawie umów cywilno-prawnych.

Odpowiedzialność:

- **Kierownictwo placówki:** Zapewnia ogólne nadzorowanie nad procesem kontroli kwalifikacji osób udzielających świadczeń medycznych oraz ustala kryteria kwalifikacyjne dla poszczególnych stanowisk.
- **Zespół ds. kadr:** Prowadzi proces rekrutacji i weryfikuje kwalifikacje kandydatów.

Proces kontroli kwalifikacji:

Proces kontroli kwalifikacji osób udzielających świadczeń medycznych obejmuje następujące etapy:

- **Zbieranie dokumentów:** Kandydat zobowiązany jest do dostarczenia wymaganych dokumentów potwierdzających jego wykształcenie, kwalifikacje zawodowe i doświadczenie zawodowe.
- **Weryfikacja dokumentów:** Zespół ds. kadr weryfikuje autentyczność i rzetelność dostarczonych dokumentów.
- **Rozmowa kwalifikacyjna:** W przypadku pozytywnej weryfikacji dokumentów kandydat zostaje zaproszony na rozmowę kwalifikacyjną, podczas której oceniane są jego wiedza, umiejętności i predyspozycje do wykonywania zawodu.
- **Ocena doświadczenia zawodowego:** Doświadczenie zawodowe kandydata może być oceniane na podstawie jego CV, referencji lub poprzez przeprowadzenie testu praktycznego.
- **Decyzja o zatrudnieniu:** Na podstawie wyników wszystkich etapów procesu kontroli kwalifikacji podjęta zostaje decyzja o zatrudnieniu kandydata.

Kryteria kwalifikacyjne:

Kryteria kwalifikacyjne powinny obejmować:

- **Wykształcenie:** Wymagane wykształcenie dla danego stanowiska, np. studia medyczne, kursy specjalizacyjne, certyfikaty.
- **Doświadczenie zawodowe:** Doświadczenie zawodowe oceniane jest zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
- **Umiejętności językowe:** Znajomość języka polskiego w stopniu umożliwiającym swobodną komunikację z pacjentami i personelem medycznym.
- **Umiejętności miękkie:** Umiejętności interpersonalne, empatia, umiejętność pracy w zespole, umiejętność rozwiązywania problemów.

Monitorowanie kwalifikacji:

Kwalifikacje osób udzielających świadczeń medycznych powinny być monitorowane na bieżąco. W tym celu należy:

- **Zapewniać pracownikom dostęp do szkoleń i kursów doskonalących.**
- **Monitorować opinie pacjentów na temat pracy personelu medycznego.**

7. Procedura zarządzania dokumentacją medyczną

Cel:

Celem niniejszej procedury jest określenie ram postępowania z dokumentacją medyczną w celu zapewnienia jej prawidłowego prowadzenia, przechowywania i archiwizacji, a tym samym zapewnienia bezpieczeństwa i poufności danych pacjentów. Procedura ma na celu zapewnienie zgodności z obowiązującymi przepisami prawa oraz ochronę praw pacjentów.

Zakres:

Niniejsza procedura dotyczy całej dokumentacji medycznej prowadzonej w placówce medycznej, niezależnie od formy, w jakiej jest ona przechowywana (papierowa, elektroniczna). Obejmuje ona zarówno dokumentację indywidualną pacjentów, jak i dokumentację zbiorczą.

Odpowiedzialność:

- **Kierownictwo placówki:** Zapewnia ogólne nadzorowanie nad systemem zarządzania dokumentacją medyczną oraz zapewnia niezbędne zasoby do jego realizacji.
- Za nadzór nad prawidłowym prowadzeniem, przechowywaniem i archiwizacją dokumentacji medycznej odpowiada rejestracja medyczna.
- **Personel medyczny:** Odpowiada za sporządzanie i uzupełnianie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi zasadami.

Prowadzenie dokumentacji medycznej:

Dokumentacja medyczna powinna być prowadzona w sposób rzetelny, czytelny i zrozumiały. Powinna zawierać wszystkie niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta, udzielonych świadczeń medycznych oraz przebiegu rehabilitacji.

Zasady sporządzania dokumentacji medycznej:

- Dokumentacja medyczna powinna być sporządzana w języku polskim.
- Wpisy w dokumentacji medycznej powinny być dokonywane chronologicznie i na bieżąco.
- Każdy wpis w dokumentacji medycznej powinien być podpisany przez osobę, która go dokonała, oraz opatrzony datą i godziną dokonania.
- Dokumentacja medyczna powinna być uzupełniana o wszystkie istotne informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta, udzielonych świadczeń medycznych oraz przebiegu rehabilitacji.
- Dokumentacja medyczna nie może zawierać żadnych informacji poufnych, które nie są związane ze stanem zdrowia pacjenta lub udzielonymi świadczeniami medycznymi.

Przechowywanie dokumentacji medycznej:

Dokumentacja medyczna powinna być przechowywana w bezpiecznym miejscu, które uniemożliwia dostęp do niej osobom nieuprawnionym. Dostęp do dokumentacji medycznej powinni mieć jedynie upoważnieni pracownicy placówki medycznej.

Archiwizacja dokumentacji medycznej:

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
- 2) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:
 - a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
 - b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie - w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;
- 3) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Dostęp do dokumentacji medycznej:

Pacjent ma prawo dostępu do swojej dokumentacji medycznej. W tym celu może złożyć wniosek o udostępnienie dokumentacji w placówce medycznej. Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona pacjentowi w formie papierowej lub elektronicznej.

Zmiana dokumentacji medycznej:

Zmiany w dokumentacji medycznej mogą być dokonywane jedynie w ściśle określonych przypadkach i zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Udostępnianie dokumentacji medycznej innym osobom:

Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona innym osobom tylko wtedy, gdy pacjent wyrazi na to zgodę lub gdy jest to nakazane prawem.

8. Procedura identyfikacji i weryfikacji tożsamości pacjenta przez personel medyczny oraz rejestrację medyczną

Cel:

Celem niniejszej procedury jest ustalenie jednoznacznej identyfikacji pacjenta oraz weryfikacji jego tożsamości przez personel medyczny oraz rejestrację medyczną w celu zapewnienia bezpieczeństwa i poprawy jakości świadczonych usług medycznych.

Zakres:

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pracowników medycznych mających kontakt z pacjentami, w tym lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów, logopedów, pedagogów, terapeutów zajęciowych oraz rejestrację medyczną.

Definicje:

- **Identyfikacja pacjenta:** Proces ustalenia tożsamości pacjenta i opiekuna prawnego pacjenta.
- **Weryfikacja tożsamości pacjenta:** Potwierdzenie tożsamości pacjenta poprzez porównanie uzyskanych informacji z posiadanymi przez opiekuna pacjenta dokumentami tożsamości.
- **Dokumentacja medyczna:** Zapis historii choroby pacjenta, zawierający informacje o jego stanie zdrowia, leczeniu i innych świadczonych usługach medycznych.

Procedura:

1. Uzyskanie danych identyfikacyjnych od pacjenta:

- Należy zapytać opiekuna prawnego pacjenta o jego imię i nazwisko, datę urodzenia i płeć.

2. Porównanie uzyskanych danych z dokumentami tożsamości:

- Należy poprosić opiekuna prawnego pacjenta o okazanie dokumentu tożsamości, np. dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu ze zdjęciem
- Należy sprawdzić, czy dane identyfikacyjne na dokumencie tożsamości są zgodne z danymi podanymi przez opiekuna prawnego pacjenta.
- W przypadku braku dokumentu tożsamości, należy zastosować inne metody weryfikacji tożsamości, np. zapytać o numer PESEL

3. Zapisanie danych identyfikacyjnych w dokumentacji medycznej:

- Należy zapisać imię i nazwisko pacjenta, datę urodzenia, płeć i numer dokumentu tożsamości opiekuna prawnego pacjenta w dokumentacji medycznej.

4. Dodatkowe informacje:

- W przypadku wątpliwości co do tożsamości pacjenta, należy skonsultować się z przełożonym lub innym upoważnionym pracownikiem ochrony zdrowia.

Korzyści z identyfikacji i weryfikacji tożsamości pacjenta:

- Zapewnia bezpieczeństwo pacjenta poprzez zapobieganie pomyłkom w rehabilitacji.
- Ułatwia dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta.

Obowiązki personelu medycznego:

- Personel medyczny ma obowiązek identyfikować i weryfikować tożsamość pacjenta przed rozpoczęciem każdego świadczenia medycznego.
- Personel medyczny ma obowiązek chronić dane identyfikacyjne pacjenta przed dostępem osób nieuprawnionych.
- Personel medyczny ma obowiązek zgłaszać wszelkie podejrzenia fałszowania tożsamości pacjenta odpowiednim organom.

Szkolenie:

Personel medyczny powinien być regularnie szkolony w zakresie identyfikacji i weryfikacji tożsamości pacjenta. Szkolenie powinno obejmować znajomość niniejszej procedury oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

9. Procedura pobierania zgody opiekuna prawnego pacjenta na rehabilitację.

Cel:

Celem niniejszej procedury jest określenie zasad pobierania zgody opiekuna prawnego pacjenta na rehabilitację w celu zapewnienia jego autonomii i ochrony praw pacjenta.

Zakres:

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pracowników podmiotu leczniczego, którzy mają kontakt z pacjentami, niezależnie od zajmowanego stanowiska.

Definicje:

- **Zgoda pacjenta na leczenie:** Świadoma i dobrowolna decyzja opiekuna prawnego pacjenta wyrażona w formie pisemnej, na podstawie której lekarz lub inny pracownik medyczny może przeprowadzić u pacjenta określone procedury medyczne.
- **Informacja dla pacjenta:** Informacja przekazana opiekunowi prawnemu pacjenta w sposób zrozumiały dla niego i dostosowany do jego indywidualnych potrzeb, dotycząca stanu zdrowia pacjenta, proponowanego leczenia, jego ryzyka i korzyści, a także alternatywnych możliwości rehabilitacji.

Procedura:

1. Ocena kompetencji pacjenta:

- W związku z tym, iż pacjenci podmiotu leczniczego są osobami niepełnoletnimi lub ubezwłasnowolnionymi należy uzyskać zgodę ich przedstawicieli ustawowych, np. opiekunów prawnych, rodziców.

2. Przekazanie informacji opiekunowi prawnemu pacjenta:

- Przed pobraniem zgody opiekuna prawnego pacjenta na rehabilitację, należy przekazać mu w sposób zrozumiały dla niego i dostosowany do jego indywidualnych potrzeb informacje o:
 - Stanie zdrowia pacjenta.
 - Proponowanym leczeniu, jego ryzyku i korzyściach.
 - Alternatywnych możliwościach leczenia.
 - Możliwości odmowy leczenia lub wycofania zgody w każdej chwili.
- Należy upewnić się, że opiekun prawny pacjenta rozumie przekazane mu informacje i ma możliwość zadawania pytań.

3. Uzyskanie zgody opiekuna prawnego pacjenta:

- Zgodę opiekuna prawnego pacjenta na rehabilitację należy uzyskać w formie pisemnej.
- Zgoda opiekuna prawnego pacjenta powinna być dobrowolna, bez nacisku i przymusu.

4. Dokumentacja zgody:

- Pisemną zgodę opiekuna prawnego pacjenta na leczenie należy dołączyć do jego dokumentacji medycznej.

5. Szacunek dla autonomii pacjenta:

- Należy zawsze respektować autonomię pacjenta i prawo opiekuna prawnego do podejmowania decyzji dotyczących zdrowia i rehabilitacji dziecka.
- Należy traktować pacjenta z szacunkiem i empatią, biorąc pod uwagę jego indywidualne potrzeby i wartości.

Obowiązki pracowników:

- Wszyscy pracownicy podmiotu leczniczego mają obowiązek przestrzegać niniejszej procedury pobierania zgody opiekuna prawnego pacjenta na rehabilitację.
- Pracownicy powinni brać udział w szkoleniach z zakresu pobierania zgody opiekuna prawnego pacjenta na rehabilitację.
- Pracownik rejestracji powinien dokumentować zgodę opiekuna prawnego pacjenta na rehabilitację w jego dokumentacji medycznej.

10. Procedura informowania opiekuna prawnego pacjenta o ryzyku i korzyściach rehabilitacji

Cel:

Celem niniejszej procedury jest określenie zasad informowania opiekuna prawnego pacjenta o ryzyku i korzyściach rehabilitacji w celu zapewnienia mu rzetelnej informacji i możliwości świadomego podjęcia decyzji dotyczącego jego zdrowia.

Zakres:

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pracowników podmiotu leczniczego, którzy mają kontakt z pacjentami, niezależnie od zajmowanego stanowiska.

Definicje:

- **Informacja dla opiekuna prawnego pacjenta:** Informacja przekazana opiekunowi prawnemu pacjenta w sposób zrozumiały dla niego i dostosowany do jego indywidualnych potrzeb, dotycząca stanu zdrowia, proponowanego leczenia, jego ryzyka i korzyści, a także alternatywnych możliwości rehabilitacji jego dziecka.
- **Ryzyko rehabilitacji:** Możliwe negatywne skutki rehabilitacji, które mogą wystąpić u pacjenta.
- **Korzyści rehabilitacji:** Możliwe pozytywne skutki rehabilitacji, które mogą poprawić stan zdrowia pacjenta.

Procedura:

1. Ocena indywidualnych potrzeb pacjenta:

- Przed poinformowaniem opiekuna prawnego pacjenta o ryzyku i korzyściach rehabilitacji dla pacjenta należy ocenić jego indywidualne potrzeby.
- Należy wziąć pod uwagę:
 - Wiek opiekuna prawnego pacjenta.
 - Stan psychiczny opiekuna prawnego pacjenta.
 - Poziom zrozumienia języka przez opiekuna prawnego pacjenta.

2. Przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjenta:

- Należy przekazać opiekunowi prawnemu pacjenta w sposób zrozumiały dla niego informacje o stanie zdrowia jego dziecka, w tym o:
 - Rozpoznaniu choroby.
 - Rokowaniu choroby.
 - Możliwych powikłaniach choroby.

3. Przedstawienie proponowanego leczenia:

- Należy przedstawić opiekunowi prawnemu pacjenta w sposób zrozumiały dla niego informacje o proponowanym leczeniu, w tym o:
 - Celu rehabilitacji.
 - Oczekiwanych korzyściach rehabilitacji.
 - Możliwych działaniach ubocznych rehabilitacji.
 - Możliwych powikłaniach rehabilitacji.
 - Stosowanych procedurach medycznych.
 - Długości trwania procesu rehabilitacji.

4. Omówienie ryzyka i korzyści leczenia:

- Należy dokładnie omówić z opiekunem prawnym pacjenta ryzyko i korzyści rehabilitacji, biorąc pod uwagę jego indywidualne potrzeby i preferencje.
- Należy wyjaśnić opiekunowi prawnemu pacjenta, że każde leczenie wiąże się z pewnym ryzykiem i nie ma gwarancji powodzenia.
- Należy zachęcać opiekuna prawnego pacjenta do zadawania pytań i wyrażania swoich obaw.

5. Przedstawienie alternatywnych możliwości rehabilitacji:

- Należy przedstawić opiekunowi prawnemu pacjenta w sposób zrozumiały dla niego informacje o alternatywnych możliwościach rehabilitacji, jeśli takie istnieją.
- Należy omówić z opiekunem prawnym pacjenta wady i zalety każdej z opcji rehabilitacji.

6. Uzyskanie zgody pacjenta:

- Należy uzyskać zgodę opiekuna prawnego pacjenta na proponowane leczenie.
- Zgoda opiekuna prawnego pacjenta powinna być dobrowolna, bez nacisku i przymusu.
- Opiekun prawny pacjenta powinien mieć możliwość odmowy leczenia lub wycofania zgody w każdej chwili.

7. Szacunek dla autonomii pacjenta:

- Należy zawsze respektować autonomię pacjenta i prawo jego opiekuna prawnego do podejmowania decyzji dotyczących zdrowia i leczenia.
- Należy traktować pacjenta z szacunkiem i empatią, biorąc pod uwagę jego indywidualne potrzeby i wartości.

11. Procedura dokumentowania opieki nad pacjentem

Cel:

Celem niniejszej procedury jest określenie zasad dokumentowania opieki nad pacjentem w celu zapewnienia rzetelnej, kompletnej i przejrzystej dokumentacji, która umożliwia świadczenie bezpiecznej i efektywnej opieki medycznej, a także chroni prawa pacjenta i zapewnia rozliczalność personelu medycznego.

Zakres:

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pracowników podmiotu leczniczego, którzy mają kontakt z pacjentami, niezależnie od zajmowanego stanowiska.

Definicje:

- **Dokumentacja medyczna:** Zbiór pisemnych i elektronicznych nośników informacji, zawierających dane o stanie zdrowia pacjenta, przebiegu rehabilitacji, udzielonych świadczeniach medycznych oraz innych istotnych informacjach dotyczących zdrowia pacjenta.
- **Notatka medyczna:** Zapis w dokumentacji medycznej pacjenta, zawierający informacje o stanie zdrowia pacjenta, objawach choroby, wynikach badań, rozpoznaniu, zastosowanym leczeniu, zaleceniach terapeutycznych oraz innych istotnych informacjach dotyczących opieki nad pacjentem.
- **Zdarzenie medyczne:** Każde zdarzenie, które ma wpływ na stan zdrowia pacjenta lub przebieg rehabilitacji.

Procedura:

1. Obowiązek dokumentowania:

- Wszyscy pracownicy podmiotu leczniczego mają obowiązek dokumentować opiekę nad pacjentem w sposób rzetelny, kompletny i przejrzysty.
- Dokumentacja medyczna powinna być prowadzona w języku polskim, z użyciem zrozumiałego słownictwa medycznego.
- Notatki medyczne powinny być sporządzane na bieżąco, w miarę udzielania świadczeń medycznych.

2. Treść dokumentacji medycznej:

- Dokumentacja medyczna powinna zawierać co najmniej następujące informacje:
 - Dane personalne pacjenta: imię i nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania, numer PESEL.
 - Datę i godzinę sporządzenia notatki medycznej.
 - Dane osoby sporządzającej notatkę medyczną: imię i nazwisko, zawód, stanowisko.

- Opis stanu zdrowia pacjenta: objawy choroby, wyniki badań, rozpoznanie.
- Informacje o zastosowanych metodach rehabilitacji.
- Zalecenia terapeutyczne: dalsze leczenie, kontrole lekarskie, inne zalecenia dotyczące zdrowia pacjenta.
- Informacje o zdarzeniach medycznych.
- Informacje o zgodzie opiekuna prawnego pacjenta na rehabilitację.
- Informacje o odmowie rehabilitacji przez opiekuna prawnego pacjenta.

3. Dostęp do dokumentacji medycznej:

- Opiekun prawny pacjenta ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej dziecka.
- Personel medyczny ma dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń medycznych.
- Inne osoby mogą mieć dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta tylko na podstawie pisemnej zgody opiekuna prawnego lub na podstawie przepisów prawa.

4. Archiwizacja dokumentacji medycznej:

- Dokumentacja medyczna pacjenta powinna być przechowywana w bezpiecznym miejscu przez okres 20 lat od daty wypisu pacjenta z placówki medycznej lub od daty ostatniej wizyty.
- Po upływie 20 lat dokumentacja medyczna może zostać zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

5. Odpowiedzialność za dokumentację medyczną:

- Za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej odpowiada lekarz lub specjalista prowadzący pacjenta.

12. Procedura przechowywania dokumentacji medycznej

Cel:

Celem niniejszej procedury jest określenie zasad przechowywania dokumentacji medycznej w celu zapewnienia jej bezpieczeństwa, dostępności i integralności, a także ochrony praw pacjenta i wypełnienia obowiązków prawnych.

Zakres:

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pracowników podmiotu leczniczego, którzy mają dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów.

Definicje:

- **Dokumentacja medyczna:** Zbiór pisemnych i elektronicznych nośników informacji, zawierających dane o stanie zdrowia pacjenta, przebiegu leczenia, udzielonych świadczeniach medycznych oraz innych istotnych informacjach dotyczących zdrowia pacjenta.
- **Nośnik papierowy:** Tradycyjny nośnik informacji, np. papier, na którym sporządza się zapisy w dokumentacji medycznej.
- **Nośnik elektroniczny:** Cyfrowy nośnik informacji, np. płyta CD, dysk twardy, na którym przechowuje się dokumentację medyczną w formie elektronicznej.

Procedura:

1. Warunki przechowywania:

- Dokumentacja medyczna powinna być przechowywana w bezpiecznych pomieszczeniach, chronionych przed dostępem osób nieuprawnionych, pożarem, kradzieżą i innymi zagrożeniami.
- Pomieszczenia, w których przechowywana jest dokumentacja medyczna, powinny być czyste, suche i odpowiednio wentylowane.
- Dokumentacja medyczna powinna być przechowywana w sposób uporządkowany, umożliwiający łatwy dostęp do niej.

2. Nośniki przechowywania:

- Dokumentacja medyczna może być przechowywana na nośnikach papierowych lub elektronicznych.
- Dokumentacja medyczna sporządzona na nośnikach papierowych powinna być przechowywana w teczkach lub innych odpowiednich materiałach ochronnych.
- Dokumentacja medyczna sporządzona na nośnikach elektronicznych powinna być przechowywana na bezpiecznych urządzeniach IT, zabezpieczonych przed dostępem osób nieuprawnionych i utratą danych.

3. Okres przechowywania:

- Dokumentacja medyczna powinna być przechowywana przez okres 20 lat od daty wypisu pacjenta z placówki medycznej lub od daty ostatniej wizyty.
- Po upływie okresu przechowywania dokumentacja medyczna może zostać zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

4. Sposób niszczenia dokumentacji medycznej:

- Dokumentacja medyczna powinna być niszczona w sposób uniemożliwiający odczytanie zawartych w niej danych osobowych i medycznych.
- Dokumentacja medyczna może być niszczona mechanicznie, np. poprzez rozdrobnienie lub spalenie, lub elektronicznie, np. poprzez usunięcie danych z nośnika elektronicznego.

5. Odpowiedzialność:

- Za prawidłowe przechowywanie dokumentacji medycznej odpowiada kierownik podmiotu leczniczego.
- Kierownik podmiotu leczniczego powinien wyznaczyć osobę odpowiedzialną za nadzór nad przechowywaniem dokumentacji medycznej.
- Pracownicy podmiotu leczniczego, którzy mają dostęp do dokumentacji medycznej, są odpowiedzialni za jej prawidłowe przechowywanie i ochronę.

13. Procedura dostępu do dokumentacji medycznej

Cel:

Celem niniejszej procedury jest określenie zasad dostępu do dokumentacji medycznej w celu zapewnienia opiekunom prawnym pacjentów prawa do informacji o stanie zdrowia i przebiegu rehabilitacji ich dzieci, a także ochrony praw pacjenta i wypełnienia obowiązków prawnych.

Zakres:

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pracowników podmiotu leczniczego, którzy prowadzą dokumentację medyczną pacjentów.

Definicje:

- **Dokumentacja medyczna:** Zbiór pisemnych i elektronicznych nośników informacji, zawierających dane o stanie zdrowia pacjenta, przebiegu rehabilitacji, udzielonych świadczeniach medycznych oraz innych istotnych informacjach dotyczących zdrowia pacjenta.
- **Pacjent:** Osoba, której udzielono świadczeń medycznych, których dokumentacja medyczna jest przedmiotem dostępu.
- **Uprawniony przedstawiciel pacjenta:** Opiekun prawny pacjenta lub rodzic.

Procedura:

1. Prawo dostępu

- Opiekun prawny pacjenta ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej swojego dziecka.
- Inne osoby mogą mieć dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta tylko na podstawie pisemnej zgody opiekuna prawnego pacjenta lub na podstawie przepisów prawa.

2. Sposób uzyskania dostępu

- Opiekun prawny pacjenta może złożyć wniosek o dostęp do dokumentacji medycznej w formie ustnej.
- Podmiot leczniczy ma obowiązek rozpatrzyć wniosek o dostęp do dokumentacji medycznej w ciągu 14 dni od jego złożenia.
- Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona opiekunowi prawnemu pacjenta w formie:
 - Oryginału.
 - Kopii.
 - Odpisu.
 - Wyciągu.
- Podmiot leczniczy nie pobiera opłaty za wydaną dokumentację medyczną.

3. Odmowa dostępu do dokumentacji medycznej:

- Podmiot leczniczy może odmówić dostępu do dokumentacji medycznej, jeżeli:
 - Dostęp do dokumentacji może narazić na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.
 - Dostęp do dokumentacji może utrudniać prowadzenie postępowania karnego lub innego postępowania prowadzonego na podstawie ustawy.
 - Dostęp do dokumentacji może naruszać prawa osób trzecich.
- W przypadku odmowy dostępu do dokumentacji medycznej, podmiot leczniczy ma obowiązek poinformować opiekuna prawnego pacjenta o przyczynach odmowy na piśmie.
- Pacjent lub jego przedstawiciel może odwołać się od decyzji podmiotu leczniczego do właściwego organu nadzoru.

4. Ochrona danych osobowych:

- Podczas udostępniania dokumentacji medycznej podmiot leczniczy ma obowiązek chronić dane osobowe pacjenta i innych osób zawarte w dokumentacji.
- Dane osobowe zawarte w dokumentacji medycznej mogą być udostępniane tylko osobom uprawnionym do dostępu do dokumentacji medycznej.
- Podmiot leczniczy ma obowiązek stosować odpowiednie środki ochrony bezpieczeństwa danych osobowych, takie jak szyfrowanie danych, kontrola dostępu do danych, szkolenie personelu z zakresu ochrony danych osobowych.

14. Procedura monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń medycznych

Cel:

Celem niniejszej procedury jest określenie ram identyfikacji, oceny i eliminowania niezgodności oraz potencjalnych niezgodności w placówce medycznej w celu zapobiegania ich wystąpieniu w przyszłości. Procedura ma na celu zapewnienie spójnego i skutecznego podejścia do monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń medycznych, które przyczynia się do ciągłej poprawy jakości opieki nad pacjentem.

Zakres:

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich niezgodności i potencjalnych niezgodności zidentyfikowanych w dowolnym obszarze działalności placówki medycznej. Obejmuje ona wszystkie procesy, usługi, systemy i działania związane z opieką nad pacjentem.

Odpowiedzialność:

- **Kierownictwo placówki:** Zapewnia ogólne nadzorowanie nad wdrażaniem i utrzymaniem niniejszej procedury oraz zapewnia niezbędne zasoby.
- **Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta i jakości:** Koordynuje działania związane z identyfikacją, analizą i wdrażaniem działań korygujących (DK) i zapobiegawczych (DZ).
- **Pracownicy ochrony zdrowia:** Zgłaszają niezgodności i potencjalne niezgodności oraz uczestniczą w działaniach korygujących i zapobiegawczych.
- **Pacjenci:** Mogą zgłaszać niezgodności i potencjalne niezgodności dotyczące świadczonych im usług medycznych.

Etapy procedury:

1. Identyfikacja niezgodności i potencjalnych niezgodności:

Źródłami informacji o niezgodnościach i potencjalnych niezgodnościach mogą być m.in.:

- Zdarzenia niepożądane (ZNA)
- Skargi pacjentów
- Monitorowanie wskaźników bezpieczeństwa pacjentów
- Analizy danych
- Obserwacje pracowników
- Zgłoszenia od pracowników, pacjentów i innych osób zaangażowanych w procesy medyczne

Niezgodności i potencjalne niezgodności mogą być zgłaszane za pomocą formularza zgłoszenia niezgodności lub innych kanałów komunikacji, np. systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych i skarg pacjentów.

2. Dokumentowanie niezgodności:

Każda zidentyfikowana niezgodność lub potencjalna niezgodność powinna zostać udokumentowana w formularzu zgłoszenia niezgodności. Formularz powinien zawierać szczegółowe informacje, takie jak:

- Opis niezgodności
- Data i godzina wystąpienia
- Miejsce wystąpienia
- Rodzaj niezgodności (np. niezgodność z wymaganiami prawnymi, wymaganiami pacjenta, procedurami wewnętrznymi, zasadami etyki medycznej)
- Potencjalne lub rzeczywiste skutki niezgodności dla pacjenta
- Dane osoby zgłaszającej
- Dane pacjenta, którego dotyczy niezgodność (jeśli jest to możliwe)

Wzór zgłoszenia niezgodności lub potencjalnej niezgodności stanowi załącznik nr 4 do niniejszego dokumentu. Formularze umieszczone są w skrzynce w holu placówki.

3. Analiza przyczyn niezgodności:

Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta i jakości lub wyznaczeni specjaliści przeprowadzają analizę przyczyn niezgodności metodą „burzy mózgów” w celu określenia jej źródła. Dane Zgłoszenie Niezgodności lub Potencjalnej Niezgodności umieszcza się w Rejestrze Zgłoszeń Zdarzeń Niepożądanych i Niezgodności lub Potencjalnych Niezgodności prowadzonym w postaci elektronicznej.

Należy określić nie tylko bezpośrednią przyczynę niezgodności, ale również czynniki systemowe, które mogły się do niej przyczynić.

4. Określenie działań korygujących:

Na podstawie wyników analizy przyczyn zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta i jakości lub wyznaczeni specjaliści określają działania korygujące (DK), które mają na celu:

- Usunięcie przyczyny niezgodności
- Zapobieganie jej ponownemu wystąpieniu
- Zminimalizowanie jej skutków dla pacjentów
- Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów

DK powinny być:

- Stosowne do charakteru i skali niezgodności
- Terminowe
- Realistyczne do wykonania
- Dokładnie udokumentowane

- Przypisane do konkretnych osób lub zespołów odpowiedzialnych za ich wykonanie

5. Wdrażanie działań korygujących:

- Wyznaczone osoby lub zespoły odpowiedzialne za wykonanie DK otrzymują jasne instrukcje i niezbędne zasoby.
- Postępy w realizacji DK są monitorowane i dokumentowane.
- W razie potrzeby wprowadzane są zmiany do DK.

6. Monitorowanie skuteczności działań korygujących:

Po wdrożeniu DK należy monitorować ich skuteczność w celu upewnienia się, że one:

- Usunęły przyczynę niezgodności
- Zapobiegły jej ponownemu wystąpieniu
- Nie spowodowały nowych niezgodności

Monitorowanie może obejmować:

- Przegląd dokumentacji
- Audyty
- Wywiady z pracownikami
- Analizę danych

7. Działania zapobiegawcze:

Oprócz działań korygujących, które mają na celu usunięcie istniejących niezgodności, należy również wdrażać działania zapobiegawcze, aby zapobiec wystąpieniu nowych niezgodności. Działania zapobiegawcze mogą obejmować:

- Szkolenia dla pracowników
- Aktualizację procedur i instrukcji
- Wprowadzenie nowych technologii
- Zmiany w organizacji pracy

15. Procedura higieny rąk

Celem procedury jest zapewnienie czystości i dezynfekcji rąk, w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób i zakażeń.

Odpowiedzialność

Za zapewnienie czystości i dezynfekcji rąk odpowiada każdy pracownik, który ma kontakt z innymi ludźmi.

Do obowiązków pracowników należy:

Mycie rąk wodą z mydłem przez co najmniej 30 sekund, w następujących sytuacjach:

Przed przygotowaniem posiłków lub ich spożyciem

Po skorzystaniu z toalety

Po kichnięciu lub kasznięciu

Dezynfekcja rąk preparatem na bazie alkoholu, w następujących sytuacjach:

Jeśli nie ma możliwości umycia rąk wodą z mydłem

Po kontakcie z osobą chorą lub podejrzaną o chorobę zakaźną

Po udzieleniu pierwszej pomocy

Wymagania dotyczące środków do mycia i dezynfekcji rąk

Środki do mycia i dezynfekcji rąk powinny spełniać następujące wymagania:

Być bezpieczne dla zdrowia i środowiska

Być skuteczne w usuwaniu zanieczyszczeń i drobnoustrojów

Być zgodne z obowiązującymi przepisami prawa

Proces mycia i dezynfekcji rąk

Mycie rąk wodą z mydłem

Wetrzyj mydło w dłonie i opuszki palców.

Pocieraj dłonie o siebie, ruchami kolistymi, przez co najmniej 30 sekund.

Szczególną uwagę zwróć na przestrzenie między palcami, grzbiet dłoni i okolice kciuków.

Dokładnie spłucz mydło wodą.

Osusz dłonie czystym ręcznikiem papierowym lub suszarką.

Dezynfekcja rąk preparatem na bazie alkoholu

Rozpyl preparat na dłonie.

Pocieraj dłonie o siebie, ruchami kolistymi, przez co najmniej 30 sekund.

Szczególną uwagę zwróć na przestrzenie między palcami, grzbiet dłoni i okolice kciuków.

Częstotliwość mycia i dezynfekcji rąk

Ręce należy myć lub dezynfekować tak często, jak to możliwe.

Dodatkowe uwagi

W przypadku stwierdzenia zanieczyszczenia rąk materiałem zakaźnym należy postępować zgodnie z instrukcją postępowania z materiałem zakaźnym.

Monitorowanie

Każdy pracownik powinien monitorować skuteczność mycia lub dezynfekcji rąk, obserwując, czy są one czyste i wolne od zanieczyszczeń.

16. Procedura dezynfekcji i sterylizacji sprzętu rehabilitacyjnego

Celem procedury jest zapewnienie skutecznego mycia i dezynfekcji narzędzi oraz sprzętu medycznego, w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń.

Zakres

Procedura dotyczy całego sprzętu rehabilitacyjnego, wykorzystywanego w placówce medycznej, w tym:

- sprzęt rehabilitacyjny (np. elektrody do elektrostymulacji, łóżka rehabilitacyjne, wanny do hydromasażu, podoskop oraz inny sprzęt wykorzystywany w terapii)

Odpowiedzialność

Za realizację procedury odpowiedzialny jest personel sprzątający, przeszkolony w zakresie mycia i dezynfekcji sprzętu rehabilitacyjnego oraz personel medyczny.

Okres ważności

Procedura obowiązuje do czasu jej odwołania.

Wymagania

Do mycia i dezynfekcji sprzętu rehabilitacyjnego należy używać środków dezynfekcyjnych o działaniu bakteriobójczym, grzybobójczym i wirusobójczym, dopuszczonych do stosowania w placówkach medycznych.

Środki dezynfekcyjne należy stosować zgodnie z instrukcją producenta.

Sprzęt rehabilitacyjny należy myć i dezynfekować w sposób zgodny z instrukcją producenta.

Przebieg postępowania

Mycie sprzętu rehabilitacyjnego.

Sprzęt rehabilitacyjny należy umyć wodą z dodatkiem detergentu.

Dokładnie wypłukać sprzęt rehabilitacyjny w czystej wodzie.

Dezynfekcja sprzętu rehabilitacyjnego

Po umyciu sprzętu rehabilitacyjnego należy go zdezynfekować.

Nałożyć środek dezynfekcyjny na sprzęt rehabilitacyjny.

Odczekać czas wymagany przez producenta środka dezynfekcyjnego.

Splukać sprzęt rehabilitacyjny czystą wodą.

Wysuszyć sprzęt rehabilitacyjny.

Sterylizacja elektrod do elektrostymulatora

Mycie elektrod w celu usunięcia zanieczyszczeń organicznych

Dezynfekcja czyli usuwanie drobnoustrojów.

Umieszczenie elektrody w opakowaniu, które zapewni jej ochronę podczas sterylizacji.

Metoda sterylizacji powinna być wybrana w zależności od rodzaju wyrobu medycznego, jego rozmiaru i kształtu, a także wymagań dotyczących czasu i temperatury sterylizacji.

Sterylizator parowy - sterylizacja parą wodną pod ciśnieniem.

Sterylizator chemiczny - sterylizacja za pomocą chemicznych środków sterylizujących.

Sterylizator niskotemperaturowy - sterylizacja w niskiej temperaturze, najczęściej za pomocą tlenu etylenu lub mieszaniny tlenu etylenu i freonu.

Sterylizator radiacyjny - sterylizacja za pomocą promieniowania gamma lub promieniowania beta.

Przeprowadzenie procesu sterylizacji

Proces sterylizacji powinien być przeprowadzony zgodnie z instrukcją obsługi sterylizatora. Ważne jest, aby zapewnić, że wszystkie elektrody zostaną poddane działaniu sterylizującego czynnika przez odpowiedni czas i w odpowiedniej temperaturze.

Kontrola procesu sterylizacji

Po zakończeniu procesu sterylizacji należy przeprowadzić kontrolę, aby upewnić się, że wszystkie elektrody zostały prawidłowo wysterylizowane. Kontrolę przeprowadza się za pomocą oceny wizualnej, która polega na ocenie wizualnej elektrod pod kątem obecności zanieczyszczeń.

Pracownik odpowiedzialny za sterylizację elektrod prowadzi rejestr sterylizacji, który zawiera:

Numer cyklu sterylizacji:

Datę sterylizacji:

Rodzaj wyrobu medycznego:

Metodę sterylizacji:

Wyniki kontroli sterylizacji:

Ocena ryzyka

Procedura zapewnia skuteczne mycie i dezynfekcję sprzętu rehabilitacyjnego, w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń.

Procedura została opracowana z uwzględnieniem ryzyka wystąpienia zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Ryzyko to jest określone na podstawie:

- rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- stanu zdrowia pacjentów,

- stosowanych procedur medycznych.

Procedura jest regularnie aktualizowana w celu zapewnienia jej zgodności z obowiązującymi przepisami prawa.

Uwagi dodatkowe

W przypadku narzędzi i sprzętu medycznego wykonanych z materiałów wrażliwych na działanie środków dezynfekcyjnych, należy skonsultować się z producentem narzędzia lub sprzętu w celu ustalenia odpowiedniego środka dezynfekcyjnego.

Sprzęt rehabilitacyjny i terapeutyczny podlega myciu i dezynfekcji nie rzadziej niż jeden raz dziennie.

Dezynfekowanych powierzchni nie wolno wycierać do sucha – wysychanie powierzchni musi nastąpić samoistnie. W pracy z pacjentem można stosować sprzęt, którego powierzchnia jest całkowicie sucha.

Po zakończeniu mycia i dezynfekcji sprzętu rehabilitacyjnego należy dokładnie umyć ręce.

17. Procedura mycia i dezynfekcji powierzchni płaskich

Celem procedury jest zapewnienie czystości i dezynfekcji powierzchni w celu zapobiegania rozprzestrzeniania się chorób i zakażeń.

Odpowiedzialność

Za realizację procedury odpowiedzialny jest personel sprzątający, przeszkolony w zakresie mycia i dezynfekcji powierzchni płaskich.

Okres ważności

Procedura obowiązuje do czasu jej odwołania.

Wymagania

Środki do mycia i dezynfekcji powierzchni powinny spełniać następujące wymagania:

Być bezpieczne dla zdrowia i środowiska

Być skuteczne w usuwaniu zanieczyszczeń i drobnoustrojów

Być zgodne z obowiązującymi przepisami prawa

SPOSÓB UTRZYMANIA CZYSTOŚCI FIZYCZNEJ I BAKTERIOLOGICZNEJ

I.Czystość fizyczna

Powierzchnię uznaje się za czystą pod względem fizycznym w sytuacji, gdy poziom zanieczyszczeń, które nie są pochodzenia organicznego (inaczej nie stanowią zagrożenia epidemiologicznego) jest na tyle mały, że odpowiada on obowiązującym wymogom higienicznym.

II.Czystość bakteriologiczna

Określa poziom czystości bakteriologicznej powierzchni, odpowiedni dla danej strefy higienicznej, z użyciem preparatu o spectrum odpowiednim do występującego zagrożenia. Pomieszczenia należy sprzątać:

1. Po zakończeniu pracy lub częściej, w zależności od potrzeb.
2. Należy wstrzymać się od rutynowego sprzątania pomieszczeń, w których przebywają pacjenci.
3. Sprzątać należy zawsze na mokro.
4. Do sprzątania należy stosować środki, które spełniają normy, posiadają atest (PZH) lub dopuszczenie (Ministra Zdrowia) do stosowania w placówkach ochrony zdrowia.
5. Roztwory użytkowe preparatów do mycia i/lub dezynfekcji należy przygotować w wyznaczonych do tego celu pojemnikach tuż przed użyciem- w trakcie sporządzania roztworu używać odzieży ochronnej(fartuch, rękawice, масечка, okulary).
6. Do przygotowania roztworu przeznaczonego do mycia powierzchni używać zawsze wody i detergentu we właściwym stężeniu, zgodnie z zaleceniem producenta.
7. Zawsze należy wlewać preparat do wody, nigdy odwrotnie.

8. Nie wolno mieszać preparatów do mycia i dezynfekcji.
9. W przypadku zetknięcia preparatu z błonami śluzowymi oczu, gardła, nosa przemyć dużą ilością zimnej wody i jak najszybciej skontaktować się z lekarzem.
10. Wszystkie środki stosowane do sprzątania i dezynfekcji należy przechowywać w oryginalnych, zamkniętych opakowaniach, w miejscach niedostępnych dla osób niepowołanych, w warunkach przechowywania określonych przez producenta w karcie charakterystyki.
11. Wodę ze środkiem myjącym należy często wymieniać.
12. Obowiązuje system „dwóch wiader”.
13. Sprzątanie należy rozpoczynać od mycia i/lub dezynfekcji powierzchni pionowych (ściany, parapety, kontakty, kaloryfery), a następnie przechodzić do mycia powierzchni poziomych (podłogi).
14. Sprzątając poszczególne pomieszczenia należy pamiętać o myciu i/lub dezynfekcji podajników i dozowników, umywalek, zlewozmywaków, ścian, drzwi, klamek, parapetów, kaloryferów, mebli, koszy itd.
15. Sanitariaty należy myć wodą, ze środkiem dezynfekującym, pamiętając o zachowaniu kolejności sprzątania.
16. Nie wolno myć gabinetów, korytarzy, toalet tą samą wodą i ścierką/ mopem.
17. Ze względu na bezpieczeństwo pracy należy myć najpierw jedną połowę korytarza, a następnie drugą. Jedna połowa korytarza musi być zawsze sucha.
18. Podłogi myje się w jednym kierunku ruchami kolisto-zygzakowatymi (ósemkami), zaczynając od obrzeży do środka.
19. Należy pamiętać o zmianie nakładek na mop. Trzon mopa powinien być tak skonstruowany, aby eliminować ręczne zdejmowanie.
20. Liczba mopów i ścierek powinna być dostosowana do liczby pomieszczeń i rodzaju mytych powierzchni. Raz użyty sprzęt należy odłożyć do „brudnego” worka.
21. Mopy/ ściereki należy prać w pralce przeznaczonej wyłącznie do tego celu (napis na pralkę).
22. Podczas wymiany worków z odpadami należy chwytać worek pod wywiniętym mankietem unikając dotykania wnętrza worka.
23. Worki z odpadami należy szczelnie zamknąć. Żadnych odpadów nie wolno przesypywać.
24. W przypadku rozlania materiału zakaźnego, należy ligniną lub ręcznikiem jednorazowym go usunąć, następnie powierzchnię zmyć preparatem myjąco- dezynfekującym.
25. Po zakończeniu sprzątania sprzęt (wiadra, szczotki, podstawy od mopa, wózki) należy umyć i wysuszyć. Mopy i ściereki muszą być wyprane i wysuszone przed następnym użyciem.
26. Sprzęt do sprzątania należy przechowywać w wyznaczonym do tego celu miejscu.

27. W czasie sprzątania nie należy nosić biżuterii na rękach.
28. Ręce należy często myć i dezynfekować przez wcieranie preparatu dezynfekującego
29. Sprzątanie powinno się odbywać zgodnie z obowiązującym planem higieny, procedurami oraz uwzględniać podział pomieszczeń.
30. Przecieranie zewnętrznych powierzchni: komputerów, monitorów, klawiatury, telefonów, faksów powinno być wykonywane środkami zalecanymi do ww. urządzeń i odbywać się codziennie.
31. Sprzęt medyczny i terapeutyczny należy myć co najmniej jeden raz dziennie oraz dezynfekować po każdorazowym użyciu.

Procedura postępowania- mycie i dezynfekcja powierzchni bezdotykowych

Ogólne zasady:

Wszystkie powierzchnie myte są co najmniej raz dziennie i dodatkowo w razie potrzeby, dezynfekowane są w zależności od strefy raz dziennie lub jeden raz w tygodniu.

Mycie i dezynfekcja:

1. Obowiązuje zasada „dwóch wiader”.
2. W wiadrze niebieskim- powinien znajdować się roztwór preparatu myjącego (detergent).
3. W wiadrze czerwonym- powinien znajdować się roztwór preparatu dezynfekującego/ myjąco-dezynfekującego.
4. Do mycia i dezynfekcji należy używać osobnych ścierek i mopów.
5. Po wyjęciu mopa z wiadra należy usunąć nadmiar roztworu wyciskając nakładkę w wyciskarce.
6. Wyciskarka powinna być umieszczona nad wiadrem czerwonym.
7. Do każdego fragmentu mytej podłogi należy zmienić mopa.
8. Po wykonaniu powyższych czynności, można myć dalsze fragmenty posadzki.

Mycie i dezynfekcja wózka:

Wózek służący do sprzątania powinien być każdorazowo po zakończeniu pracy: umyty i zdezynfekowany, a wszystkie jego elementy wytarte do sucha.

Mycie i dezynfekcję wózka przeprowadzamy w rękawiczkach ochronnych.

Po zakończonym myciu należy zmienić rękawice ochronne.

Ramowy harmonogram sprzątania, mycia i dezynfekcji powierzchni i sprzętu w placówkach PSONI Koło w Mielcu

Rodzaj powierzchni, Rodzaj sprzętu	Mycie lub/ i odkurzanie	Dezynfekcja	Uwagi
podłogi: -wykładzina PCV -płytki ceramiczne -schody -wykładziny	1 x dziennie	1 x w tygodniu	dodatkowo w razie potrzeby
ściany: -farby zmywalne -płytki ceramiczne gabinety -płytki wokół umywalek, sanitariaty (łazienki, WC)	1 x dziennie	1 x dziennie	dodatkowo w razie potrzeby
parapety wewnętrzne, powierzchnia zewnętrzna mebli, klamki, lustra, telefony	1 x dziennie	1 x w tygodniu	dodatkowo w razie potrzeby
pojemniki na odpady medyczne i komunalne, wymiana worków	1 x dziennie	1 x dziennie	dodatkowo w razie potrzeby
blaty biurek, stolików i szafek	1 x dziennie	1 x dziennie	dodatkowo w razie potrzeby
umywalki, kabiny prysznicowe, armatura łazienkowa, muszle klozetowe, bidety, pojemniki na mydło, papier, ręczniki	1 x dziennie	1 x dziennie	dodatkowo w razie potrzeby
lampy	1 x na kwartał	w razie potrzeby	dodatkowo w razie potrzeby
kozetki lekarskie, stół do masażu, przewijak niemowlęcy	1 x dziennie	1 x dziennie	dodatkowo w razie potrzeby
okna, żaluzje, rolety	1 x na kwartał	w razie potrzeby	dodatkowo w razie potrzeby
grzejniki, drzwi, futryny	1 x w tygodniu	w razie potrzeby	dodatkowo w razie potrzeby
klosze, osłony lamp	1 x na kwartał (po uprzednim zdejęciu)		dodatkowo w razie potrzeby
pomieszczenia gospodarcze	1 x w tygodniu	1 x w tygodniu	dodatkowo w razie potrzeby

wózki inwalidzkie, pionizatory, siedziska, wózki gospodarcze	1 x w tygodniu	1 x w tygodniu	dodatkowo w razie potrzeby
windy	1 x dziennie	1 x w tygodniu	dodatkowo w razie potrzeby
kratki wentylacyjne	1 x w miesiącu	dodatkowo w razie potrzeby	dodatkowo w razie potrzeby
zdejmowanie firan i zasłon	1 x na kwartał	dodatkowo w razie potrzeby	dodatkowo w razie potrzeby
odkurzanie tapicerki meblowej	1 x w tygodniu	dodatkowo w razie potrzeby	dodatkowo w razie potrzeby
czyszczenie i pranie wykładzin dywanowych, mebli tapicerowanych	1 x na kwartał	dodatkowo w razie potrzeby	dodatkowo w razie potrzeby
sprzęt rehabilitacyjny i terapeutyczny	1 x dziennie	po każdorazowym użyciu	dodatkowo w razie potrzeby

Ocena ryzyka

Procedura zapewnia skuteczne mycie i dezynfekcję powierzchni, w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń.

Procedura została opracowana z uwzględnieniem ryzyka wystąpienia zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Ryzyko to jest określone na podstawie:

- rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- stanu zdrowia pacjentów,
- stosowanych procedur medycznych.

Procedura jest regularnie aktualizowana w celu zapewnienia jej zgodności z obowiązującymi przepisami prawa.

§8

W podmiocie monitorowana i oceniana jest jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Wyniki z monitorowania są przedstawione w corocznej *Analizie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń*.

§9

Opisy stanowisk pracy w podmiocie leczniczym

1. Podmiot leczniczy opracował opisy stanowisk pracy pracowników medycznych włącznie z oceną ryzyka zawodowego.
2. Dokumentacja oceny ryzyka stanowisk znajduje się w dziale kadr.
3. Odpowiedzialność za prowadzenie dokumentacji oceny ryzyka stanowiskowego ponosi Główny Specjalista ds. BHP.

§10

Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem wchodzi w życie z dniem 01.07.2024 r. Ogłoszenie następuje w sposób dostępny dla personelu, w szczególności poprzez udostępnienie formy papierowej. Personel potwierdza zapoznanie się z treścią WSZJ własnoręcznym podpisem.

Mielec 27.06.2024 r.

Opracował:

KIEROWNIK
Podmiotu Leczniczego
lic. Katarzyna Miłoś-Skaza

ZASTĘPCA KIEROWNIKA
Podmiotu Leczniczego
mgr Klaudia Zych

Zatwierdził:

PRZEWODNICZĄCA
ZARZĄDU KOŁA
Regina Piechota

WICEPRZEWODNICZĄCA
Zarządu Koła
Magdalena Kuzara

Program dla obszarów priorytetowych poprawy jakości Ośrodka Wczesnej Interwencji PSONI Koło w Mielcu (wzór).

L.p.	Obszar priorytetowy/ cel jakości	Miernik	Odpowiedzialność	Planowany termin realizacji	Potrzebne zasoby	UWAGI
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Opracował:

Zatwierdził:

Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego w Podmiocie Leczniczym
„Ośrodek Wczesnej Interwencji” PSONI KOŁO W MIELCU

Dane pacjenta:

Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe)

--

Wiek

--

Płeć (do wyboru):

Kobieta

☐

Mężczyzna

☐

Czas wystąpienie zdarzenia (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Godzina, minuta (HH:MM)

		-		
--	--	---	--	--

i/lub

Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Godzina, minuta (HH:MM)

		-		
--	--	---	--	--

Miejsce wystąpienia zdarzenia:

Opis zdarzenia niepożądanego: (pole opisowe)

Skutek zdarzenia dla pacjenta i/lub placówki: (pole opisowe)

Niezwłocznie podjęte działania (naprawcze i/lub zapobiegawcze): (pole opisowe)

Kategoria zdarzenia niepożądanego: (sugestie na liście poniżej)

Kategoria zdarzenia niepożądanego:

Podkategoria zdarzenia niepożądanego:

- ***Zgon pacjenta***

- **Trwałe lub znaczne inwalidztwo**
- **Zdarzenia związane z rehabilitacją i opieką nad pacjentem**
 - utonięcie lub podtopienie
 - mylna identyfikacja pacjenta
 - mylna identyfikacja procedury
 - uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej procedury
 - upadek w placówce
 - samowolne oddalenie się pacjenta z placówki
 - inne (jakie?)...
- **Zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego/ wyrobów medycznych/ wyposażenia**
 - brak/ograniczenie dostępności sprzętu
 - brak przeglądów technicznych sprzętu
 - awaria sprzętu
 - uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu
 - przekroczenie czasu trwania zabiegu fizykalnego
 - inne (jakie?)
- **Zdarzenia dotyczące organizacji pracy**
 - niewłaściwa identyfikacja pacjenta
 - niedostateczna opieka (np. niewystarczająca liczba personelu, niska jakość dostarczanej opieki)
 - zbyt długi okres oczekiwania na terapię
 - mała częstotliwość terapii
 - nieprawidłowa komunikacja
 - prowadzenie terapii bez podpisanej zgody opiekuna prawnego na objęcie rehabilitacją.
 - Dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień
 - Niska jakość doboru personelu
 - inne (jakie?)

Dane osoby zgłaszającej:

Imię i nazwisko (nieobowiązkowe)

--

Zawód/Stano­wisko (nieobowiązkowe)

--

Świadkowie zdarzenia (jeśli znani, nieobowiązkowe)

--

Data zgłoszenia:

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Godzina, minuta (HH:MM)

		-		
--	--	---	--	--

Wstępna analiza zdarzenia niepożądanego

Dane osoby analizującej:

Imię i nazwisko

--

Data:

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Godzina, minuta (HH:MM)

		-		
--	--	---	--	--

Okoliczności zdarzenia niepożądanego:

- *Informacja od personelu*
- *Informacja od pacjenta*
- *Kontrola dokumentacji medycznej*
- *Kontrola zewnętrzna*
- *Skarga pacjenta*
- *Inne (jakie?)*

--

Sytuacja grożąca wypadkiem (zdarzenie niedoszło, ang. near miss) (do wyboru):

TAK ☐

NIE ☐

Ocena stopnia ciężkości zdarzenia niepożądanego (do wyboru zgodnie z Tabelą 1)

- Bardzo ciężkie ☐
- Ciężkie ☐
- Umiarkowane ☐
- Lekkie ☐

Tabela 1. Stopnie ciężkości zdarzeń niepożądanych

Stopień ciężkości zdarzenia	Opis
Bardzo ciężkie	1. Zgon 2. Znaczące i trwałe uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, skutkujące utratą lub upośledzeniem funkcji czuciowej, ruchowej, fizjologicznej lub intelektualnej, niezwiązane ze schorzeniami stanowiącymi podstawę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub stanem zdrowia pacjenta
Ciężkie	1. Znaczące uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, skutkujące czasowym ograniczeniem funkcji czuciowej, ruchowej, fizjologicznej lub intelektualnej, niezwiązane z podstawowym schorzeniem lub stanem zdrowia pacjenta 2. Konieczność zastosowania interwencji chirurgicznej
Umiarkowane	Uszkodzenia ciała powodujące niewielkie ograniczenie funkcji, czuciowej, ruchowej, fizjologicznej lub intelektualnej, niezwiązane z podstawowym schorzeniem lub stanem zdrowia pacjenta.
Lekkie	Inne niż określone jako bardzo ciężkie, ciężkie i/lub umiarkowane, niepowodujące uszczerbku na zdrowiu.

Ocena stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia niepożądanego (do wyboru zgodnie z Tabelą 2)

- Bardzo rzadkie ☐
- Rzadkie ☐
- Sporadyczne ☐

- Częste

☐**Tabela 2.** Stopień prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia

Stopień prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia	Opis
Bardzo rzadkie	Bardzo małe prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, rzadziej niż raz na dwa lata
Rzadkie	Możliwe, że zdarzenie wystąpi raz na dwa lata
Sporadyczne	Zdarzenie prawdopodobnie wystąpi raz lub dwa razy w roku
Częste	Zdarzenie prawdopodobnie wystąpi kilka razy w ciągu roku

Matryca oceny bezpieczeństwa SAC (do wyboru zgodnie z Tabelą 3)

- Kategoria SAC 1

☐

- Kategoria SAC 2

☐

- Kategoria SAC 3

☐**Tabela 3.** Matryca oceny bezpieczeństwa SAC

		Ciężkość zdarzenia			
		Bardzo ciężkie	Ciężkie	Umiarkowane	Lekkie
Prawdopodobieństwo	Częste	3	3	2	1
	Sporadyczne	3	2	1	1
	Rzadkie	3	2	1	1
	Bardzo rzadkie	3	2	1	1

Opracowanie na podstawie: *Avoiding the "Whack-a Mole" Approach to Patient Safety Events: the Safety Assessment Code matrix*

Kategorię ryzyka dla danego zdarzenia niepożądanego określa się według skali punktowej:

1. **3 punkty - wysokie ryzyko** - zdarzenie niepożądane spełniające kryteria zdarzenia bardzo ciężkiego oraz zdarzenia ciężkiego i częstego, zgodnie z kryteriami oraz oceną prawdopodobieństwa,
2. **2 punkty - średnie ryzyko** - zdarzenie niepożądane ciężkie i sporadyczne albo rzadkie albo bardzo rzadkie oraz zdarzenia umiarkowane i częste,
3. **1 punkt - małe ryzyko** - zdarzenie niepożądane umiarkowane i sporadyczne albo rzadkie albo bardzo rzadkie oraz zdarzenia lekkie.

Analiza przyczyn źródłowych:

TAK ☐

NIE ☐

ANKIETA SATYSFAKCJI OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA

Z pobytu w Ośrodku Wczesnej Interwencji PSONI Koło w Mielcu.

Data wypełnienia ankiety

Grupa wiekowa pacjenta:

- ☐ Od 0 do 12 miesiąca życia
- ☐ Od 1 do 3 roku życia
- ☐ Od 3 do 7 roku życia
- ☐ Od 7 do 18 roku życia (dla pacjentów stacjonarnych OREW)

Odpowiadając na poniższe pytania prosimy wstawić znak „X” zgodnie z wybraną odpowiedzią.

1. Jak ocenia Pani/Pan czas oczekiwania na połączenie/kontakt z pracownikiem rejestracji?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

2. Jak ocenia Pani/Pan pracę rejestracji (uprzejmość osoby rejestrującej i jakość udzielonych informacji)?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

3. Jak ocenia Pani/Pan sposób planowania oraz terminowość realizacji terapii?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

4. Jak ocenia Pani/Pan poradę lekarską (stosunek do pacjenta i opiekuna, sposób komunikacji oraz rzetelność przekazywania informacji medycznych)?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

5. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do fizjoterapeuty i jakość świadczeń udzielanych przez niego?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

6. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do psychologa i jakość świadczeń udzielanych przez niego?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

7. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do logopedy i jakość świadczeń udzielanych przez niego?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

8. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do pedagoga i jakość świadczeń udzielanych przez niego?

- ☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

9. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do terapeuty zajęciowego i jakość świadczeń udzielanych przez niego?

☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

10. Jak ocenia Pani/Pan działania personelu pod kątem zapewnienia Pacjentowi intymności i poszanowania jego praw?

☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

11. Jak ocenia Pani/Pan warunki higieniczno-sanitarne, czystość panującą w gabinetach, salach ćwiczeń i toaletach?

☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

12. Jak ocenia Pani/Pan wyposażenie sal do terapii ?

☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

13. Jak ocenia Pani/Pan przystosowanie placówki dla osób niepełnosprawnych?

☐ bardzo źle ☐ źle ☐ średnio ☐ dobrze ☐ bardzo dobrze

14. Czy informacje na tablicy są czytelne?

☐ TAK ☐ NIE

15. Czy korzystanie z naszych usług spełnia Państwa oczekiwania?

☐ TAK ☐ NIE

16. Czy polecilibyście Państwo nasz ośrodek innym osobom?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli mają Państwo dodatkowe uwagi na temat funkcjonowania ośrodka, prosimy zamieścić je poniżej.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety, prosimy o pozostawienie jej w wyznaczonym miejscu w Rejestracji.

**Zgłoszenie niezgodności lub potencjalnej niezgodności w Podmiocie
Lecznym „Ośrodek Wczesnej Interwencji” PSONI KOŁO W MIELCU**

Opis niezgodności:

Czas wystąpienia niezgodności (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Godzina, minuta (HH:MM)

		-		
--	--	---	--	--

Miejsce wystąpienia zdarzenia:

Rodzaj niezgodności : *właściwe podkreślić*

- niezgodność z wymaganiami prawnymi
- niezgodność z wymaganiami pacjenta
- niezgodność z procedurami wewnętrznymi
- niezgodność z zasadami etyki medycznej

- inne

Skutki niezgodności dla pacjenta:

Dane osoby zgłaszającej:

Imię i nazwisko:

Dane pacjenta, którego dotyczy niezgodność *(jeśli jest to możliwe) :*