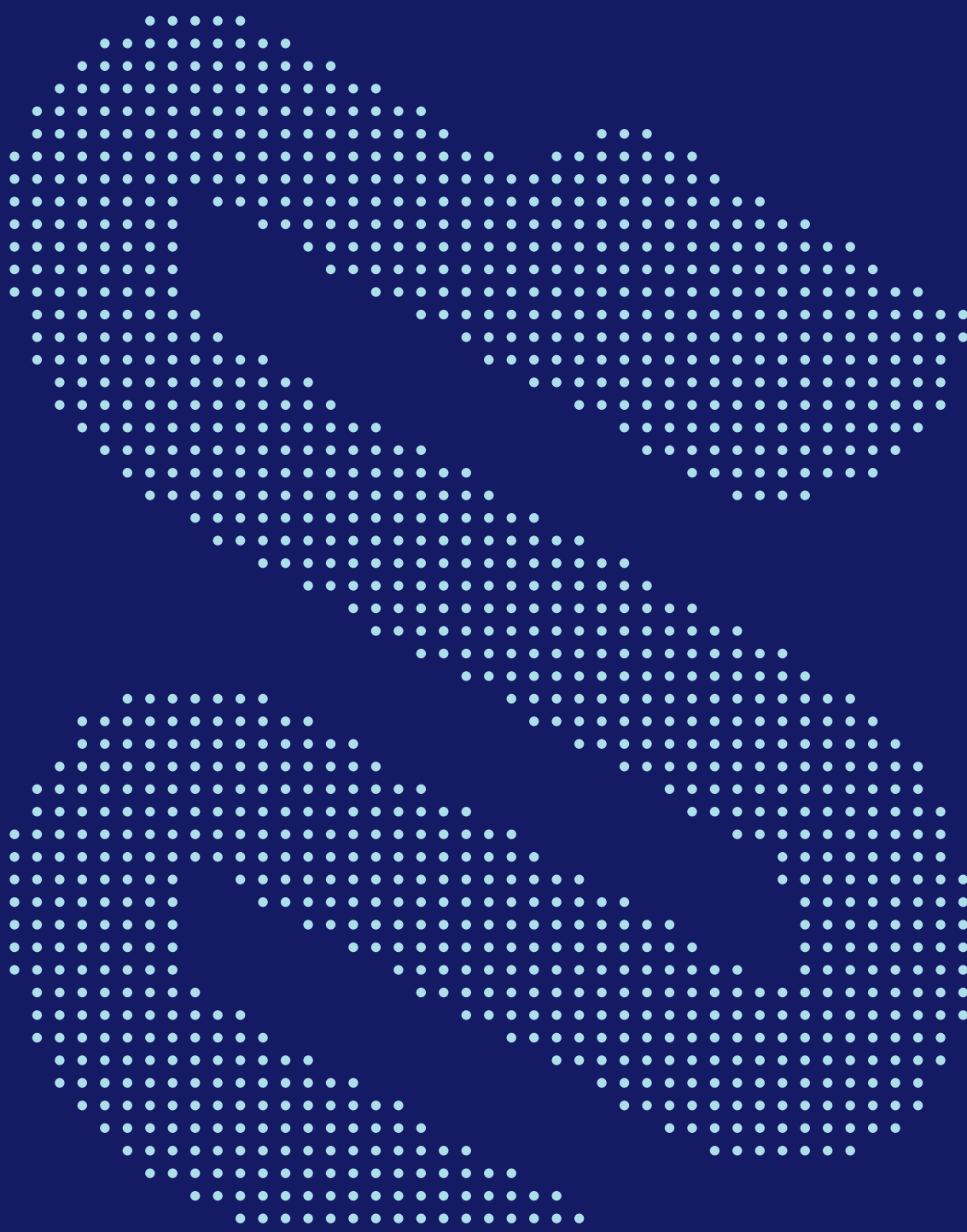


# **Standardy Akredytacyjne Szpitale**





# **Standardy Akredytacyjne Szpitale**

**Kraków 2025**



**Z**estaw standardów akredytacyjnych opublikowany w 1998 roku, miał istotny wpływ na zmianę kultury organizacyjnej w szpitalach. Wprowadzenie konkretnych wymogów nie tylko pomogło szpitalom w modernizacji i zmianie sposobu opieki, ale także zmieniło świadomość personelu medycznego i kadry zarządzającej. Dzięki temu, mimo trudnych warunków, w ochronie zdrowia pojawiły się szpitale, które szybko dostosowały się do nowych standardów i z każdym przeglądem akredytacyjnym osiągały coraz lepsze wyniki.

Kolejna edycja standardów akredytacyjnych dla szpitali, opublikowana w 2010 roku, poszerzyła zakres oceny o bezpieczeństwo pacjenta, w tym identyfikację i analizę zdarzeń niepożądanych. Na podstawie tych standardów, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) przeprowadzało proces akredytacji przez 15 lat.

Sytuacja zmieniła się w 2023 roku, wraz z wejściem w życie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. W rezultacie, w 2024 roku Minister Zdrowia opublikował zaktualizowane standardy akredytacyjne dla szpitali.

Standardy, oparte o propozycję CMJ, utworzoną w 2021 roku i zarekomendowane przez Radę Akredytacyjną Ministra Zdrowia stanowią obecnie podstawę oceny jakości pracy szpitali.

Nowy zestaw wymogów akredytacyjnych obejmuje 14 obszarów tematycznych, w tym nowe działy, takie jak „Jakość obsługi”, który koncentruje się na standardach obsługi pacjenta podczas hospitalizacji. Ocena diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i patomorfologicznej została umieszczona w dziale „Diagnostyka”, a zarządzanie szpitalem w dziale „Jakość zarządzania”.

Dla większości standardów, które uwzględniają możliwość częściowego spełnienia określono szczegółowe wymogi w formie tzw. kamieni milowych; wskazano także wartości wagowe dla wszystkich standardów podlegających ocenie.

Obecne standardy akredytacyjne stanowią wyzwanie dla szpitali, ale także dla zespołów wizytujących. Wymogi te odzwierciedlają jednak poziom jakości diagnostyki i leczenia, jakiego oczekują współcześni pacjenci i ich rodziny.

Nowe standardy to szansa na podniesienie jakości opieki medycznej w Polsce. Dlatego też życzymy Państwu powodzenia w skutecznym wykorzystywaniu standardów akredytacyjnych na drodze wiodącej do poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki szpitalnej.

*Centrum Monitorowania Jakości  
w Ochronie Zdrowia*

© CMJ 2024 – wydanie wznowione 2025

Publikacja książkowa opracowana na podstawie obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne (Dz. Urz. MZ z 2024 r. poz. 73).

Wydawca:



**Centrum Monitorowania  
Jakości w Ochronie Zdrowia**

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia  
ul. Bobrzyńskiego 12, 30-348 Kraków

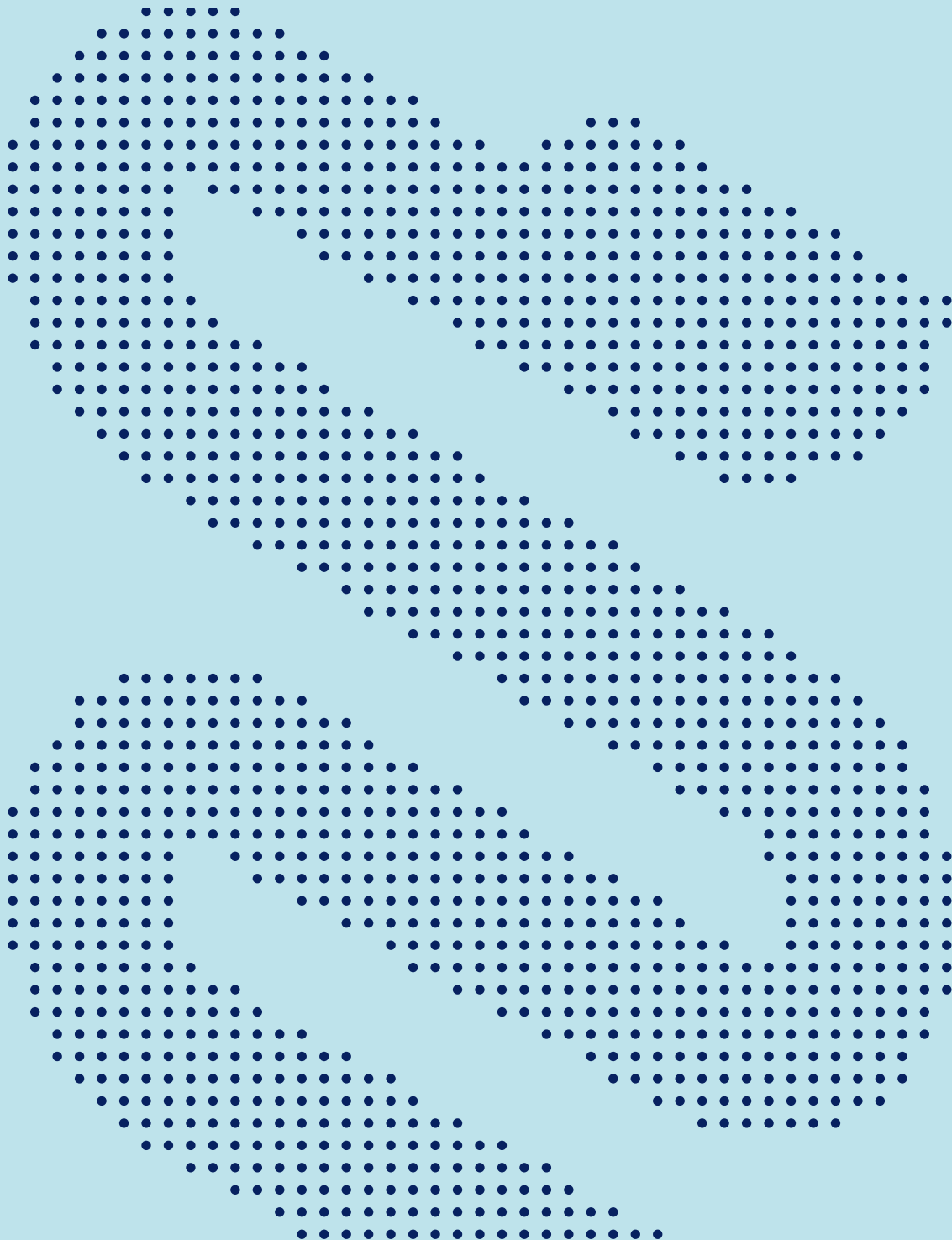
ISBN: 978-83-974556-1-0

# SPIS TREŚCI

CIĄGŁOŚĆ OPIEKI . . . . .	7
PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA . . . . .	17
OCENA STANU ZDROWIA . . . . .	31
LABORATORIUM . . . . .	42
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA . . . . .	53
PATOMORFOLOGIA . . . . .	63
ZAGROŻENIE ŻYCIA. . . . .	69
OPIEKA NAD PACJENTEM . . . . .	83
ZABIEGI I ZNIECZULENIA . . . . .	101
FARMAKOTERAPIA . . . . .	117
LECZENIE ŻYWIENIOWE. . . . .	129
PREWENCJA I KONTROLA ZAKAŻEŃ . . . . .	139
POPRAWA JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA . . . . .	159
POPRAWA JAKOŚCI . . . . .	163
BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA . . . . .	175
JAKOŚĆ OBSŁUGI . . . . .	185
INFORMACJA MEDYCZNA . . . . .	199
JAKOŚĆ ZARZĄDZANIA . . . . .	213
TERMINY I OKREŚLENIA . . . . .	239
AKTY PRAWNE . . . . .	244
KOMUNIKATY CMJ . . . . .	245



# CIĄGŁOŚĆ OPIEKI





## CIĄGŁOŚĆ OPIEKI

<b>CO 1</b>	Szpital wdrożył rozwiązania służące do zarządzania ruchem pacjentów (standard może być wyłączony).
<b>CO 2</b>	Szpital wdrożył zasady postępowania w sytuacjach szczególnych.
<b>CO 3</b>	Szpital wdrożył zasady postępowania z ofiarami przemocy.
<b>CO 4</b>	W szpitalu wdrożono zasady przenoszenia pacjentów do innego szpitala lub ośrodka.
<b>CO 5</b>	Określono sposób postępowania w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala.
<b>CO 6</b>	W szpitalu prowadzi się analizę przyczyn odmów hospitalizacji.
<b>CO 7</b>	Szpital wdrożył zasady komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie (standard może być wyłączony).
<b>CO 8</b>	Szpital zapewnia opiekę w razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta po wypisie (standard może być wyłączony).

# CIĄGŁOŚĆ OPIEKI

Diagnostyka, leczenie i opieka nad pacjentem w trakcie hospitalizacji oraz po wypisie są elementami kompleksowej opieki medycznej. Obejmuje ona sprawne przyjęcie i wypis ze szpitala oraz bezpieczne przekazywanie pacjenta pomiędzy oddziałami szpitalnymi lub do innych podmiotów leczniczych, z określeniem odpowiedzialności za pacjenta i zapewnieniem informacji zdrowotnych. Sposób przejmowania opieki powinien minimalizować ewentualne ryzyko niekorzystnych rezultatów, w tym wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Konieczne jest określenie odpowiedzialności za pacjenta, jak też rodzaju i zakresu udzielanych informacji, koniecznych dla zachowania ciągłości opieki. Szpital powinien określić sposób postępowania przy przyjęciu, w sytuacjach szczególnych, wobec ofiar przemocy oraz w razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta po wypisie, a także sposób postępowania w przypadku odmowy leczenia. Należy ustalić zasady komunikacji z pacjentem i postępowania, gdy wynik badania jest uzyskiwany po wypisie ze szpitala.

## CO 1

### SZPITAL WDROŻYŁ ROZWIĄZANIA SŁUŻĄCE DO ZARZĄDZANIA RUCHEM PACJENTÓW (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

#### 1. Opis wymagań

W szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć opracowano i wdrożono rozwiązania, w tym również stosowne procedury organizacyjne, służące do skutecznego zarządzania ruchem pacjentów, które obejmują:

- 1) zasady segregacji wstępnej i wtórnej;
- 2) monitorowanie liczby oczekujących na udzielenie świadczenia lub czasu oczekiwania;
- 3) efektywne reagowanie, na podstawie wyników monitorowania, na zmieniającą się sytuację w SOR lub IP celem rozładowania kolejki pacjentów w poszczególnych obszarach;
- 4) zasady rotowania i wykorzystania potencjału personelu w zależności od sytuacji w SOR lub IP;
- 5) zasady opieki nad pacjentami oczekującymi na udzielenie świadczenia.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z pacjentami;
- 5) wyniki badania doświadczeń i opinii pacjentów;
- 6) obserwacja bezpośrednia.

#### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital wdrożył rozwiązania organizacyjne służące do skutecznego zarządzania przepływem i ruchem pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital w przeważającej części wdrożył rozwiązania organizacyjne służące do skutecznego zarządzania przepływem i ruchem pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie wdrożył rozwiązań organizacyjnych służących do skutecznego zarządzania przepływem i ruchem pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) opracowano i wdrożono zasady segregacji wstępnej;
- 2) opracowano i wdrożono zasady segregacji wtórnej;
- 3) opracowano i wdrożono monitorowanie liczby oczekujących na udzielenie świadczenia;
- 4) opracowano i wdrożono monitorowanie czasu oczekiwania;
- 5) opracowano i wdrożono efektywne reagowanie, na podstawie wyników monitorowania, na zmieniającą się sytuację w SOR lub IP celem rozładowania kolejki pacjentów w poszczególnych obszarach;
- 6) opracowano i wdrożono zasady rotowania i wykorzystania potencjału personelu w zależności od sytuacji w SOR lub IP;
- 7) opracowano i wdrożono zasady opieki nad pacjentami oczekującymi na udzielenie świadczenia.

Co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

### CO 2

## SZPITAL WDROŻYŁ ZASADY POSTĘPOWANIA W SYTUACJACH SZCZEGÓLNYCH.

### 1. Opis wymagań

Szpital powinien określić i wdrożyć sposób postępowania w sytuacjach szczególnych oraz gromadzić informacje i dane na ich temat. Sytuacje szczególne dotyczą:

- 1) pacjentów,
- 2) odwiedzających,
- 3) osób postronnych, przebywających na terenie szpitala

i obejmują co najmniej:

- 1) zgłoszenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z powodu schorzeń nie odpowiadających profilowi szpitala;
- 2) brak możliwości przyjęcia pacjenta ze względu na np.: brak miejsca, remont oddziału, niedostatek wyposażenia;
- 3) pogorszenie stanu zdrowia osoby nie hospitalizowanej, a znajdującej się na terenie szpitala lub w bezpośredniej, określonej przez szpital okolicy;
- 4) pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, gdy pomoc przekracza możliwości szpitala.

Szpital określa inne sytuacje szczególne, istotne dla swojej specyfiki i otoczenia, w tym powinien uwzględnić sposób postępowania w przypadku epidemii lub działań wojennych.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital wdrożył zasady postępowania w sytuacjach szczególnych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital w przeważającej części wdrożył zasady postępowania w sytuacjach szczególnych (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie wdrożył zasad postępowania w sytuacjach szczególnych zgodnie z wymogami standardu.

#### 4. Kamienie milowe

- 1) opracowanie i wdrożenie zasad postępowania w przypadku zgłoszenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z powodu schorzeń nie odpowiadających profilowi szpitala;
- 2) opracowanie i wdrożenie zasad postępowania w przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta ze względu na np.: brak miejsca, remont oddziału, niedostatek wyposażenia;
- 3) opracowanie i wdrożenie zasad postępowania w przypadku pogorszenia stanu zdrowia osoby nie hospitalizowanej, a znajdującej się na terenie szpitala lub w bezpośredniej, określonej przez szpital okolicy;
- 4) opracowanie i wdrożenie zasad postępowania w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, gdy pomoc przekracza możliwości szpitala;
- 5) gromadzenie informacji na temat zgłoszenia osób w stanie nagłego zagrożenia życia z powodu schorzeń nie odpowiadających profilowi szpitala;
- 6) gromadzenie informacji na temat postępowania w przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta ze względu na np.: brak miejsca, remont oddziału, niedostatek wyposażenia;
- 7) gromadzenie informacji na temat postępowania w przypadku pogorszenia stanu zdrowia osoby nie hospitalizowanej, a znajdującej się na terenie szpitala lub w bezpośredniej, określonej przez szpital okolicy;
- 8) gromadzenie informacji na temat postępowania w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, gdy pomoc przekracza możliwości szpitala;
- 9) określenie innych sytuacji szczególnych, istotnych dla swojej specyfiki i otoczenia, w tym powinien uwzględnić sposób postępowania w przypadku epidemii;
- 10) określenie innych sytuacji szczególnych, istotnych dla swojej specyfiki i otoczenia, w tym powinien uwzględnić sposób postępowania w przypadku działań wojennych.

Co najmniej 60% stanowi 6 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

### CO 3

## SZPITAL WDROŻYŁ ZASADY POSTĘPOWANIA Z OFIARAMI PRZEMOCY.

### 1. Opis wymagań

Szpital powinien określić i wdrożyć sposób postępowania z osobami poszkodowanymi w wyniku przemocy lub zaniedbania, w tym z ofiarami pobicia, gwałtu, molestowania, maltretowania. Szpital powinien wdrożyć procedury postępowania w przypadku specyficznej sytuacji pacjentów do lat 18 będących ofiarami przemocy, w tym wynikające z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy. Dla osób poszkodowanych w wyniku przemocy lub zaniedbania szpital, we współpracy z odpowiednimi służbami, określa zakres i zasady badania (w tym w szczególności miejsce i warunki przeprowadzenia badania), a także:

- 1) możliwość uzyskania wsparcia psychologicznego;
- 2) możliwość uzyskania wsparcia społecznego;
- 3) możliwość uzyskania wsparcia prawnego;
- 4) możliwości wykonania badania na obecność substancji typu „tabletki gwałtu” lub informację, gdzie takie badanie może być wykonane oraz jak interpretować wynik badania (kontakt z najbliższym ośrodkiem ostrych zatruc oraz rejonowym laboratorium toksykologicznym).

Postępowanie, o którym mowa powyżej, dotyczy pacjentów izby przyjęć, szpitalnego oddziału ratunkowego oraz innych oddziałów szpitalnych.

Istotna jest współpraca ze służbami – Policją, z jednostkami Państwowego Ratownictwa Medycznego – w celu ujednolicenia procedur.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital wdrożył zasady postępowania z ofiarami przemocy zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital w przeważającej części wdrożył zasady postępowania z ofiarami przemocy (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie wdrożył zasad postępowania z ofiarami przemocy zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) określono i wdrożono sposoby postępowania z ofiarami pobicia;
- 2) określono i wdrożono sposoby postępowania z ofiarami gwałtu;
- 3) określono i wdrożono sposoby postępowania z ofiarami maltretowania;
- 4) określono i wdrożono sposoby postępowania z ofiarami molestowania;
- 5) określono i wdrożono sposoby postępowania z ofiarami zaniedbania;
- 6) określono i wdrożono sposoby postępowania z ofiarami w przypadku dzieci będących ofiarami przemocy;
- 7) określono, w tym w szczególności miejsce i warunki przeprowadzenia badania ofiar przemocy, w tym seksualnej;
- 8) określono, w tym w szczególności miejsce i warunki przeprowadzenia badania ofiar nieletnich ofiar przemocy, w tym seksualnej;
- 9) umożliwiono tym ofiarom uzyskanie wsparcia psychologicznego;
- 10) umożliwiono tym ofiarom uzyskanie wsparcia społecznego;
- 11) umożliwiono tym ofiarom uzyskanie wsparcia prawnego;
- 12) umożliwiono tym ofiarom uzyskanie wsparcia psychologicznego (psycholog dziecięcy);
- 13) umożliwiono tym ofiarom możliwości wykonania badania na obecność substancji typu „tabletka gwałtu” lub przynajmniej informację, gdzie takie badanie może być wykonane oraz jak interpretować wynik badania (kontakt z najbliższym ośrodkiem ostrych zatruc oraz rejonowym laboratorium toksykologicznym);
- 14) zrealizowano działania wspólne z Policją i jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego skutkujące wspólnymi uzgodnieniami działających w szpitalu procedur.

Co najmniej 60% stanowi 9 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

### CO 4

## W SZPITALU WDROŻONO ZASADY PRZENOSZENIA PACJENTÓW DO INNEGO SZPITALA LUB OŚRODKA.

### 1. Opis wymagań

Przekazanie pacjenta do innego szpitala wymaga określenia i wdrożenia skoordynowanych działań obejmujących:

- 1) wybór szpitala lub ośrodka;
- 2) uzgodnienie gotowości przyjęcia chorego;
- 3) przygotowanie możliwie pełnej dokumentacji dotyczącej stanu zdrowia chorego i dotychczasowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego;
- 4) postępowanie z przedmiotami użytkowymi lub depozytem pacjenta;
- 5) poinformowanie pacjenta i uzyskanie jego zgody na przewiezienie do innego szpitala i ośrodka;

- 6) powiadomienie przedstawiciela ustawowego pacjenta lub opiekuna faktycznego o przeniesieniu pacjenta;
- 7) uzgodnienie i zlecenie odpowiedniej formy transportu.

Wszystkie działania powinny być udokumentowane wpisami w dokumentacji medycznej. Szpital może realizować działania organizacyjne również poprzez zawieranie stosownych porozumień z innymi jednostkami.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu wdrożono zasady przenoszenia pacjentów do innego szpitala lub ośrodka zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital w przeważającej części wdrożył zasady przenoszenia pacjentów do innego szpitala lub ośrodka (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 W szpitalu nie wdrożono zasad przenoszenia pacjentów do innego szpitala lub ośrodka zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) opracowano i wdrożono procedurę opisującą zasady przenoszenia pacjentów;
- 2) pacjent i rodzina uczestniczą w wyborze jednostki;
- 3) szpital potwierdza gotowość przyjęcia chorego przez jednostkę;
- 4) określono zakres dokumentacji wymaganej przez poszczególne jednostki, do których przenoszony jest pacjent;
- 5) określono postępowanie z przekazaniem przedmiotów użytkowych i depozytu pacjenta, także w razie braku jego przytomności;
- 6) każdorazowo uzyskiwana jest adekwatna zgoda na przeniesienie pacjenta do innej jednostki;
- 7) osoba upoważniona do informowania w zakresie stanu zdrowia pacjenta jest informowana przez personel o przeniesieniu pacjenta, lub personel uzyskuje potwierdzenie przekazania takiej informacji przez pacjenta;
- 8) pacjent jest transportowany odpowiednią formą transportu;
- 9) wszystkie działania w zakresie powyższych kamieni milowych są udokumentowane w dokumentacji indywidualnej pacjenta.

Co najmniej 60% stanowi 6 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,25**

### CO 5

## OKREŚLONO SPOSÓB POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU ODMOWY PRZYJĘCIA DO SZPITALA.

### 1. Opis wymagań

Odmowie przyjęcia do szpitala w szczególności z powodu braku:

- 1) miejsc,
- 2) odpowiedniego sprzętu,
- 3) wskazań,
- 4) możliwości dostarczenia terapii i opieki wymaganej stanem zdrowia,
- 5) z powodu braku zgody pacjenta na realizację świadczenia opieki zdrowotnej

powinno towarzyszyć:

- 1) udzielenie pacjentowi niezbędnej pomocy;
- 2) przekazanie pisemnej informacji na temat przyczyny odmowy;
- 3) przekazanie informacji o możliwości uzyskania opieki w późniejszym terminie lub w innym ośrodku;
- 4) gdy stan zdrowia tego wymaga zabezpieczenie przekazania do innego ośrodka.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Określono sposób postępowania w przypadku odmowy leczenia zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital w przeważającej części wdrożył zasady dotyczące odmowy leczenia (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Nie określono sposobu postępowania w przypadku odmowy leczenia zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) określono i wdrożono zasady postępowania w razie odmowy przyjęcia z powodu braku miejsc;
- 2) określono i wdrożono zasady postępowania w razie odmowy przyjęcia z powodu braku odpowiedniego sprzętu;
- 3) określono i wdrożono zasady postępowania w razie odmowy przyjęcia z powodu braku wskazań;
- 4) określono i wdrożono zasady postępowania w razie odmowy przyjęcia z powodu braku możliwości dostarczenia terapii i opieki wymaganej stanem zdrowia;
- 5) określono i wdrożono zasady postępowania w razie odmowy przyjęcia z powodu braku zgody pacjenta na realizację świadczenia;
- 6) pacjent, któremu odmówiono udzielenia leczenia, ma określoną i wskazaną (o ile to niezbędne) pomoc;
- 7) pacjent, któremu odmówiono udzielenia leczenia, otrzymuje pisemną informację na temat przyczyny odmowy;
- 8) pacjent, któremu odmówiono udzielenia leczenia otrzymuje informację o możliwości uzyskania opieki w późniejszym terminie lub w innym ośrodku, o ile jest to zasadne w kontekście konkretnej sytuacji pacjenta;
- 9) pacjent, któremu odmówiono udzielenia leczenia, a którego stan zdrowia tego wymaga, zabezpieczenia przekazania do innego ośrodka, jest przekazywany zgodnie z wymaganiami klinicznymi.

Co najmniej 60% stanowi 6 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,25**

### CO 6

## W SZPITALU PROWADZI SIĘ ANALIZĘ PRZYCZYN ODMÓW HOSPITALIZACJI.

### 1. Opis wymagań

Analiza przyczyn odmów hospitalizacji powinna być dokonywana co najmniej dwa razy w roku, pod względem ilościowym i przyczynowym, ze szczególnym uwzględnieniem:

- 1) pacjentów ze skierowaniami celem hospitalizacji oraz
- 2) pacjentów powracających do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć w ciągu 72 godzin od odmowy przyjęcia.

Wnioski z analizy powinny być wykorzystywane w planowaniu poprawy jakości opieki.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

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

## 4. Kamienie milowe

- 1) analiza przyczyn odmów hospitalizacji odbywa się co najmniej 2 razy w roku;
- 2) analiza przyczyn odmów hospitalizacji dokonywana jest pod względem ilościowym;
- 3) analiza przyczyn odmów hospitalizacji dokonywana jest pod względem jakościowym;
- 4) analiza przyczyn odmów hospitalizacji uwzględnia pacjentów ze skierowaniem celem hospitalizacji;
- 5) analiza przyczyn odmów hospitalizacji uwzględnia pacjentów powracających do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć w ciągu 72 godzin od odmowy przyjęcia;
- 6) w oparciu o wnioski z analiz przyczyn odmów hospitalizacji powstał co najmniej jeden projekt poprawy jakości.

Co najmniej 60% stanowią 4 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

**CO 7**

## **SZPITAL WDROŻYŁ ZASADY KOMUNIKACJI Z PACJENTEM W PRZYPADKU UZYSKANIA WYNIKÓW BADAŃ PO WYPISIE (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### 1. Opis wymagań

Należy określić i wdrożyć sposób komunikowania się z pacjentami, których wynik badania nie był znany w trakcie hospitalizacji. Zasady komunikowania powinny być skuteczne i obejmować:

- 1) wyznaczenie terminu i miejsca odbioru wyników, najlepiej podczas wizyty kontrolnej;
- 2) ustalenie postępowania w przypadku wyników alarmujących lub wątpliwych;
- 3) ustalenie postępowania w przypadku wyników alarmujących lub wątpliwych, gdy pacjent lub osoba upoważniona do odbioru nie zgłasza się po wynik.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.



### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital wdrożył zasady komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie wdrożył zasad komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie zgodnie z wymogami standardu.

### 4. Kamienie milowe

- 1) określono zasady komunikacji z pacjentami, których wyniki zostały uzupełnione po wypisie – opracowano procedurę;
- 2) wdrożenie jest skuteczne – co potwierdzone jest zapisami uwzględniającymi liczbę i odsetek przekazanych informacji po wypisie;
- 3) wyznacza się termin i miejsce odbioru wyników;
- 4) odbiór wyników odbywa się w trakcie wizyty kontrolnej;
- 5) opracowano i wdrożono zasady postępowania w przypadku wyników alarmujących lub wątpliwych;
- 6) opracowano i wdrożono zasady postępowania w przypadku wyników alarmujących lub wątpliwych, gdy pacjent/osoba upoważniona do odbioru nie zgłasza się po wynik.

Co najmniej 60% stanowią 4 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

## CO 8

### **SZPITAL ZAPEWNIĄ OPIEKĘ W RAZIE POGORSZENIA STANU ZDROWIA PACJENTA PO WYPISIE (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

#### 1. Opis wymagań

W przypadku pogorszenia stanu zdrowia, po wypisie, pacjenta operowanego lub po zabiegu, szpital w okresie do 30 dni od wypisu powinien zapewnić możliwość szybkiej konsultacji lub ponownej hospitalizacji i kontynuacji leczenia szpitalnego. Konieczne jest przekazanie pacjentowi lub osobie bliskiej, lub przedstawicielowi ustawowemu pacjenta informacji na temat uzyskania odpowiedniej pomocy z podaniem miejsca w szpitalu, do którego pacjent może się zgłosić i kontaktowego numeru telefonu w karcie informacyjnej.

#### 2. Sposób sprawdzenia

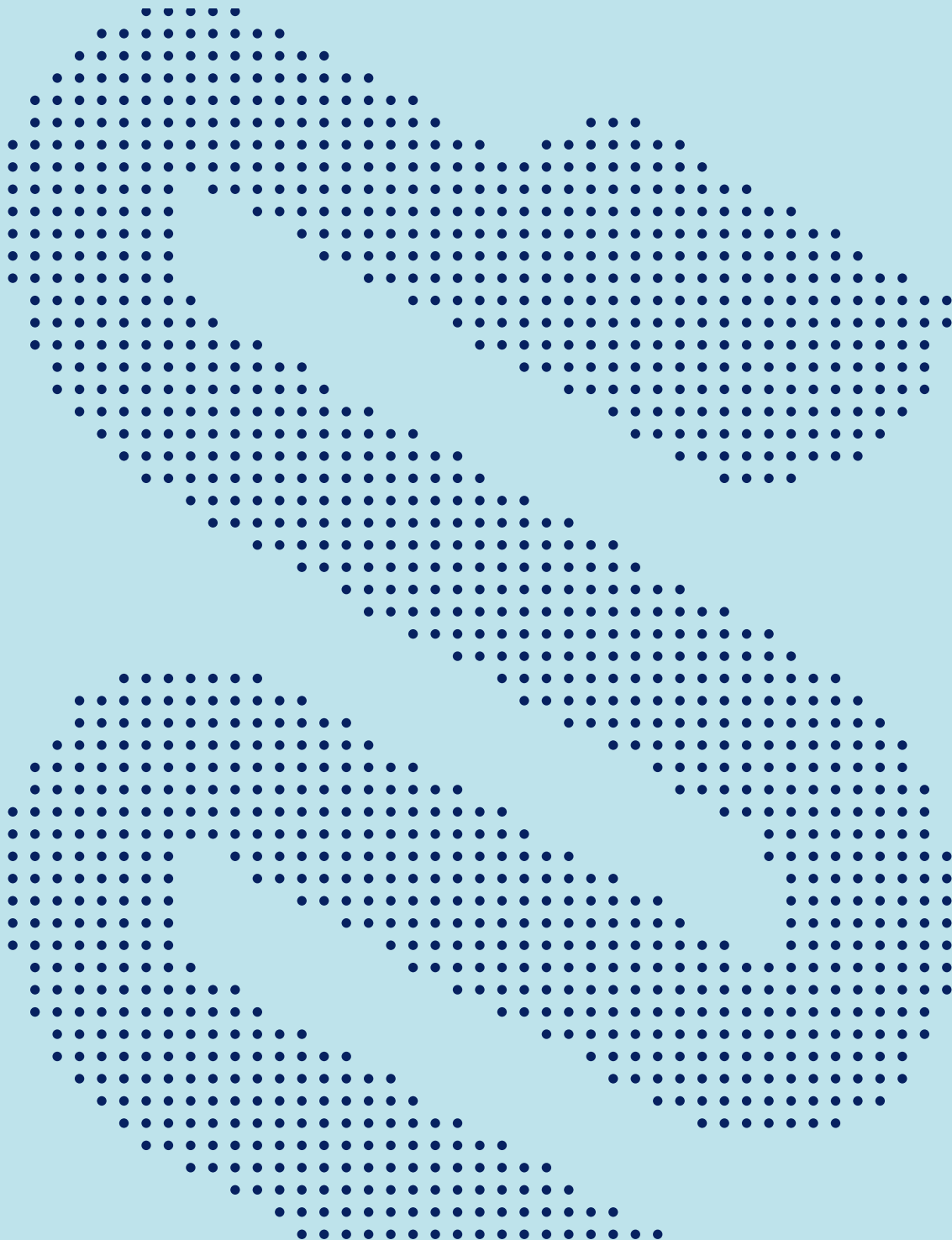
- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

#### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapewnia opiekę w razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta po wypisie ze szpitala zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie zapewnia opieki w razie pogorszenia stanu zdrowia po wypisie ze szpitala zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

# PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA



# PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

<b>PP 1</b>	Szpital określił procedury wymagające dodatkowej zgody pacjenta.
<b>PP 2</b>	Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na wykonywane procedury.
<b>PP 3</b>	Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na przeprowadzenie znieczulenia (standard może być wyłączony).
<b>PP 4</b>	Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na udział w eksperymencie medycznym (standard może być wyłączony).
<b>PP 5</b>	Pacjenci otrzymują przystępne informacje o stanie zdrowia.
<b>PP 6</b>	Szpital wdrożył procedury powiadamiania o pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta.
<b>PP 7</b>	Szpital zapewnia pacjentom możliwość odwiedzin.
<b>PP 8</b>	Szpital zapewnia możliwość uczestniczenia w procesie opieki osobom bliskim lub przedstawicielom ustawowym pacjenta.
<b>PP 9</b>	W szpitalu działa pełnomocnik do spraw praw pacjenta.
<b>PP 10</b>	Szpital zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami z trudnościami komunikacyjnymi.
<b>PP 11</b>	Osoby zatrudnione w szpitalu znają prawa pacjenta.
<b>PP 12</b>	Szpital zapewnia możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej.
<b>PP 13</b>	Szpital zapewnia możliwość korzystania z opieki duchowej (standard może być wyłączony).

# PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

Szpital zapewnia informacje o prawach i obowiązkach pacjenta w sposób zrozumiały i informacja ta jest dostępna w miejscach udzielania świadczeń. Szpital, który prowadzi dydaktykę i badania naukowe, powinien zapewniać informacje na temat praw pacjenta w kontekście realizacji procesu edukacyjnego, np. prawo do niewyrażenia zgody na badanie przeprowadzane przez kształcących się oraz udziału w prowadzonych badaniach naukowych. Pacjent powinien być także informowany o obowiązującym regulaminie szpitalnym. Prawa pacjenta powinny uwzględniać potrzeby i wartości takie jak:

- 1) godność (poważanie ze strony personelu, możliwość zadawania pytań i uzyskiwania wyczerpującej informacji, niekrępujące warunki badania i leczenia) oraz potrzeby zapewniające intymność i poufność;
- 2) autonomia (prawo do uzyskania informacji o rozpoznaniu, stanie zdrowia i możliwych sposobach postępowania medycznego, możliwość zasięgnięcia niezależnych opinii o proponowanym leczeniu, wyrażanie zgody na badania, zabiegi i sposób leczenia, prawo odmowy leczenia), informacje powinny być przekazane w sposób dostosowany do poziomu wiedzy i możliwości percepcyjnych pacjenta;
- 3) dyskrecja (możliwość rozmowy z personelem z zachowaniem poufności, zachowanie w tajemnicy informacji o chorobie lub prowadzonych działaniach diagnostycznych);
- 4) zainteresowanie (zainteresowanie personelu problemami pacjenta, szybka pomoc w sytuacjach nagłych);
- 5) wsparcie społeczne (możliwość kontaktu z członkami rodziny i przyjaciółmi oraz obecności osoby bliskiej lub przedstawiciela ustawowego pacjenta w trakcie hospitalizacji);
- 6) możliwość uczestnictwa w praktykach religijnych i korzystania z opieki duchowej;
- 7) korzystanie z produktów żywnościowych zgodnie z zaleceniami dietetycznymi oraz z przedmiotów, przyniesionych przez odwiedzających.

Szpital wdraża mechanizmy egzekwowania obowiązków pacjenta w trakcie hospitalizacji, takich jak np.:

- 1) zakaz palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych,
- 2) zakaz manipulowania sprzętem medycznym,
- 3) zakaz posiadania i przyjmowania napojów alkoholowych,
- 4) zakaz posiadania substancji psychoaktywnych i innych niebezpiecznych substancji oraz niebezpiecznych przedmiotów, pod groźbą powiadomienia Policji w przypadku złamania takiego zakazu,
- 5) nakaz zachowywania się w sposób kulturalny i niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- 6) nakaz zachowania higieny osobistej i porządku,
- 7) szacunek do personelu i innych pracowników ochrony zdrowia (szczególnie osób sprawujących opiekę nad pacjentem),
- 8) brak tolerancji dla agresji wobec personelu (informacje o ochronie przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu itp.).

Kierownik i personel winien przestrzegać praw pacjenta i taktownie wymagać spełniania przez pacjenta jego obowiązków; szkolenia na ten temat powinny odbywać się cyklicznie, nie rzadziej niż raz w roku i powinny być prowadzone przez osoby posiadające przygotowanie i aktualną, opartą o komunikaty i stanowiska Rzecznika Praw Pacjenta wiedzę. Jednak samo przestrzeganie praw pacjenta nie gwarantuje wysokiej oceny opieki ze strony pacjentów. Immanentną składową opieki powinna być empatia personelu w stosunku do pacjentów, życzliwość i wyczulenie na indywidualne potrzeby psychologiczne. W przypadku pacjentów małoletnich, ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody standardy akredytacyjne odnoszą się też do przedstawicieli ustawowych pacjenta, na zasadach określonych przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

Pacjent uczestniczy w procesie wyboru postępowania medycznego: otrzymuje informacje o alternatywnych metodach postępowania oraz uczestniczy w procesie wyboru sposobu leczenia.

## SZPITAL OKREŚLIŁ PROCEDURY WYMAGAJĄCE DODATKOWEJ ZGODY PACJENTA.

### 1. Opis wymagań

Wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta na udzielenie określonego świadczenia opieki zdrowotnej. Uzyskanie zgody w formie pisemnej jest istotne w przypadku procedur związanych z ryzykiem powikłań, takich jak operacje i zabiegi chirurgiczne, a także niektóre zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne, np. przetaczanie krwi i jej składników. Procedury wymagające uzyskania pisemnej zgody powinny być zatwierdzone przez kierownika szpitala.

Zasady uzyskiwania zgody na procedury powinny być ujednolicone w całym szpitalu i stosowane.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej szpitala;
- 3) wywiad z personelem.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital określił procedury wymagające pisemnej zgody pacjenta i są one stosowane zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital określił procedury wymagające pisemnej zgody pacjenta, jednak nie są one zawsze stosowane zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie określił procedur wymagających pisemnej zgody pacjenta lub nie są one stosowane zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,25**

## PACJENCI WYRAŻAJĄ ŚWIADOMĄ ZGODĘ NA WYKONYWANE PROCEDURY.

### 1. Opis wymagań

Pacjenci uczestniczą w procesie wyboru postępowania medycznego. Podstawą świadomego wyrażenia zgody jest uzyskanie zrozumiałej informacji. Wyrażenie świadomej zgody warunkuje wykonanie określonego zabiegu lub procedury, z wyjątkiem sytuacji np. gdy pacjent jest nieprzytomny. Uzyskanie świadomej zgody wymaga autoryzacji pacjenta, lekarza uzyskującego zgodę i udzielającego wyjaśnień oraz udokumentowania daty pobrania zgody na zabieg.

Informacja na temat zabiegu lub procedury powinna dotyczyć:

- 1) proponowanego sposobu leczenia;
- 2) oczekiwanych korzyści;
- 3) ryzyka dla pacjenta;
- 4) skutków odległych;
- 5) alternatywnych sposobów postępowania;
- 6) skutków odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia czy diagnostyki.

Procedury wykonywane w znieczuleniu miejscowym powinny uwzględniać w treści zgód również aspekt związany ze znieczuleniem miejscowym.

Informacja powinna być przedstawiona prostym językiem, w sposób zrozumiały, zilustrowana graficznie, z ograniczoną ilością tekstu. Informacja graficzna powinna być wykorzystywana w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu i dotyczyć najczęściej wykonywanych zabiegów. Należy

zapewnić czas na zapoznanie się z informacjami na temat procedur. Szpital powinien określić zasady postępowania w przypadku braku możliwości uzyskania świadomej zgody pacjenta na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Odmowę lub brak możliwości uzyskania świadomej zgody należy odnotować w indywidualnej dokumentacji medycznej z podaniem daty i godziny.

Szpital powinien stosować „Wytyczne dla pracowników podmiotów leczniczych”<sup>1</sup> w zakresie świadomej zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

## 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonywane procedury zgodnie z wymogami standardu lub zawiera wyjaśnienie braku możliwości uzyskania zgody.
- 3 70%-89% dokumentacji medycznej zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonywane procedury zgodnie z wymogami standardu lub zawiera wyjaśnienie braku możliwości uzyskania zgody.
- 1 Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonywane procedury zgodnie z wymogami standardu lub zawiera wyjaśnienie braku możliwości uzyskania zgody.

**Waga standardu – 1**

### PP 3

## PACJENCI WYRAŻAJĄ ŚWIADOMĄ ZGODĘ NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

### 1. Opis wymagań

Pacjent powinien być poinformowany o ryzyku związanym z proponowanym rodzajem znieczulenia oraz alternatywnych sposobach postępowania; informacja o rodzajach i ryzykach znieczulenia powinna być pisemna.

Wyrażenie świadomej zgody wymaga autoryzacji pacjenta i lekarza anestezjologa udzielającego informacji i pobierającego zgodę na znieczulenie oraz udokumentowania daty pobrania zgody. Szpital ustala postępowanie, gdy uzyskanie świadomej zgody nie jest możliwe.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### 3. Ocena punktowa

- 5 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonanie określonego rodzaju znieczulenia zgodnie z wymogami standardu lub uzasadnienie braku możliwości uzyskania zgody.
- 1 Poniżej 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera świadomą zgodę pacjenta na wykonanie określonego rodzaju znieczulenia zgodnie z wymogami standardu lub uzasadnienie braku możliwości uzyskania zgody.

**Waga standardu – 1**

<sup>1</sup> <https://www.gov.pl/web/rpp/swiadoma-zgoda-pacjenta-na-swiadczenia-zdrowotne-wytyczne-dla-pracownikow-podmiotow-leczniczych>

## **PACJENCI WYRAŻAJĄ ŚWIADOMĄ ZGODĘ NA UDZIAŁ W EKSPERYMENCIE MEDYCZNYM (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Udział pacjenta w eksperymencie medycznym, zarówno eksperymencie leczniczym, jak i badawczym w rozumieniu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wymaga uzyskania świadomej zgody pacjenta. Pacjent 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 konsekwencji dla dalszej opieki. W historii choroby pacjenta włączonego do eksperymentu medycznego powinna znajdować się informacja lub wyjaśnienie na ten temat. W przypadku eksperymentu badawczego informacja o udziale pacjenta w nim powinna znajdować się co najmniej w historii choroby dotyczącej pierwszej hospitalizacji związanej z udziałem w badaniu klinicznym i powinna zawierać co najmniej:

- 1) potwierdzenie uzyskania świadomej, pisemnej zgody pacjenta na udział w eksperymencie medycznym;
- 2) imię, nazwisko i numer telefonu badacza;
- 3) dane kontaktowe do osoby powiadamianej w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub pojawienia się niepokojących pacjenta objawów.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji medycznej;
- 2) wywiad z personelem.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Pacjenci uczestniczący w eksperymencie medycznym wyrazili na to świadomą zgodę; historia choroby zawiera informacje o włączeniu pacjenta do eksperymentu badawczego lub poddaniu eksperymentowi leczniczemu.
- 1 Stwierdzono brak świadomej zgody lub nieprawidłowości przy jej uzyskiwaniu lub historia choroby nie zawiera informacji o włączeniu pacjenta do eksperymentu badawczego lub poddaniu eksperymentowi leczniczemu.

**Waga standardu – 1**

## **PACJENCI OTRZYMUJĄ PRZYSTĘPNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA.**

### **1. Opis wymagań**

Każdy chory ma prawo uzyskać przystępne informacje o stanie swojego zdrowia; planowanym postępowaniu diagnostycznym i leczniczym; rokowaniu zarówno w trakcie hospitalizacji jak i po wypisie. Tryb przekazania tych informacji zależy od zasad przyjętych w szpitalu, lecz informacja powinna być zrozumiała dla pacjenta i osób bliskich lub przedstawicieli ustawowych pacjenta. Pacjent ma możliwość łatwej identyfikacji osoby przekazującej informacje na temat stanu zdrowia. W uzasadnionych przypadkach ograniczenia choremu informacji o stanie zdrowia, należy dokonać stosownego wpisu w dokumentacji medycznej. Pacjent ma prawo wskazać osobę, której może być udzielana informacja o jego stanie zdrowia.

Pacjent ma prawo wglądu w prowadzoną dokumentację medyczną.

W przypadku:

- 1) utrudnionego dojazdu osób bliskich lub przedstawicieli ustawowych pacjenta do szpitala;
- 2) wprowadzenia ograniczenia lub wstrzymania odwiedzin ze względów epidemicznych

– należy określić sposób przekazywania informacji o stanie zdrowia osobom upoważnionym przez pacjenta również na odległość z wykorzystaniem indywidualnego hasła lub kodu.

Ocena standardu uwzględnia rezultaty badania opinii pacjentów: przynajmniej 85% pacjentów uczestniczących w badaniu powinno wyrazić pozytywną opinię o uzyskiwaniu informacji na temat stanu zdrowia.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) wyniki badania doświadczeń i opinii pacjentów;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z pacjentami.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Pacjenci otrzymują przystępne informacje o stanie zdrowia zgodnie z wymogami standardu, co potwierdzają także wyniki badania opinii i doświadczeń pacjentów.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania aby pacjenci otrzymywali przystępne informacje o stanie zdrowia (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych oraz co najmniej 70% pacjentów uczestniczących w badaniu wyraziło pozytywną opinię).
- 1 Pacjenci nie otrzymują przystępnych informacji o stanie zdrowia zgodnie z wymogami standardu i potwierdzają to wyniki badania opinii pacjentów.

## 4. Kamienie milowe

- 1) opracowano zasady przekazywania informacji pacjentowi o stanie jego zdrowia, planowanym postępowaniu diagnostycznym i leczniczym – procedura;
- 2) w procedurze uwzględniono elementy dostosowania języka komunikacji do możliwości poznawczych pacjenta;
- 3) w procedurze uwzględniono zasady weryfikacji zrozumienia informacji przez pacjenta, w tym potwierdzenie pisemne;
- 4) w procedurze uwzględniono zasady przekazywania informacji pacjentowi także po wypisie;
- 5) w procedurze uwzględniono zasady przekazywania informacji osobom bliskim lub przedstawicielom ustawowym pacjenta;
- 6) w szpitalu wdrożono zasady łatwej identyfikacji personelu szczególnie osób udzielających informacji;
- 7) w szpitalu wdrożono zasady łatwej identyfikacji przedstawicieli personelu, którzy ze względu na zakres sprawowanej opieki nad pacjentem są zobowiązani do udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta;
- 8) w szpitalu opracowano procedurę opisującą zasady dostępu pacjenta do dokumentacji medycznej;
- 9) w szpitalu gromadzone są zapisy potwierdzające wdrożenie tej procedury (przykłady wniosków o dostęp w różnych kontekstach i okresach);
- 10) w szpitalu funkcjonują zasady zdalnego dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta;
- 11) szpital prowadzi badania opinii pacjentów w zakresie opisywanym przez standard;
- 12) co najmniej 85% pacjentów uczestniczących w badaniu wyraża pozytywną opinię o uzyskiwaniu informacji na temat stanu zdrowia;
- 13) w szpitalu opracowano procedurę wskazującą na metody uwzględnienia pacjenta w procesie wyboru postępowania medycznego;
- 14) dokumentacja indywidualna pacjenta zawiera potwierdzenie, że pacjent uczestniczy w procesie wyboru postępowania medycznego – otrzymuje informacje o alternatywnych metodach postępowania;
- 15) dokumentacja indywidualna pacjenta zawiera potwierdzenie, że pacjent uczestniczy w procesie wyboru postępowania medycznego – podejmuje wspólnie z zespołem terapeutycznym decyzje o wyborze metod leczenia, w razie występowania metod równoważnych lub powiązanych z akceptacją wysokiego ryzyka.



Co najmniej 60% stanowi 9 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

**PP 6**

## **SZPITAL WDROŻYŁ PROCEDURY POWIADAMIANIA O POGORSZENIU STANU ZDROWIA PACJENTA.**

### **1. Opis wymagań**

Szpital powinien opracować i wdrożyć procedury powiadamiania osoby upoważnionej przez pacjenta lub osoby bliskiej, lub przedstawiciela ustawowego pacjenta, w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta wymagającej znacznej zmiany planu leczenia. Zasady powinny obejmować:

- 1) określenie osoby powiadamiającej;
- 2) ustalenie, gdy to jest możliwe, warunków powiadamiania dotyczących np. pory dnia i nocy, czasu dojazdu do szpitala.

Informacja o powiadomieniu osoby wskazanej przez pacjenta lub osoby bliskiej, lub przedstawiciela ustawowego pacjenta z podaniem daty i godziny powinna znajdować się w indywidualnej dokumentacji medycznej.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital wdrożył procedury powiadamiania o pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital opracował procedury powiadamiania o pogorszeniu stanu zdrowia i podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie opracował i nie wdrożył procedur powiadamiania o pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) w szpitalu opracowano procedurę powiadamiania przedstawiciela ustawowego osoby wskazanej przez pacjenta lub osoby bliskiej w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta wymagającej znacznej zmiany planu leczenia;
- 2) w procedurze określona jest osoba powiadamiająca, zobowiązana do dokonania takiego powiadomienia;
- 3) w procedurze wskazane jest uwzględnienie warunków powiadamiania dotyczących np. pory dnia i nocy, czasu dojazdu do szpitala;
- 4) w dokumentacji medycznej pacjenta znajdują się zapisy wskazujące na wdrożenie procedury w zakresie odnotowania specyficznych dla danego pacjenta warunków powiadamiania osób bliskich;
- 5) informacja o powiadomieniu przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskiej znajduje się w dokumentacji indywidualnej pacjenta;
- 6) informacja o powiadomieniu przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskiej znajduje się w dokumentacji indywidualnej pacjenta, z uwzględnieniem daty i godziny powiadomienia;

- 7) informacja o powiadomieniu przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskiej znajduje się w dokumentacji indywidualnej pacjenta, z uwzględnieniem daty i godziny powiadomień, w tym prób nieskutecznych.

Co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

## PP 7

# SZPITAL ZAPEWNI PACJENTOM MOŻLIWOŚĆ ODWIEDZIN.

## 1. Opis wymagań

Odwiedziny ułatwiają adaptację w środowisku szpitalnym, utrzymywanie kontaktów rodzinnych, z osobami bliskimi lub przedstawicielami ustawowymi pacjenta, społecznych i zawodowych oraz wspomagają dotychczas prowadzone aktywności. Szpital lub oddział szpitalny może wprowadzić ograniczenie lub wstrzymać odwiedziny w uzasadnionych sytuacjach, np. w przypadku zagrożenia epidemicznego. Zasady odwiedzin powinny, w miarę możliwości, uwzględniać prawo do zachowania prywatności pacjentów hospitalizowanych w salach wieloosobowych, co oznacza konieczność wyznaczenia miejsca odwiedzin w lokalizacjach innych niż sale chorych oraz potrzebę tworzenia takich możliwości w trakcie przebudowy czy remontu.

Należy określić szczegółowo zasady odwiedzin w oddziałach intensywnej terapii, salach pooperacyjnych, intensywnego nadzoru oraz zasady odwiedzin przez dzieci. Zasady odwiedzin powinny uwzględniać wymogi dotyczące zachowania osób odwiedzających, szczególnie gdy towarzyszą im dzieci czy osoby małoletnie. W sytuacji ograniczenia odwiedzin, szpital określa możliwość kontaktu z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, np. telefon, tablet.

Szpital określa zasady odwiedzin w szpitalu, w tym:

- 1) możliwość odwiedzin we wszystkie dni tygodnia z ustaleniem odwiedzin zarówno przed – jak i popołudniowych;
- 2) odrębną procedurę odwiedzin w przypadku ostatniego pożegnania;
- 3) określa jasne zasady porodów rodzinnych lub obecności osoby trzeciej w trakcie porodu.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z pacjentami lub osobami bliskimi lub przedstawicielami ustawowymi pacjenta;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapewnia pacjentom możliwość odwiedzin zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital zapewnia możliwość odwiedzin nie w pełni zgodnie z wymogami standardu: nie określa zasad odwiedzin i odwiedziny są możliwe tylko w salach chorych.
- 1 Ograniczenie możliwości odwiedzin wykracza poza wskazane w standardzie okoliczności.

**Waga standardu – 0,5**

## **SZPITAL ZAPEWNIĄ MOŻLIWOŚĆ UCZESTNICZENIA W PROCESIE OPIEKI OSOBOM BLISKIM LUB PRZEDSTAWICIELOM USTAWOWYM PACJENTA.**

### **1. Opis wymagań**

Szpital zapewnia możliwość obecności osób bliskich lub przedstawicieli ustawowych pacjenta, zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta, gdyż zwiększa to poczucie bezpieczeństwa chorego, ułatwia adaptację w odmiennym środowisku, pozwala na lepsze zaspokajanie potrzeb pacjenta w warunkach szpitalnych.

Włączenie osoby bliskiej lub przedstawiciela ustawowego pacjenta w sprawowanie opieki powinno być możliwie najszersze, lecz nieobciążające innych pacjentów. Oddziały szpitalne powinny określić zakres opieki, jaką może świadczyć osoba bliska czy przedstawiciel ustawowy pacjenta. Z konieczności zapewniania możliwości udziału w opiece osób bliskich lub przedstawicieli ustawowych wyłączone są oddziały intensywnej terapii i wzmożonego nadzoru.

Informacja o zasadach i zakresie opieki nad chorym powinna być dostępna w obszarach pobytu pacjentów i aktualizowana na stronie internetowej szpitala.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z pacjentami lub osobami bliskimi lub przedstawicielami ustawowymi pacjenta;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital zapewnia możliwość uczestniczenia w procesie opieki osobom bliskim lub przedstawicielom ustawowym pacjenta zgodnie z wymogami standardu i informacja na ten temat jest aktualna oraz dostępna na terenie oddziału oraz na stronie internetowej szpitala.
- 3 Szpital zapewnia możliwość uczestniczenia w procesie opieki nie w pełni zgodnie z wymogami standardu (60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia możliwości uczestniczenia w procesie opieki osobom bliskim lub przedstawicielom ustawowym pacjenta lub opracowane zasady nie są stosowane w pełnym zakresie lub informacja na ten temat nie jest dostępna dla pacjentów.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) w szpitalu opracowano zasady uczestnictwa przedstawiciela ustawowego lub osób bliskich w procesie opieki nad pacjentem;
- 2) zasady te są dostosowane do specyfiki poszczególnych oddziałów;
- 3) wykazane są konkretne czynności, które są możliwe do wykonywania przez przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskie;
- 4) wykazane są konkretne czynności, które są rekomendowane do wykonywania przez przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskie;
- 5) wykazane są konkretne czynności, które są zakazane do wykonywania przez przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskie;
- 6) zasady uczestnictwa przedstawiciela ustawowego lub osób bliskich w procesie opieki nad pacjentem dostępne są na oddziałach;
- 7) zasady uczestnictwa przedstawiciela ustawowego lub osób bliskich w procesie opieki nad pacjentem dostępne są na stronie internetowej szpitala;
- 8) zasady uczestnictwa przedstawiciela ustawowego lub osób bliskich w procesie opieki nad pacjentem są aktualizowane na stronie internetowej szpitala, np. w kontekście przejściowej sytuacji epidemiologicznej oddziału.

Co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,25**

## PP 9

### W SZPITALU DZIAŁA PEŁNOMOCNIK DO SPRAW PRAW PACJENTA.

#### 1. Opis wymagań

Kierownik szpitala powinien utworzyć stanowisko pełnomocnika do spraw praw pacjenta zgodnie z art. 40a ustawy o prawach pacjenta. Zaleca się, żeby pełnomocnik był upoważniony do samodzielnego działania w zakresie swoich kompetencji. Do zadań pełnomocnika należy aktywne wspieranie kierownika szpitala w realizacji obowiązku przestrzegania praw pacjenta.

Realizacja tego zadania powinna odbywać się m.in. przez: udział w rozpatrywaniu skarg pacjentów, analizę stwierdzonych nieprawidłowości dotyczących realizacji praw pacjenta oraz wdrożenie działań naprawczych, prowadzenie szkoleń z zakresu praw pacjenta dla osób zatrudnionych w podmiocie. Rzecznik Praw Pacjenta współpracuje z pełnomocnikami szpitali do spraw praw pacjenta.

#### 2. Sposób sprawdzenia

Kontrola dokumentacji szpitalnej pod kątem utworzenia stanowiska pełnomocnika ds. praw pacjenta oraz obecności kierowniczego pełnomocnictwa do samodzielnego działania w zakresie swoich kompetencji.

#### 3. Ocena punktowa

- 5 W podmiocie jest powołany pełnomocnik do spraw praw pacjenta – ma pełnomocnictwo kierownika podmiotu do rozwiązywania samodzielnie spraw z zakresu naruszeń praw pacjenta.
- 3 W podmiocie jest powołany pełnomocnik do spraw pacjenta – nie ma pełnomocnictwa kierownika podmiotu do rozwiązywania samodzielnie spraw z zakresu naruszeń praw pacjenta.
- 1 Szpital nie powołuje pełnomocnika do spraw praw pacjenta.

**Waga standardu – 0,25**

## PP 10

### SZPITAL ZAPEWNIĄ MOŻLIWOŚĆ POROZUMIEWANIA SIĘ Z PACJENTAMI Z TRUDNOŚCIAMI KOMUNIKACYJNYMI.

#### 1. Opis wymagań

Szpital powinien określić zasady porozumiewania się z pacjentami doświadczającymi problemów w porozumiewaniu się (np. obcojęzycznymi, niesłyszczącymi lub niedosłyszającymi, niemymi oraz pacjentami ze szczególnymi potrzebami, np. afazją) przez 24 godziny na dobę.

W każdym przypadku powinna istnieć możliwość porozumienia się z pacjentem w języku angielskim. W szpitalach zlokalizowanych na terenach przygranicznych, oczekiwana jest znajomość języka kraju sąsiadującego. Należy wskazać osoby znające języki obce i odpowiedzialne za tę komunikację. Informacja i dane kontaktowe z nazwiskami i numerami telefonów kontaktowych są dostępne w izbie przyjęć lub w szpitalnym oddziale ratunkowym. W trudnych przypadkach należy skorzystać z usług tłumacza. Szpital może rozważyć korzystanie z profesjonalnych elektronicznych translatorów, zawierających specjalistyczne słownictwo medyczne.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami z trudnościami komunikacyjnymi zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania, aby zapewnić możliwość porozumiewania się z pacjentami z trudnościami komunikacyjnymi (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia możliwości porozumiewania się z pacjentami z trudnościami komunikacyjnymi zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) w szpitalu opracowano zasady działania w razie potrzeby komunikacji z pacjentami doświadczającymi problemów w porozumiewaniu się – procedura;
- 2) procedura ta obejmuje komunikację z osobami obcojęzycznymi;
- 3) procedura ta obejmuje komunikację z osobami niesłyszącymi lub niedosłyszącymi;
- 4) procedura ta obejmuje komunikację z osobami niemymi;
- 5) procedura ta obejmuje komunikację z osobami ze szczególnymi potrzebami, np. afazją;
- 6) pomoc w zakresie opisanym przez procedurę dostępna jest 24 godziny na dobę;
- 7) komunikacja w języku angielskim możliwa jest w szpitalu w odniesieniu do każdego oddziału w dowolnym czasie;
- 8) w szpitalach położonych w rejonach przygranicznych dostępna jest komunikacja w języku kraju sąsiadującego;
- 9) w SOR lub IP szpitala dostępna jest lista osób komunikujących się w innych językach obcych wraz z ich numerami telefonów;
- 10) w szpitalu zdefiniowano zasady dostępności tłumacza, co jest udokumentowane;
- 11) szpital przeanalizował zasadność wdrożenia profesjonalnych translatorów ze słownictwem medycznym, co jest udokumentowane.

Co najmniej 60% stanowi 7 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

### PP 11

## OSOBY ZATRUDNIONE W SZPITALU ZNAJĄ PRAWA PACJENTA.

### 1. Opis wymagań

Wszyscy zatrudnieni w szpitalu, mający kontakt z chorymi, są zapoznani z prawami pacjenta. Tematyka ta powinna stanowić element regularnych szkoleń.

### 2. Sposób sprawdzenia

Przegląd rejestru odbytych szkoleń z zakresu praw pacjenta lub kontrola harmonogramu szkoleń osób zatrudnionych w szpitalu.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W 90%-100% dokumentacji jest informacja o realizacji szkoleń z zakresu praw pacjenta lub harmonogramie szkolenia danej osoby.

- 3 W 70%-89% dokumentacji jest informacja o realizacji szkoleń z zakresu praw pacjenta lub harmonogramie szkolenia danej osoby.
- 1 Poniżej 70% dokumentacji jest informacja o realizacji szkoleń z zakresu praw pacjenta lub harmonogramie szkolenia danej osoby.

**Waga standardu – 0,25**

## PP 12

# SZPITAL ZAPEWNIĄ MOŻLIWOŚĆ KORZYSTANIA Z OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ.

## 1. Opis wymagań

Szpital powinien zapewnić pacjentom możliwość realizacji potrzeb duchowych i religijnych zgodnie z art. 36-38 ustawy o prawach pacjenta, poprzez dostęp do opieki duszpasterskiej, niezależnie od ich wyznania, co najmniej wyznania dominującego na danym terenie oraz więcej niż dwóch mniejszości wyznaniowych.

Oznacza to ustalenie i aktualizację spisu telefonów kontaktowych duszpasterzy, znajdującego się w oddziałach szpitalnych oraz zapewnienie miejsca modlitewnego.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z pacjentami;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapewnia możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania aby zapewnić opiekę duszpasterską zgodnie z wymogami standardu (60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia możliwości korzystania z opieki duszpasterskiej zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) szpital zapewnia pacjentom dostęp do realizacji potrzeb duchowych i religijnych w zakresie 1 wyznania dominującego;
- 2) szpital zapewnia pacjentom dostęp do realizacji potrzeb duchowych i religijnych w zakresie 1 mniejszości wyznaniowej;
- 3) szpital zapewnia pacjentom dostęp do realizacji potrzeb duchowych i religijnych w zakresie 2 mniejszości wyznaniowych;
- 4) szpital zapewnia miejsce modlitewne.

Co najmniej 60% stanowią 3 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,25**

## **SZPITAL ZAPEWNIĄ MOŻLIWOŚĆ KORZYSTANIA Z OPIEKI DUCHOWEJ (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Opieka duchowa obejmuje realizację potrzeb egzystencjalnych, takich jak poszukiwanie sensu życia i śmierci, życie nadzieją, uszanowanie godności, realizację wartości ważnych dla chorego. Szpital powinien zadbać o wzmacnianie sfery duchowej pacjentów, zwłaszcza osób będących w zaawansowanym stadium choroby lub w stanie terminalnym oraz ich bliskich poprzez wdrożenie działań ukierunkowanych na sferę duchową, które obejmują:

- 1) rozpoznanie potrzeb duchowych pacjentów,
- 2) realizację potrzeb duchowych, w tym:
  - a) minimalizowanie cierpienia duchowego osób u kresu życia, poprzez realizowanie potrzeb wynikających z ich osobistej wrażliwości, np. umożliwienie kontaktu z osobą bliską lub przedstawicielem ustawowym pacjenta, sztuką, muzyką, czy – w miarę możliwości – zwierzęciem towarzyszącym,
  - b) oferowanie wsparcia dla rodziny w żałobie po śmierci chorego,
  - c) prowadzenie edukacji personelu w zakresie rozpoznawania potrzeb duchowych oraz podstawowej opieki duchowej.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z pacjentami lub osobami bliskimi lub przedstawicielami ustawowymi pacjenta;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital wdrożył działania ukierunkowane na opiekę duchową.
- 1 Szpital nie wdrożył działań ukierunkowanych na opiekę duchową.

**Waga standardu – 0,25**

# OCENA STANU ZDROWIA





## OCENA STANU ZDROWIA (OS)

<b>OS 1</b>	Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera:
<b>OS 1.1</b>	opis badania pacjenta, dokonanego bezpośrednio po przyjęciu do szpitala,
<b>OS 1.2</b>	wyniki badania podmiotowego,
<b>OS 1.3</b>	ocenę stanu psychicznego pacjenta,
<b>OS 1.4</b>	ocenę stanu społecznego pacjenta,
<b>OS 1.5</b>	wyniki badania przedmiotowego,
<b>OS 1.6</b>	ocenę potrzeb opieki pielęgniarstwa,
<b>OS 1.7</b>	ocenę stanu odżywienia,
<b>OS 1.8</b>	rozpoznanie wstępne,
<b>OS 1.9</b>	określenie lekarza odpowiedzialnego za indywidualną opiekę nad pacjentem (standard obligatoryjny).
<b>OS 1.10</b>	codzienną ocenę lekarską (standard obligatoryjny).
<b>OS 1.11</b>	dyżurowe oceny pielęgniarstwa,
<b>OS 1.12</b>	regularna ocena członków zespołu terapeutycznego,
<b>OS 1.13</b>	rozpoznanie końcowe,
<b>OS 1.14</b>	epikryzę,
<b>OS 1.15</b>	zalecenia końcowe,
<b>OS 1.16</b>	kartę informacyjną wydawaną pacjentowi przy wypisie.

# OCENA STANU ZDROWIA

Stan zdrowia pacjenta i wynikające z tego potrzeby zdrowotne powinny zostać ocenione bezpośrednio po przyjęciu do szpitala, a u pacjentów poddanych już ocenie i wstępnej kwalifikacji do planowego zabiegu w ambulatorium szpitalnym, powinny podlegać ewaluacji. Ocena stanu zdrowia pacjenta powinna być kompleksowa, tak by stanowiła podstawę planu opieki, obejmującego działania diagnostyczne, terapeutyczne, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne. Ocena stanu pacjenta powinna być oceną zespołową i dotyczyć wszystkich pacjentów. Należy formalnie określić minimalny zestaw informacji niezbędnych do oceny stanu pacjenta przy przyjęciu do szpitala uzyskanych podczas:

- 1) wywiadu lekarskiego (badania podmiotowego);
- 2) badania fizykalnego (badania przedmiotowego),
- 3) badań dodatkowych, wykonanych przed lub po przyjęciu pacjenta do szpitala;
- 4) oceny ciężkości stanu ogólnego pacjenta;
- 5) danych i informacji uzyskanych od osób bliskich lub przedstawicieli ustawowych pacjenta.

Szpital określa zakres standardowej oceny stanu pacjenta w zależności od rodzaju schorzenia lub problemów zdrowotnych. Ocena końcowa stanu zdrowia obejmuje rozpoznania, epikryzę, zalecenia końcowe i umożliwia kontynuację opieki.

**Standardy OS1 – OS1.16 są oceniane na podstawie przeglądu zamkniętej, archiwalnej dokumentacji medycznej hospitalizowanych pacjentów.**

## OS1

## DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA:

### OS 1.1

## OPIS BADAŃ PACJENTA, DOKONANEGO BEZPOŚREDNIO PO PRZYJĘCIU DO SZPITALA,

### 1. Opis wymagań

Badanie pacjenta powinno być dokonane bezpośrednio po przyjęciu do szpitala i udokumentowane z uwzględnieniem godziny badania. Gdy nie można zebrać wywiadu – co powinno zostać odnotowane w historii choroby – konieczne informacje powinny być uzyskane od pacjenta lub innych osób możliwie jak najszybciej.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera opis badania przeprowadzonego bezpośrednio po przyjęciu do szpitala.
- 3 70%-89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera opis badania przeprowadzonego bezpośrednio po przyjęciu do szpitala.
- 1 Poniżej 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera opis badania przeprowadzonego bezpośrednio po przyjęciu do szpitala.

**Waga standardu – 0,75**

### 1. Opis wymagań

Należy określić minimalny zestaw informacji i danych, które powinny być uwzględnione w rutynowym badaniu podmiotowym. Zakres wywiadu lekarskiego w poszczególnych oddziałach uwzględnia ich specyfikę i może być zróżnicowany, jednak powinien uwzględniać holistyczne podejście do pacjenta. Minimalny zestaw informacji, zawartych w rutynowym wywiadzie obejmuje:

- 1) powód przyjęcia;
- 2) główne dolegliwości, w tym ocena dolegliwości bólowych wg stosowanej metody oceny bólu, np. skala VAS lub skala NRS;
- 3) inne dolegliwości;
- 4) przebieg dotychczasowego leczenia;
- 5) stosowane leki;
- 6) uczulenia i idiosynkrazje;
- 7) przebyte choroby, operacje i zabiegi;
- 8) używki;
- 9) wywiad rodzinny i środowiskowy.

Brak możliwości zebrania danych powinien być odnotowany w historii choroby. Wywiad może być skrócony w momencie przyjmowania pacjenta w stanie zagrożenia życia i wówczas dotyczy najistotniejszych informacji medycznych; wywiad uzupełniany jest po ustabilizowaniu stanu pacjenta. W sytuacji, gdy hospitalizacja stanowi etap długookresowej terapii, szpital powinien określić zakres informacji i danych wywiadu dla kolejnych hospitalizacji. Gdy dokumentacja medyczna jest prowadzona w formie elektronicznej, szpital może zastosować skrócony schemat wywiadu przy przenoszeniu pacjentów pomiędzy oddziałami.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wyniki badania podmiotowego zgodnie z wymogami standardu.
- 3 70%-89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wyniki badania podmiotowego zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wyniki badania podmiotowego zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 1**

### 1. Opis wymagań

Stan psychiczny pacjenta ma istotny wpływ na skuteczność i powodzenie leczenia. Lekarz powinien poddać ocenie:

- 1) orientację pacjenta co do czasu, miejsca i osób, własnego stanu zdrowia;
- 2) zdolność współpracy z personelem;

- 3) objawy lęku, stresu, pobudzenia, halucynacji;
- 4) objawy depresji.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

## 3. Ocena punktowa

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

**Waga standardu – 0,5**

### OS 1.4

## OCENĘ STANU SPOŁECZNEGO PACJENTA,

### 1. Opis wymagań

Ocena stanu społecznego pacjenta jest pomocna w planowaniu postępowania okołowypisowego i zapewnieniu ciągłości opieki w środowisku pozaszpitalnym. Powinna obejmować informacje na temat warunków bytowych oraz możliwości opiekuńczo-pielęgniacyjnych w zakresie:

- 1) przyjmowania zleconych leków;
- 2) przestrzegania zaleceń terapeutycznych;
- 3) zdolności do podejmowania codziennych aktywności.

Istotnym elementem oceny stanu społecznego jest określenie ewentualnej konieczności korzystania z opieki formalnej czy instytucjonalnej i ubiegania się o pomoc ze strony pomocy społecznej.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu społecznego zgodnie z wymogami standardu.
- 3 70%-89% dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu społecznego zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu społecznego zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

**1. Opis wymagań**

Należy określić zakres rutynowego badania przedmiotowego. Zakres badania fizykalnego w poszczególnych oddziałach uwzględnia ich specyfikę i może być zróżnicowany.

Zalecane badanie ogólnolekarskie zawiera:

- 1) pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocenę tętna;
- 2) osłuchanie serca, płuc;
- 3) badanie palpacyjne brzucha;
- 4) badanie palpacyjne węzłów chłonnych;
- 5) podstawowe badanie neurologiczne;
- 6) ocenę stanu skóry.

Dla pacjentów poddawanych terapii przewlekłej i hospitalizowanych cyklicznie, zakres badania przedmiotowego przy kolejnych przyjęciach oraz zakres badania pacjentów przyjmowanych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia może zostać ograniczony, a szpital powinien określić zakres badania.

**2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

**3. Ocena punktowa**

- 5 100% dokumentacji medycznej zawiera wyniki badania przedmiotowego zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 100% dokumentacji medycznej zawiera wyniki badania przedmiotowego zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 1**

**1. Opis wymagań**

Ocena stopnia niepełnosprawności i potrzeb pielęgnacyjnych pacjenta jest niezbędna dla prowadzenia zindywidualizowanej opieki pielęgniarskiej. Szpital określa minimalny zestaw danych, które powinny być uwzględnione w ocenie stanu pacjenta pod kątem jego potrzeb dotyczących pielęgnacji. Przyjęte zestawy danych mogą mieć charakter klasyfikowania pacjenta do odpowiedniej kategorii pod względem potrzeb pielęgnacyjnych.

Z uwagi na zróżnicowany zakres udzielanych świadczeń, wybrane oddziały, przykładowo geriatryczne, pediatryczne, psychiatryczne, pulmonologiczne, ginekologiczno-położnicze, rehabilitacyjne powinny do oceny stanu pacjenta stosować adekwatne skale, zgodnie ze specyfiką leczonych chorych.

**2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera ocenę pielęgniarską zgodnie z wymogami standardu.
- 3 70%-89% dokumentacji medycznej zawiera ocenę pielęgniarską zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera ocenę pielęgniarską zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

#### OS 1.7

### OCENĘ STANU ODŻYWIENIA,

#### 1. Opis wymagań

Ocena stanu odżywienia jest pomocna w określeniu terapii żywieniowej, specjalnej diety lub ewentualnego ryzyka niedożywienia czy otyłości. Pacjenci powinni być też oceniani pod względem potrzeb żywieniowych, co jest dokumentowane w historii choroby. Ocena stanu odżywienia osób dorosłych obejmuje przynajmniej pomiar:

- 1) wzrostu,
  - 2) masy ciała,
  - 3) BMI (ang. Body Mass Index)
- oraz zawiera
- 4) wywiad dotyczący przyrostu lub utraty masy ciała w ostatnich miesiącach.

Ocena stanu odżywienia u dzieci wymaga zastosowania siatki centylowej.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

#### 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu odżywienia zgodnie z wymogami standardu.
- 3 70%-89% dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu odżywienia zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu odżywienia zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

#### OS 1.8

### ROZPOZNANIE WSTĘPNE,

#### 1. Opis wymagań

Rozpoznanie wstępne opiera się na krytycznej analizie danych zebranych na początkowym etapie hospitalizacji. Stanowi ono podstawę dla formułowania planu opieki.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

## 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie wstępne zgodnie z wymogami standardu.
- 3 70%-89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie wstępne zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie wstępne zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,25**

### OS 1.9

## OKREŚLENIE LEKARZA ODPOWIEDZIALNEGO ZA INDYWIDUALNĄ OPIEKĘ NAD PACJENTEM (STANDARD OBLIGATORYJNY),

### 1. Opis wymagań

Lekarz odpowiedzialny za opiekę nad pacjentem (lekarz prowadzący) koordynuje proces diagnostyki i leczenia. Lekarzem prowadzącym może być ordynator lub kierujący oddziałem, bądź wskazany przez niego lekarz o odpowiednim doświadczeniu. Imię i nazwisko lekarza prowadzącego powinny być określone w indywidualnej dokumentacji medycznej.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

## 3. Ocena punktowa

- 5 100% dokumentacji medycznej zawiera zapis określający lekarza odpowiedzialnego za indywidualną opiekę nad pacjentem.
- 1 Poniżej 100% dokumentacji medycznej zawiera zapis określający lekarza odpowiedzialnego za indywidualną opiekę nad pacjentem.

**Waga standardu – 0,75**

### OS 1.10

## CODZIENNĄ OCENĘ LEKARSKĄ (STANDARD OBLIGATORYJNY),

### 1. Opis wymagań

W celu bieżącego rejestrowania stanu zdrowia pacjenta ocena przebiegu hospitalizacji musi być dokonywana codziennie. Dopuszczalne jest, aby zapisu oceny stanu pacjenta w dni wolne od pracy i dni świąteczne, z uwagi na obsadę dyżurową, dokonywał lekarz w pierwszym dniu roboczym, odnosząc się do informacji przekazanych przez zespół obejmujący opieką pacjentów w okresie dyżurowym. Niemniej jednak, wszelkie istotne epizody zdrowotne w okresie dyżurowym dokumentuje lekarz dyżurny w historii choroby.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

## 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera codzienne oceny lekarskie.
- 1 Poniżej 90% dokumentacji medycznej zawiera codzienne oceny lekarskie.

**Waga standardu – 0,75**

### OS 1.11

## DYŻUROWE OCENY PIELĘGNIARSKIE,

### 1. Opis wymagań

Ocena pielęgniarska obejmuje każdego pacjenta; powinna być przeprowadzona podczas dyżuru i dotyczyć istotnych zmian stanu zdrowia pacjenta w oparciu o bieżące monitorowanie parametrów życiowych co najmniej w zakresie pomiaru:

- 1) temperatury,
- 2) tętna,
- 3) ciśnienia tętniczego,
- 4) częstość oddechów,
- 5) diurezy,
- 6) bólu,
- 7) świadomości

– prowadzonych przynajmniej 2 razy w ciągu doby.

Obserwacje pielęgniarskie zawierają także informacje na temat np.: resuscytacji, stosowania przymusu bezpośredniego, przetaczania krwi i jej składników, leczenia żywieniowego, nagłego pogorszenia stanu zdrowia, modyfikacji planu opieki.

Istotne jest przekazanie zaleceń dla zespołu przejmującego opiekę nad pacjentem.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

## 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera oceny pielęgniarskie zgodnie z wymogami standardu.
- 3 70%-89% dokumentacji medycznej zawiera oceny pielęgniarskie zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera oceny pielęgniarskie zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**



## REGULARNA OCENA CZŁONKÓW ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO,

### 1. Opis wymagań

Regularna i adekwatna do potrzeb ocena pozostałych członków zespołu terapeutycznego jest kluczowym elementem w monitorowaniu postępów pacjenta, dostosowywaniu planu terapii i zapewnianiu odpowiedniej opieki. Regularna ocena umożliwia reagowanie na zmiany w stanie pacjenta i optymalizację działań terapeutycznych.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera ocenę innych członków zespołu terapeutycznego zgodnie z potrzebami zdefiniowanymi w planie opieki zgodnie z wymogami standardu.
- 3 70%-89% dokumentacji medycznej zawiera ocenę innych członków zespołu terapeutycznego zgodnie z potrzebami zdefiniowanymi w planie opieki zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera ocenę innych członków zespołu terapeutycznego zgodnie z potrzebami zdefiniowanymi w planie opieki zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

## ROZPOZNANIE KOŃCOWE,

### 1. Opis wymagań

Rozpoznanie jest wynikiem tzw. procesu diagnostycznego, którego celem jest nie tylko identyfikacja określonej jednostki chorobowej (diagnoza nozologiczna), lecz pełna diagnoza medyczna stanu chorego, obejmująca także określenie przyczyny zaburzeń, ich stopnia nasilenia, zaawansowania lub fazy procesu chorobowego oraz przewidywanych następstw.

Rozpoznanie określa problemy zdrowotne; powinno uwzględniać stopień nasilenia lub zaawansowania choroby, o ile to możliwe w adekwatnej skali klinicznej.

Rozpoznanie wypisane jest do dokumentacji medycznej przez podanie nazwy i numeru statystycznego rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (ICD-10).

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie zgodnie z wymogami standardu.
- 3 70%-89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

## **1. Opis wymagań**

Epikryza jest krytycznym i syntetycznym podsumowaniem postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w przebiegu hospitalizacji. Obejmuje zwięzłą prezentację danych z:

- 1) wywiadu lekarskiego (badania podmiotowego);
- 2) badania fizykalnego (badania przedmiotowego);
- 3) badań dodatkowych;
- 4) zastosowanego leczenia z uwzględnieniem uzyskanych wyników.

Epikryza powinna być sporządzona w dniu wypisu pacjenta/przeniesienia na inny oddział.

## **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

## **3. Ocena punktowa**

- |          |   |
|----------|---|
| <b>5</b> | 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera epikryzę sporządzoną zgodnie z wymogami standardu.    |
| <b>3</b> | 70%-89% dokumentacji medycznej zawiera epikryzę sporządzoną zgodnie z wymogami standardu.     |
| <b>1</b> | Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera epikryzę sporządzoną zgodnie z wymogami standardu. |

**Waga standardu – 0,5**

## **1. Opis wymagań**

Zalecenia dotyczące postępowania po wypisie powinny być sformułowane adekwatnie do potrzeb zdrowotnych i skierowane do pacjenta oraz lekarza przejmującego opiekę nad pacjentem. Zalecenia powinny dotyczyć:

- 1) leczenia farmakologicznego z uwzględnieniem dawkowania leków i czasu zalecanej farmakoterapii;
- 2) zaleceń dotyczących innych form terapii, jak np. rehabilitacji, leczenia fizjoterapeutycznego, sanatoryjnego;
- 3) dalszego postępowania medycznego, np. kontrolnych badań lekarskich lub diagnostycznych;
- 4) zaleceń w zakresie powrotu do zajęć i aktywności, takich jak: praca, kierowanie pojazdem itp.;
- 5) modyfikacji stylu życia, np. zalecenia dietetyczne, zaprzestanie stosowania używek, podjęcie regularnego wysiłku fizycznego itp.;
- 6) wskazania terminu wizyty kontrolnej lub podania danych kontaktowych do innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub jednostki pomocy społecznej;
- 7) w przypadku pacjentów operowanych – pielęgnowania miejsca operowanego, terminu zdjęcia szwów, dalszych wizyt kontrolnych, ograniczeń wynikających z rodzaju przebytego zabiegu operacyjnego, rehabilitacji, informacji o terminie i miejscu odbioru wyników badań.

## **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera zalecenia końcowe zgodnie z wymogami standardu.
- 3 70%-89% dokumentacji medycznej zawiera zalecenia końcowe zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera zalecenia końcowe zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

**OS 1.16**

## **KARTĘ INFORMACYJNĄ WYDAWANĄ PACJENTOWI PRZY WYPISIE.**

### 1. Opis wymagań

Karta informacyjna powinna zawierać epikryzę oraz przynajmniej informacje o:

- 1) przyczynie hospitalizacji;
- 2) rozpoznaniu końcowym;
- 3) wynikach badań, w tym wynikach badań przekazywanych na nośnikach elektronicznych
- 4) zastosowanym leczeniu, w tym stosowanych lekach, materiałach i wykonanych zabiegach, oraz przetoczeniu krwi i jej składników;
- 5) uzyskanych lub nieuzyskanych efektach leczenia;
- 6) zaleceniach dla pacjenta i sugestiach dla lekarza przejmującego opiekę nad pacjentem po wypisie ze szpitala;
- 7) informacje dotyczące dalszego sposobu leczenia, rehabilitacji, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia oraz terminy planowanych konsultacji, o ile zostały ustalone;
- 8) uzyskaniu odpowiedniej pomocy w razie pogorszenia stanu zdrowia po wypisie, z podaniem miejsca, do którego pacjent może się zgłosić, dostępie do badania doświadczeń i opinii pacjenta.

Informacje te są przedstawione pacjentowi przez lekarza.

Historia choroby zawiera potwierdzenie, że pacjent otrzymał kartę informacyjną przy wypisie.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera kartę informacyjną zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 90% dokumentacji medycznej zawiera kartę informacyjną zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,25**

# LABORATORIUM



# LABORATORIUM

<b>LA 1</b>	Szpital posiada listę wykonywanych badań laboratoryjnych.
<b>LA 2</b>	Szpital wdrożył procedury postępowania z materiałem do badań.
<b>LA 2.1</b>	Szpital wdrożył procedury pobierania i transportu materiału do badań (standard obligatoryjny).
<b>LA 2.2</b>	Szpital wdrożył procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań.
<b>LA 3</b>	Laboratorium dba o jakość współpracy z oddziałami szpitalnymi.
<b>LA 3.1</b>	Zlecający otrzymuje wyniki badań bez zbędnej zwłoki.
<b>LA 3.2</b>	Sprawozdania z badania laboratoryjnego zawierają informacje istotne dla procesu opieki nad pacjentem.
<b>LA 4</b>	Szpital zapewnia jakość badań wykonywanych w miejscu opieki nad pacjentem (standard może być wyłączony).
<b>LA 5</b>	Laboratorium prowadzi kontrolę jakości wykonywanych badań.
<b>LA 5.1</b>	Szpital zapobiega błędom przedlaboratoryjnym.

# LABORATORIUM

Poprawność wyników badań wykonywanych w medycznych laboratoriach diagnostycznych i ich dostępność we właściwym czasie jest czynnikiem wpływającym na skuteczność i bezpieczeństwo opieki sprawowanej nad pacjentem. Wiarygodność wyników tych badań jest kluczowym elementem poprawnej diagnozy, oceny stanu pacjenta i stanowi podstawę do wyboru lub modyfikacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Wprowadzenie mechanizmów kontroli procesu uzyskiwania wyników badań i ich udostępnianie odbiorcom, a także właściwy nadzór nad każdym z etapów fazy laboratoryjnej, sprzyjają osiągnięciu usług laboratoryjnych wysokiej jakości.

Laboratorium zewnętrzne, które wykonuje badania zlecane przez szpital, musi spełniać wymagania standardów akredytacyjnych z działu: Laboratorium i dostarczyć szpitalowi dane potwierdzające jakość wykonywanych badań. Szpital zapewnia możliwość oceny w miejscu świadczenia usługi.

## LA 1

### SZPITAL POSIADA LISTĘ WYKONYWANYCH BADAŃ LABORATORYJNYCH.

#### 1. Opis wymagań

W szpitalu opracowano listę dostępnych lub wykonywanych badań laboratoryjnych ze wskazaniem, które laboratorium – wewnętrzne lub zewnętrzne – wykonuje poszczególne badanie. Laboratorium wewnętrzne, jak i regularnie współpracujące z podmiotem laboratorium lub laboratoria zewnętrzne opracowały, stosują i przekazały szpitalowi:

- 1) listę badań wykonywanych w laboratorium, która uwzględnia:
  - a) nazewnictwo badań zgodne z aktualnym stanem wiedzy;
  - b) tryb zlecenia i wykonywania badania;
  - c) metodę wykonywania badania (metoda analityczna);
  - d) czas oczekiwania na wynik badania TAT uwzględniający potrzeby zlecniodawcy i uzgodniony ze zlecniodawcą;
  - e) sposób przekazywania zlecniodawcy wyników badań;
  - f) formularz raportu z wyników badań laboratoryjnych;
  - g) niepewność pomiaru / wyniku badania / poziomu błędów;
  - h) przedział wartości referencyjnych z uwzględnieniem różnic wynikających z podziału na wiek, płeć pacjenta;
  - i) istotne dane które mogą interferować w wynik badania.

Lista badań wykonywanych w szpitalu powinna być regularnie aktualizowana.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

#### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital posiada listę wykonywanych badań laboratoryjnych zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie posiada listy wykonywanych badań laboratoryjnych zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,25**

## **SZPITAL WDROŻYŁ PROCEDURY POSTĘPOWANIA Z MATERIAŁEM DO BADAŃ.**

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

### **SZPITAL WDROŻYŁ PROCEDURY POBIERANIA I TRANSPORTU MATERIAŁU DO BADAŃ (STANDARD OBLIGATORYJNY).**

#### **1. Opis wymagań**

W miejscach zlecania badań i pobierania materiału pełna informacja dotyczy:

- 1) zasad i sposobu przygotowania pacjenta do badań;
- 2) sposobu pobierania materiału do badań;
- 3) postępowania z pobranym materiałem: oznakowania, rejestrowania, przechowywania.

W przypadku badań wymagających specjalnego przygotowania, pacjent otrzymuje informację, na czym polega pobranie materiału do badania oraz w jaki sposób należy się do niego przygotować. W przypadku badań genetycznych jest konieczne uzyskanie świadomej zgody pacjenta na badania. Szpital posiada instrukcje dotyczące transportu pobranych materiałów, z uwzględnieniem lokalizacji miejsca pobrania i laboratorium.

Instrukcje obejmują m.in.:

- 1) sposób zlecania badań laboratoryjnych i ich ewentualne uzupełnienie;
  - 2) zasady przygotowania pacjenta do badania;
  - 3) sposoby pobierania materiału do badań, uwzględniające wykaz używanych w tym celu pojemników i rodzajów materiału, stosowanie systemów zamkniętych, kolejność pobierania próbek i sposób ich oznakowania w celu ich jednoznacznej identyfikacji;
  - 4) postępowanie z materiałem od pobrania do przekazania do laboratorium, uwzględniające co najmniej:
    - a) dopuszczalną temperaturę przechowywania,
    - b) czas w jakim materiał winien dotrzeć do laboratorium;
  - 5) dopuszczalny czas przechowywania materiału;
  - 6) warunki transportu ze wskazaniem właściwych pojemników transportowych, statywów do transportu w pozycji pionowej, czasu i temperatury transportu;
  - 7) sposób dokumentowania, uwzględniający czasy dla poszczególnych etapów:
    - a) pobrania,
    - b) przekazania do transportu,
    - c) dostarczenia materiału do laboratorium;
  - 8) uzyskiwania dodatkowych wyjaśnień z laboratorium – sposób kontaktu.
- Personel jest szkolony w zakresie umiejętności pobierania materiału do badań.

#### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

#### **3. Ocena punktowa**

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

- 1 W szpitalu nie wdrożono procedur pobierania i transportowania materiału do badań zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

## LA 2.2

### SZPITAL WDROŻYŁ PROCEDURY PRZYJMOWANIA I PRZECHOWYWANIA MATERIAŁU DO BADAŃ.

#### 1. Opis wymagań

Szpital posiada opracowaną przez laboratorium procedurę przyjmowania, rejestrowania, opracowania, oznakowania i przechowywania materiałów do badań oraz archiwizacji próbek po ich wykonaniu.

W procedurze został opisany sposób powiadamiania zleceniodawcy o braku możliwości wykonania badania i postępowania w takiej sytuacji.

Zasady te okresowo, nie rzadziej niż raz w roku są oceniane i w razie potrzeby modyfikowane.

Gdy badania wykonuje laboratorium zewnętrzne, opracowuje ono we współpracy ze szpitalem zasady przechowywania materiału przed przekazaniem.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

#### 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu wdrożono procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań zgodnie z wymogami standardu.

- 1 W szpitalu nie wdrożono procedur przyjmowania i przechowywania materiału do badań zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,25**

## LA 3

### LABORATORIUM DBA O JAKOŚĆ WSPÓŁPRACY Z ODDZIAŁAMI SZPITALNYMI.

Wyniki badań laboratoryjnych powinny możliwie szybko trafiać do zlecającego w formie ułatwiającej interpretację wyniku. W sytuacjach, gdy wyniki wskazują wartości krytyczne i zagrożenie dla stanu zdrowia pacjenta, informacja ta natychmiast i bez zniekształceń powinna docierać do lekarza zlecającego badanie lub innego klinicysty z oddziału, z którego zlecono badanie.

## LA 3.1

### ZLECAJĄCY OTRZYMUJE WYNIKI BADAŃ BEZ ZBĘDNEJ ZWŁOKI.

#### 1. Opis wymagań

Wyniki badania laboratoryjnego stanowią istotną przesłankę przy podejmowaniu decyzji klinicznych. Niejednokrotnie szybkość postępowania diagnostycznego ma wpływ na skuteczność leczenia. Dlatego wyniki oznaczeń powinny możliwie szybko trafiać do zlecającego. Laboratorium



dba o dostarczenie wyniku w sposób zwiększający szansę, iż zlecający zostanie skutecznie poinformowany. Wskazane jest niezależne:

- 1) przesyłanie wyniku do historii choroby pacjenta – elektronicznego rekordu pacjenta;
- 2) powiadomienie zlecającego w najbardziej skutecznej formie;
- 3) powiadomienie lekarza o wyniku badania wskazującego na przekroczenie wartości krytycznych lub zagrożenie zdrowia.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej;
- 2) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Z chwilą uzyskania przez laboratorium wyniku badania wskazującego na przekroczenie wartości krytycznych lub zagrożenie zdrowia zlecający otrzymuje powiadomienie o wyniku badania; niezależnie od tego wyniki są automatycznie transmitowane do historii choroby pacjenta.
- 3 Z chwilą uzyskania przez laboratorium wyniku badania wskazującego na przekroczenie wartości krytycznych lub zagrożenie zdrowia zlecający otrzymuje powiadomienie o wyniku badania; wynik badania nie jest automatycznie transmitowany do historii choroby pacjenta.
- 1 Z chwilą uzyskania przez laboratorium wyniku badania jest on dostępny na stronie laboratorium.

**Waga standardu – 0,75**

### LA 3.2

## **SPRAWOZDANIA Z BADANIA LABORATORYJNEGO ZAWIERAJĄ INFORMACJE ISTOTNE DLA PROCESU OPIEKI NAD PACJENTEM.**

## 1. Opis wymagań

Wynik badania laboratoryjnego powinien zawierać wszystkie informacje jakie są wymagane dla sprawozdań z badań laboratoryjnych, z uwzględnieniem ich specyfiki (obszaru medycyny laboratoryjnej).

Wynik badania laboratoryjnego powinien zawierać nie tylko wartość uzyskanego oznaczenia, ale także przedział wartości referencyjnych: prawidłowych, decyzyjnych lub pożądanych oraz graficzne ostrzeżenie o przekroczeniu wartości prawidłowych, tzw. flagowanie.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Sprawozdania z badania laboratoryjnego spełniają wymogi opisane w standardach jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych.
- 1 Sprawozdania z badania laboratoryjnego nie spełniają wymogów opisanych w standardach jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych.

**Waga standardu – 0,25**

## **SZPITAL ZAPEWNI JAKOŚĆ BADAŃ WYKONYWANYCH W MIEJSCU OPIEKI NAD PACJENTEM (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Badania POCT (point-of-care testing), w tym pilne, wykonywane w miejscu opieki nad pacjentem lub w pobliżu tego miejsca, dzięki łatwości i szybkości uzyskania wyniku stanowią istotną składową procesu diagnostycznego.

W szpitalu określono wykonywane badania POCT, ich metodykę i sprzęt, materiały zużywalne, odczynniki, kalibratory i materiały kontrolne.

Szpital opracowuje zasady wykonywania badań POCT, które obejmują:

- 1) sposób zatwierdzenia przez osobę wykonującą badanie;
- 2) codzienne potwierdzenie prawidłowości procesu diagnostycznego POCT;
- 3) sposób przekazywania zleceniodawcy wyników badań;
- 4) prowadzenie dokumentacji i jej archiwizację;
- 5) sposób zapisu wyników badań POCT w dokumentacji medycznej;
- 6) formularz raportu z wyników badań laboratoryjnych;
- 7) walidację metod badawczych;
- 8) udokumentowaną kontrolę jakości badań POCT;
- 9) serwisowanie sprzętu służącego do badań POCT;
- 10) listę osób uprawnionych do wykonywania określonych badań w trybie POCT;
- 11) szkolenie i kontrolę umiejętności personelu wykonującego badania POCT, potwierdzone odpowiednimi zapisami.

Szpital powołał zespół ds. POCT.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital zapewnia jakość badań POCT, porównywalną z badaniami wykonywanymi w laboratorium zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia jakości badań POCT, porównywalnej z badaniami wykonywanymi w laboratorium zgodnie z wymogami standardu.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) w szpitalu wykonywane są badania POCT;
- 2) w szpitalu powołano i funkcjonuje zespół ds. POCT;
- 3) badania POCT wykonywane są na IP/SOR;
- 4) badania POCT wykonywane są w obrębie oddziałów intensywnych;
- 5) w szpitalu określono zakres wykonywanych badań POCT;
- 6) zakres wykonywanych badań POCT jest aktualizowany;
- 7) w szpitalu prowadzony jest nadzór nad sprzętem wykorzystywanym do badań POCT (nadzorem objęte są materiały zużywalne, odczynniki, kalibratory i materiały kontrolne);
- 8) opracowane i wdrożone zasady nadzoru nad badaniami POCT (procedura, instrukcje) obejmują sposób zatwierdzenia przez osobę wykonującą badanie;
- 9) opracowane i wdrożone zasady nadzoru nad badaniami POCT (procedura, instrukcje) obejmują codzienne potwierdzenie prawidłowości procesu diagnostycznego POCT;

- 10) opracowane i wdrożone zasady nadzoru nad badaniami POCT (procedura, instrukcje) obejmują sposób przekazywania zleceń i dostarczania wyników badań;
- 11) opracowane i wdrożone zasady nadzoru nad badaniami POCT (procedura, instrukcje) obejmują prowadzenie dokumentacji i jej archiwizację;
- 12) opracowane i wdrożone zasady nadzoru nad badaniami POCT (procedura, instrukcje) obejmują formularz raportu z wyników badań laboratoryjnych;
- 13) opracowane i wdrożone zasady nadzoru nad badaniami POCT (procedura, instrukcje) obejmują walidację metod badawczych;
- 14) opracowane i wdrożone zasady nadzoru nad badaniami POCT (procedura, instrukcje) obejmują udokumentowaną kontrolę jakości badań POCT;
- 15) opracowane i wdrożone zasady nadzoru nad badaniami POCT (procedura, instrukcje) obejmują serwisowanie sprzętu służącego do badań POCT;
- 16) opracowane i wdrożone zasady nadzoru nad badaniami POCT (procedura, instrukcje) obejmują listę osób uprawnionych do wykonywania określonych badań w trybie POCT;
- 17) w szpitalu prowadzi się szkolenia i kontrolę umiejętności personelu wykonującego badania POCT, potwierdzone odpowiednimi zapisami.

Co najmniej 60% stanowi 11 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,75**

## LA 5

### LABORATORIUM PROWADZI KONTROLĘ JAKOŚCI WYKONYWANYCH BADAŃ.

Ocena poszczególnych faz laboratoryjnych i jakości oznaczeń wykonywanych w laboratorium, w tym w trybie POCT, upewnia o poprawności uzyskiwanych wyników badań, lub wskazuje na potrzeby jej poprawy w zakresie procedur postępowania. Sprawdzanie jakości oznaczeń obejmuje ocenę błędów w każdej fazie laboratoryjnej oraz prowadzenie wewnątrz- i zewnątrzlaboratoryjnej kontroli jakości badań. Kontrola jakości wykonywanych badań prowadzona jest przez szpitalne medyczne laboratorium diagnostyczne oraz przez laboratorium podwykonawcy.

## LA5.1

### SZPITAL ZAPOBIEGA BŁĘDOM PRZEDLABORATORYJNYM.

#### 1. Opis wymagań

Wyniki regularnej, okresowej analizy błędów przedlaboratoryjnych są znane zespołowi ds. jakości, omawiane z personelem oddziałów i laboratorium, a także dostępne w intranecie lub przy zastosowaniu innych rozwiązań zapewniających dostęp do tej informacji.

Wnioski wynikające z analizy służą działaniom dla poprawy jakości fazy przedlaboratoryjnej i są wdrażane działania sprzyjające poprawie uzyskanych wskaźników. Przykładowo organizacji dodatkowych szkoleń. Okresowa ocena dotyczy m.in.:

- 1) przygotowania pacjentów do badań laboratoryjnych;
- 2) pobierania materiału do badań laboratoryjnych;
- 3) przechowywania i transportu materiału;
- 4) opracowania materiału przez laboratorium;
- 5) poprawności innych czynności mogących mieć wpływ na powstawanie błędów przedlaboratoryjnych.

W celu prowadzenia kontroli błędów przedlaboratoryjnych laboratorium ustala lub opracowuje:

- 1) harmonogram oceny błędów przedlaboratoryjnych, adekwatny do potrzeb szpitala;
- 2) listę błędów przedlaboratoryjnych występujących w szpitalu;

- 3) wzór formularza do zapisu występujących błędów przedlaboratoryjnych;
- 4) obliczanie wskaźników jakości;
- 5) sposób ich analizy, w tym analizę trendów;
- 6) osoby odpowiedzialne za opracowanie i wdrożenie działań naprawczych, o ile jest to konieczne;
- 7) szkolenia personelu, udokumentowane odpowiednimi zapisami.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z zespołem ds. jakości.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu prowadzi się ocenę błędów przedlaboratoryjnych i określa działania dla poprawy zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych)
- 1 Szpital nie prowadzi oceny błędów przedlaboratoryjnych zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

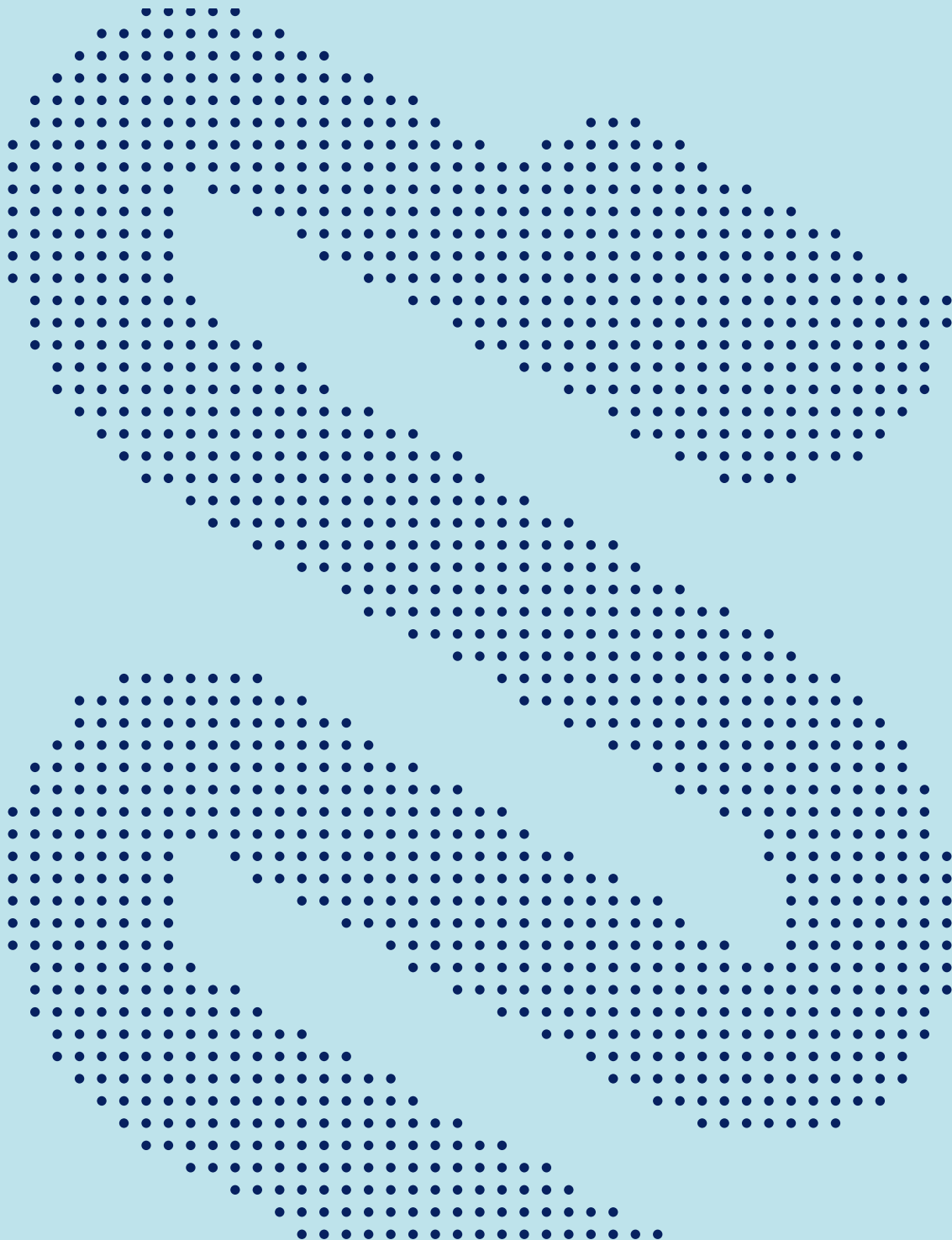
- 1) w szpitalu ustalono harmonogram oceny błędów przedlaboratoryjnych, adekwatny do potrzeb szpitala;
- 2) w szpitalu ustalono listę błędów przedlaboratoryjnych występujących w szpitalu;
- 3) w szpitalu ustalono wzór formularza do zapisu występujących błędów przedlaboratoryjnych;
- 4) w szpitalu ustalono zasady obliczania wskaźników jakości;
- 5) w szpitalu ustalono sposób analizy wskaźników jakości, w tym analizę trendów;
- 6) w szpitalu ustalono osoby odpowiedzialne za opracowanie i wdrożenie działań naprawczych, o ile jest to konieczne;
- 7) w szpitalu ustalono zakres wymaganego szkolenia personelu;
- 8) szkolenie personelu w zakresie błędów przedlaboratoryjnych jest udokumentowane;
- 9) analiza błędów przedlaboratoryjnych uwzględnia aspekty przygotowania pacjentów do badań laboratoryjnych;
- 10) analiza błędów przedlaboratoryjnych uwzględnia aspekty pobierania materiału do badań laboratoryjnych;
- 11) analiza błędów przedlaboratoryjnych uwzględnia aspekty przechowywania materiału;
- 12) analiza błędów przedlaboratoryjnych uwzględnia aspekty transportu materiału;
- 13) analiza błędów przedlaboratoryjnych uwzględnia aspekty opracowania materiału przez laboratorium;
- 14) analiza błędów przedlaboratoryjnych uwzględnia aspekty poprawności innych czynności mogących mieć wpływ na powstawanie błędów przedlaboratoryjnych;
- 15) wyniki analizy błędów przedlaboratoryjnych są znane zespołowi ds. jakości;
- 16) wyniki analizy błędów przedlaboratoryjnych są omawiane z personelem oddziałów;
- 17) wyniki analizy błędów przedlaboratoryjnych są omawiane z personelem laboratorium;
- 18) wyniki analizy błędów przedlaboratoryjnych są dostępne w intranecie lub przy zastosowaniu innych rozwiązań zapewniających dostęp do tej informacji;
- 19) wnioski z analizy błędów przedlaboratoryjnych posłużyły sformułowaniu co najmniej jednego projektu poprawy jakości.

Co najmniej 60% stanowi 12 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**



# DIAGNOSTYKA OBRAZOWA



## DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

<b>DO 1</b>	W pracowni określono sposoby postępowania z pacjentem (standard obligatoryjny).
<b>DO 2</b>	Szpital zapewnia praktyczne informacje na temat badań radiologicznych i radioizotopowych.
<b>DO 3</b>	Pacjenci są objęci ochroną radiologiczną (standard może być wyłączony).
<b>DO 4</b>	Personel jest objęty ochroną radiologiczną i stosuje indywidualne środki ochrony (standard może być wyłączony).
<b>DO 5</b>	W szpitalu regularnie wykonuje się testy kontroli jakości (standard może być wyłączony).
<b>DO 6</b>	W pracowniach wykonuje się analizę badań powtórzonych (standard może być wyłączony).
<b>DO 7</b>	Szpital organizuje konsultacje radiologiczno-kliniczne (standard może być wyłączony).
<b>DO 8</b>	W pracowni przeprowadza się ocenę zgodności opisów wykonywanych badań (standard może być wyłączony).
<b>DO 9</b>	Szpital zapewnia konsultacje wyników badań obrazowych (standard może być wyłączony).

# DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Diagnostyka obrazowa wykorzystująca promieniowanie jonizujące, badania radioizotopowe, ultradźwięki i zjawisko rezonansu magnetycznego jest kluczowa dla nowoczesnego procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Wszystkie osoby biorące udział w badaniach diagnostycznych z zastosowaniem promieniowania jonizującego są traktowane jako narażone na promieniowanie, dlatego powinny być chronione adekwatnie do rodzaju wykonywanych badań. Pracownie i zakłady oceniają własną działalność poprzez analizę badań powtórnie wykonywanych oraz prowadzenie testów zgodności interpretacji wykonywanych badań.

Szpital prowadzi działalność edukacyjną nakierowaną szczególnie na szkolenie lekarzy uczących się, a w przypadkach trudnych diagnostycznie zapewnia możliwość konsultacji zewnętrznej w ośrodkach co najmniej równorzędnych lub u uznanych specjalistów.

Jeżeli usługi diagnostyki obrazowej świadczy usługodawca zewnętrzny, powinien on spełniać wymagania standardów akredytacyjnych z działu: Diagnostyka Obrazowa. Szpital przedstawia dokumenty potwierdzające spełnianie wymagań przez podmiot zewnętrzny oraz zapewnia możliwość oceny w miejscu świadczenia usługi. Jeżeli szpital korzysta z teleradiologii, konieczne jest zapewnienie szybkiego kontaktu lekarza radiologa z klinicystami w szpitalu.

DO 1

## W PRACOWNI OKREŚLONO SPOSOBY POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM (STANDARD OBLIGATORYJNY).

### 1. Opis wymagań

W pracowni opracowane są zasady postępowania z pacjentem, obejmujące wszystkie rodzaje wykonywanych badań radiologicznych i radioizotopowych. Zasady te uwzględniają:

- 1) sposób przygotowania pacjenta;
- 2) wykonanie badania i postępowanie po badaniu;
- 3) wydawanie wyników i ich archiwizację.

Osobna instrukcja powinna być opracowana i wdrożona w przypadku wykonywania badań poza pracownią dla np.:

- 1) zdjęć przyłóżkowych;
- 2) zdjęć lub badań na sali operacyjnej;
- 3) zdjęć lub badań w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć.

Instrukcje powinny być również opracowane przez podmiot zewnętrzny.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu określono sposoby postępowania z pacjentem zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Nie określono zasad postępowania z pacjentem zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**



## **SZPITAL ZAPEWNI PRAKTYCZNE INFORMACJE NA TEMAT BADAŃ RADIOLOGICZNYCH I RADIOIZOTOPOWYCH.**

### **1. Opis wymagań**

Dla badań wymagających specjalnego przygotowania szpital zapewnia pisemną informację, która obejmuje:

- 1) jaki jest cel i na czym polega badanie;
- 2) w jaki sposób należy się do niego przygotować;
- 3) jakie są ograniczenia w możliwości wykonania badania (np. gabaryty pacjenta, klaustrofobia, alergie);
- 4) jakie mogą wystąpić zdarzenia niepożądane.

Informacja powinna być dostępna w oddziałach oraz pracowni lub zakładzie.

Szpital określa badania, dla których wymagane jest opracowanie pisemnych informacji i zgód ze szczególnym uwzględnieniem sedacji i znieczulenia.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z pacjentami;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital zapewnia praktyczne informacje na temat badań radiologicznych i radioizotopowych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych standardu jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia praktycznych informacji na temat badań radiologicznych i radioizotopowych zgodnie z wymogami standardu.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) pisemna informacja dotycząca badań wymagających specjalnego przygotowania dotyczy 100% tego typu badań;
- 2) pisemna informacja dotycząca badań wymagających specjalnego przygotowania dotyczy ponad 60% tego typu badań;
- 3) pisemna informacja dotycząca badań wymagających specjalnego przygotowania dotyczy ponad 30% tego typu badań;
- 4) pisemna informacja dotycząca badań wymagających specjalnego przygotowania zawiera informacje jaki jest cel badania;
- 5) pisemna informacja dotycząca badań wymagających specjalnego przygotowania zawiera informacje na czym polega badanie;
- 6) pisemna informacja dotycząca badań wymagających specjalnego przygotowania zawiera informacje w jaki sposób należy się do niego przygotować;
- 7) pisemna informacja dotycząca badań wymagających specjalnego przygotowania zawiera informacje jakie są ograniczenia w możliwości wykonania badania (np. gabaryty pacjenta, klaustrofobia, alergie);
- 8) pisemna informacja dotycząca badań wymagających specjalnego przygotowania zawiera informacje jakie mogą wystąpić zdarzenia niepożądane;
- 9) pisemna informacja dotycząca badań wymagających specjalnego przygotowania dostępna jest w zakładzie/pracowni radiologicznej;

- 10) pisemna informacja dotycząca badań wymagających specjalnego przygotowania dostępna jest na oddziałach;
- 11) szpital określił listę badań, dla których wymagana jest pisemna zgoda pacjenta;
- 12) wszystkie badania wymagające sedacji lub znieczulenia uwzględnione są na liście wymagającej pisemnej zgody pacjenta.

Co najmniej 60% stanowi 8 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,25**

**DO 3**

## **PACJENCI SĄ OBJĘCI OCHRONĄ RADIOLOGICZNĄ (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Szpital powinien:

- 1) zapewnić środki chroniące pacjentów przed promieniowaniem jonizującym i radioizotopowym;
- 2) stosować je adekwatnie do wykonywanych badań.

Środki ochronne są powszechnie dostępne nie tylko w pracowni radiologicznej i radioizotopowej, ale we wszystkich miejscach, gdzie wykonywane są badania z użyciem promieniowania jonizującego lub radioizotopowego.

Procedura dotycząca badań przyłóżkowych powinna uwzględniać ochronę innych pacjentów i osób postronnych. Wymóg stosowania środków ochrony osobistej dla pacjentów obowiązuje też na bloku operacyjnym i w pracowni badań endoskopowych wykonywanych pod kontrolą fluoroskopii oraz w pracowni kardiologii inwazyjnej.

W radiologii zabiegowej, przed planowanym zabiegiem, u kobiet w okresie rozrodczym, wymagane jest wykonanie próby ciążowej.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z pacjentami;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Pacjenci są objęci ochroną radiologiczną zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Pacjenci nie są objęci ochroną radiologiczną zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,25**

**DO 4**

## **PERSONEL JEST OBJĘTY OCHRONĄ RADIOLOGICZNĄ I STOSUJE INDYWIDUALNE ŚRODKI OCHRONY (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Wdrożenie poniższych zasad ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa personelu i minimalizację ryzyka zawodowego związanego z ekspozycją na promieniowanie.

Personel jest okresowo szkolony i edukowany m.in. z zakresu stosowania indywidualnych środków ochrony, skutków zdrowotnych itp.

Personel i inne osoby asystujące przy badaniach, które mogą być narażone na działanie promieniowania jonizującego powinni mieć zapewnioną ochronę radiologiczną. Pracownia powinna być wyposażona w środki ochrony osobistej personelu w ilości adekwatnej do charakteru pracowni i wykonywanych badań:

- 1) fartuchy;
- 2) rękawice;
- 3) kołnierze;
- 4) okulary;
- 5) dozymetry kasetowe;
- 6) dozymetry pierścienkowe dla radiologii zabiegowej oraz w miarę potrzeb, do oszacowania dawki na gałki oczne.

W zależności od poziomu narażenia może być zamiennie stosowana dozymetria środowiskowa dla personelu kategorii B. Szpital powinien określić zasady postępowania w przypadku, gdy osoba trzecia asystuje podczas badania. Dotyczy to pracowni radiologicznej, ale również bloku operacyjnego, endoskopii radiologicznej i kardiologii zabiegowej. Personel zna zasady stosowania indywidualnych środków ochrony radiologicznej.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Personel jest objęty ochroną radiologiczną i stosuje indywidualne środki ochrony zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Personel nie jest objęty ochroną radiologiczną lub nie stosuje indywidualnych środków ochrony zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

**DO 5**

## **W SZPITALU REGULARNIE WYKONUJE SIĘ TESTY KONTROLI JAKOŚCI (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### 1. Opis wymagań

Testy eksploatacyjne: specjalistyczne i podstawowe aparatury rentgenowskiej: aparaty rentgenowskie stacjonarne i przenośne, angiografy, mammografy, fluoroskopy, densytometry, tomografy komputerowe itp. są wykonywane w oparciu o ustalone harmonogramy oraz po naprawie urządzenia, które uległo istotnemu uszkodzeniu. Wykonanie testów jest dokumentowane. Ocenie podlegają też urządzenia pomocnicze tj. drukarki radiologiczne, monitory, negatoskopy itp.

Szpital powinien:

- 1) wyznaczyć co najmniej jedną osobę odpowiedzialną za nadzór nad sprzętem radiologicznym;
- 2) określić zestaw obowiązujących testów;
- 3) określić harmonogram przeglądów dla każdego urządzenia;
- 4) określić sposób dokumentowania pomiarów.

Poza tym szpital dokonuje analizy wyników testów, podejmuje odpowiednie działania korygujące w razie wykrycia nieprawidłowości lub odchyleń od wymaganych norm oraz regularnie prowadzi audyty czy przeglądy wewnętrzne aby zapewnić ciągłość i skuteczność systemu kontroli jakości.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu regularnie wykonuje się testy kontroli jakości zgodnie z wymogami standardu.
- 1 W szpitalu nie wykonuje się testów kontroli jakości zgodnie z wymogami standardu.

Waga standardu – 0,25

DO 6

## W PRACOWNIACH WYKONUJE SIĘ ANALIZĘ BADAŃ POWTÓRZONYCH (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

### 1. Opis wymagań

W pracowniach należy wprowadzić kryteria, które stanowią podstawę do prawidłowej diagnostyki. Wszystkie badania wymagające powtórzenia powinny być gromadzone i poddawane okresowej analizie z udziałem osób wykonujących badania. Analiza takich badań powinna być przeprowadzana nie rzadziej niż raz na kwartał. Wyniki analizy oraz wnioski powinny być dokumentowane. Ważne jest, aby analiza zawierała informacje na temat liczby zleconych i wykonanych ekspozycji, gdyż liczba ekspozycji nie jest równoważna z liczbą zleconych projekcji. W radiologii cyfrowej (zabiegowej) istotne jest monitorowanie dawki otrzymanej przez pacjenta, w celu ograniczania ekspozycji niezamierzonej.

Przez badania powtórzone rozumie się w szczególności:

- 1) badanie o ograniczonej wartości diagnostycznej, które wymaga ponownego wykonania lub uzupełnienia o inne badanie;
- 2) badania powtórzone z uwagi na błędne dwukrotne zlecenie (np. zmiana dyżuru);
- 3) badanie po urazie przed i po założeniu gipsu lub przed i po operacji (powtórzenie zaplanowane).

W szpitalu istnieje system wewnętrznej komunikacji w zakresie służącym wyeliminowaniu badań powtórzonych.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W pracowniach wykonywana jest analiza badań powtórzonych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 W pracowniach nie wykonuje się analizy badań powtórzonych zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) w szpitalu gromadzone są informacje odnośnie badań, które zostały powtórzone;
- 2) analiza badań powtórzonych odbywa się nie rzadziej niż raz na kwartał;
- 3) w analizie badań powtórzonych uczestniczą osoby, które wykonywały te badania;

- 4) analizy badań powtórzonych uwzględniają informacje na temat liczby zleconych i wykonanych ekspozycji;
- 5) analizy badań powtórzonych uwzględniają badanie o ograniczonej wartości diagnostycznej, które wymaga ponownego wykonania lub uzupełnienia o inne badanie;
- 6) analizy badań powtórzonych uwzględniają badania powtórzone z uwagi na błędne dwukrotne zlecenie (np. zmiana dyżuru);
- 7) analizy badań powtórzonych uwzględniają badanie po urazie przed i po założeniu gipsu lub przed i po operacji (powtórzenie zaplanowane);
- 8) w szpitalu istnieje system wewnętrznej komunikacji w zakresie służącym wyeliminowaniu badań powtórzonych;
- 9) wyniki analiz badań powtórzonych są dokumentowane;
- 10) wnioski z analiz badań powtórzonych są dokumentowane.

Co najmniej 60% stanowi 6 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

**DO 7**

## **SZPITAL ORGANIZUJE KONSULTACJE RADIOLOGICZNO-KLINICZNE (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Celem wdrożenia standardu jest poprawa jakości badań diagnostycznych, planowanie terapii oraz wspieranie efektywnej współpracy pomiędzy radiologami a lekarzami klinicznymi.

W szpitalu organizowane są spotkania konsyliarne lekarzy radiologów i klinicystów, dotyczące leczonych lub diagnozowanych pacjentów. Spotkania te są:

- 1) zaplanowane i cykliczne;
- 2) organizowane nie rzadziej niż raz na kwartał;
- 3) poświęcone omówieniu trudnych diagnostycznie i terapeutycznie pacjentów;
- 4) uwzględniające analizę błędów i wzajemnych oczekiwań obu stron;
- 5) obejmujące edukację młodych lekarzy.

Raporty ze spotkań znajdują się w dokumentacji szpitala lub pracowni radiologii.

Akceptowalne są spotkania w formie online.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital organizuje konsultacje radiologiczno-kliniczne zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie organizuje konsultacji radiologiczno-klinicznych zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

## W PRACOWNI PRZEPROWADZA SIĘ OCENĘ ZGODNOŚCI OPISÓW WYKONYWANYCH BADAŃ (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

### 1. Opis wymagań

Wysoki poziom zgodności interpretacji uzyskiwany przez poszczególnych lekarzy opisujących badania stanowi kluczowy element zapewnienia jakości diagnostyki obrazowej.

W tym celu raz na kwartał przeprowadza się testy oceny zgodności opisów badań przez lekarzy pracowni i dotyczących 0,1% liczby tych badań i obejmujący wszystkie podstawowe zakresy badań podlegających rejestracji i archiwizacji w systemie PACS. Wyniki oceny winny służyć kształceniu kompetencji zespołu, powinny być omawiane w gronie biorących udział w teście.

Wykonywanie testów zgodności opisów powinno być udokumentowane.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W pracowni przeprowadza się ocenę zgodności opisów wykonywanych badań zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 W pracowni nie przeprowadza się oceny zgodności opisów wykonywanych badań zgodnie z wymogami standardu.

### 4. Kamienie milowe

- 1) Ocena zgodności opisów badań dotyczy diagnostyki TK w metodyce zgodnej z opisem wymagań;
- 2) Ocena zgodności opisów badań dotyczy diagnostyki MRI w metodyce zgodnej z opisem wymagań;
- 3) Ocena zgodności opisów badań dotyczy diagnostyki obrazów statycznych rtg w metodyce zgodnej z opisem wymagań.

Co najmniej 60% stanowi 2 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

## SZPITAL ZAPEWNI KONSULTACJE WYNIKÓW BADAŃ OBRAZOWYCH (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

### 1. Opis wymagań

Właściwa interpretacja wykonywanych badań obrazowych jest niezwykle ważna dla procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Dlatego szpital zapewnia możliwość konsultacji wyników badań niejednoznacznie diagnostycznych. Zasady przeprowadzania konsultacji są określone i uwzględniają specyfikę wynikającą z pilności poszczególnych badań (np. badania w trybie dyżurowym).

## **2. Sposób sprawdzenia**

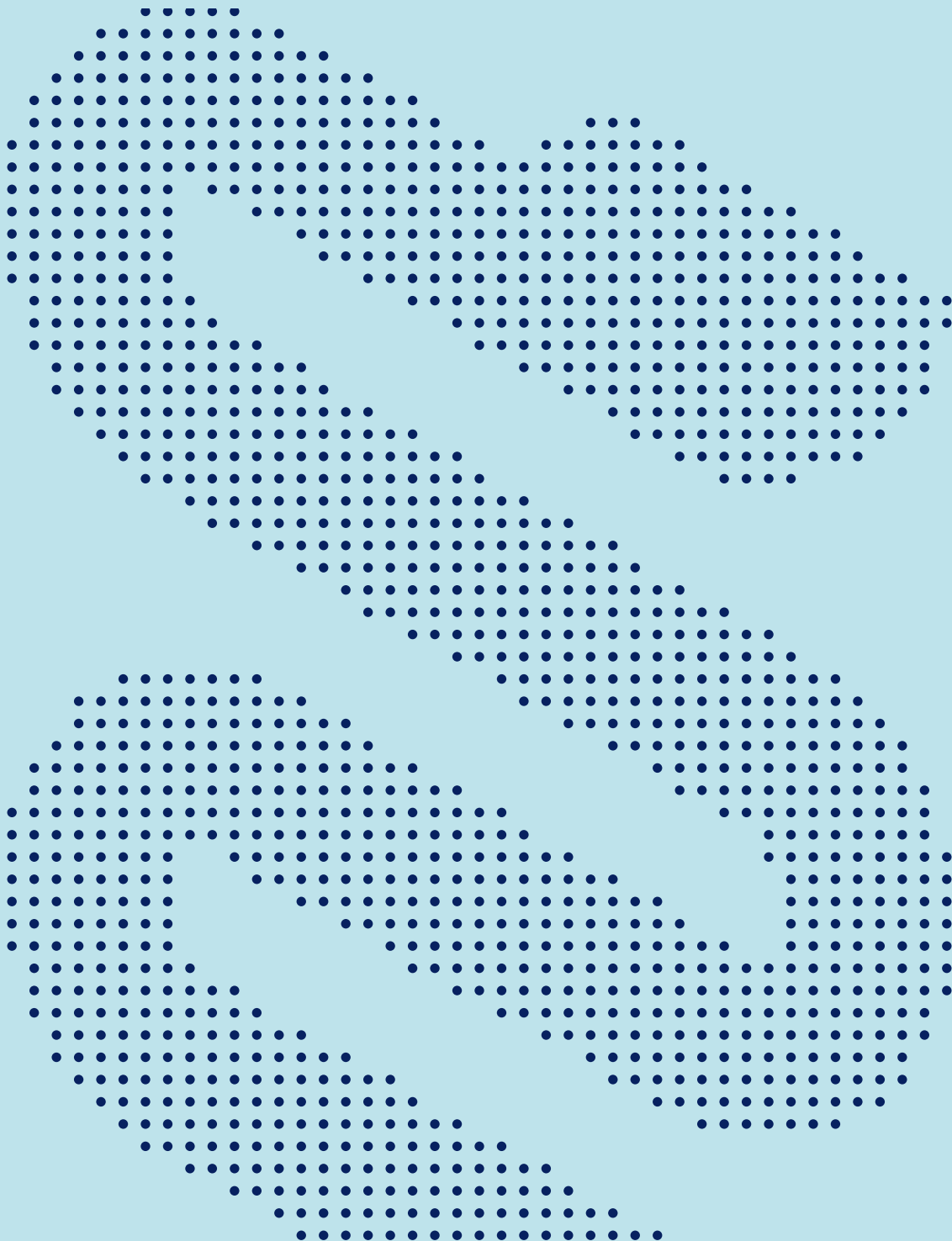
- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

## **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital zapewnia konsultacje wyników badań obrazowych.
- 1 Szpital nie zapewnia konsultacji wyników badań obrazowych.

**Waga standardu – 0,5**

# PATOMORFOLOGIA





# PATOMORFOLOGIA

<b>PAT 1</b>	Szpital wykonuje śródoperacyjne badania histopatologiczne (standard obligatoryjny; standard może być wyłączony).
<b>PAT 2</b>	W szpitalu funkcjonują zasady współpracy z jednostką diagnostyki patomorfologicznej dotyczące skierowania, utrwalania i transportu materiału do badań patomorfologicznych.
<b>PAT 2.1</b>	Skierowanie na badanie patomorfologiczne zawiera istotne informacje i dane kliniczne (standard może być wyłączony).
<b>PAT 2.2</b>	Materiał do diagnostyki patomorfologicznej jest prawidłowo utrwalany (standard może być wyłączony).
<b>PAT 2.3</b>	Materiał do badań patomorfologicznych jest prawidłowo zabezpieczony i przekazywany (standard może być wyłączony).

# PATOMORFOLOGIA

Badanie patomorfologiczne to ściśle określony zakres czynności zapoczątkowany pobraniem materiału komórkowego (aspirat, rozmaz, wymaz, płyny ustrojowe) lub tkankowego (oligobiopsat, wycinek, materiał operacyjny) w celu wykonania badania mikroskopowego oraz, jeśli wymagane, również badań dodatkowych (np. histo- i immunohistochemicznych lub z zakresu technik biologii molekularnej) zakończony ustaleniem rozpoznania patomorfologicznego.

Faza wstępna badania patomorfologicznego, w szczególności utrwalanie i transport do zakładu patomorfologii, mają bardzo duży wpływ na jakość rozpoznania. Zbyt krótki lub zbyt długi czas utrwalania istotnie pogarsza jakość przesłanego materiału oraz jego przydatność do dodatkowych badań (np. histo- i immunohistochemicznych itp.), może również prowadzić do zniszczenia materiału.

Szpital powinien opracować wzory skierowań, instrukcje utrwalania pobranego materiału oraz zasady transportu zgodnie z wytycznymi PTP. Szpital określi zasady postępowania w przypadku braku lub niepoprawnie wypełnionego skierowania lub nieprawidłowo utrwalonego materiału. Współpraca pomiędzy zakładem patomorfologii, a jednostką zlecającą jest prowadzona w oparciu o ustalone zasady, które są aktualne i dostępne w systemie szpitalnym lub umowach cywilnoprawnych, gdy zakład wykonuje badania dla jednostek zewnętrznych lub korzysta z usług zewnętrznych.

PAT 1

## SZPITAL WYKONUJE ŚRÓDOPERACYJNE BADANIA HISTOPATOLOGICZNE (STANDARD OBLIGATORYJNY; STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

### 1. Opis wymagań

W szpitalach wykonujących planowe zabiegi u pacjentów z podejrzeniem albo rozpoznaniem onkologicznym jest możliwość wykonania śródoperacyjnego badania histopatologicznego. Czas wykonania badania śródoperacyjnego nie przekracza 20 minut, tj. od momentu dostarczenia materiału do zakładu patomorfologii do momentu ustalenia rozpoznania patomorfologicznego. Badanie śródoperacyjne jest wykonywane w trakcie zabiegu operacyjnego, pobranego od pacjenta przez wykonującego zabieg i niezwłocznie przesłanego do oceny patomorfologicznej.

Ma ono na celu:

- 1) określenie charakteru zmiany, czy jest złośliwa, graniczna, czy łagodna – dla podjęcia decyzji o rozległości zabiegu;
- 2) ocenę występowania przerzutów nowotworowych.

Standard jest obligatoryjny dla szpitali realizujących procedury zabiegowe, dla pozostałych szpitali może podlegać wyłączeniu.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapewnia możliwość wykonywania śródoperacyjnego badania histopatologicznego dla planowego zabiegu u pacjenta z podejrzeniem albo rozpoznaniem onkologicznym w ciągu 20 minut od momentu dostarczenia materiału do zakładu patomorfologii do momentu ustalenia rozpoznania patomorfologicznego.
- 3 Szpital nie zapewnia możliwości wykonania śródoperacyjnego badania histopatologicznego dla planowego zabiegu u pacjenta z podejrzeniem albo rozpoznaniem onkologicznym w ciągu 20 minut od momentu dostarczenia materiału do zakładu patomorfologii do momentu ustalenia rozpoznania patomorfologicznego.

- 1 Szpital nie zapewnia możliwości wykonywania śródoperacyjnych badań histopatologicznych dla planowego zabiegu u pacjenta z podejrzeniem albo rozpoznaniem onkologicznym.

**Waga standardu – 0,75**

## **PAT 2**

### **W SZPITALU FUNKCJONUJĄ ZASADY WSPÓŁPRACY Z JEDNOSTKĄ DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ DOTYCZĄCE SKIEROWANIA, UTRWALANIA I TRANSPORTU MATERIAŁU DO BADAŃ PATOMORFOLOGICZNYCH.**

Szpital, we współpracy z jednostką diagnostyki patomorfologicznej, określa zasady współdziałania dotyczące: zawartości skierowania, metod utrwalania i zasad transportu, przekazywania materiału do diagnostyki patomorfologicznej, a określone i spisane zasady są znane personelowi i przestrzegane w praktyce.

Szpital opracował i wdrożył również zasady postępowania w przypadku:

- 1) braku lub niepoprawnie wypełnionego skierowania;
- 2) utrwalenia materiału niezgodnie z opisanymi wymaganiami;
- 3) transportu materiału niezgodnie z wymaganymi zasadami, fakt ten jest odnotowywany w dokumentacji przez zakład patomorfologii i informacje zwrotne przekazywane do jednostki zlecającej.

## **PAT 2.1**

### **SKIEROWANIE NA BADANIE PATOMORFOLOGICZNE ZAWIERA ISTOTNE INFORMACJE I DANE KLINICZNE (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

#### **1. Opis wymagań**

Informacje zawarte w skierowaniu znacząco wpływają na jakość rozpoznania patomorfologicznego. Szpital we współpracy z jednostką diagnostyki patomorfologicznej określa wzór skierowania na badanie patomorfologiczne, w oparciu o aktualne wytyczne Polskiego Towarzystwa Patologów.

Skierowanie na badanie patomorfologiczne materiału tkankowego i materiału cytologicznego zawiera m. in.:

- 1) dane identyfikacyjne pacjenta;
- 2) rozpoznanie kliniczne będące wskazaniem do wykonania badania;
- 3) rodzaj materiału;
- 4) typ zabiegu;
- 5) lokalizację anatomiczną zmiany lub miejsce pobrania materiału;
- 6) datę i godzinę pobrania materiału;
- 7) datę i godzinę utrwalenia materiału (tkankowego lub cytologicznego);
- 8) rodzaj zastosowanego utrwalacza.

Szpital umożliwia patomorfologowi łatwy dostęp (np. przez system informatyczny) do:

- 1) informacji o uprzednim leczeniu, szczególnie hormono-, chemio- i radioterapii;
- 2) informacji o wcześniej rozpoznanej innej chorobie nowotworowej;
- 3) wyników badań obrazowych;
- 4) wyników badań laboratoryjnych.

Szpital opracował i wdrożył zasady postępowania w przypadku niepoprawnie wystawionego lub braku skierowania.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd skierowań na badanie patomorfologiczne.

## 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% przeglądanych skierowań na badanie patomorfologiczne zawiera istotne informacje zgodnie z wymogami standardu.
- 3 70%-89% przeglądanych skierowań na badanie patomorfologiczne zawiera istotne informacje zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 70% przeglądanych skierowań na badanie patomorfologiczne zawiera istotne informacje zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 1**

**PAT  
2.2**

## **MATERIAŁ DO DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ JEST PRAWIDŁOWO UTRWALANY (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### 1. Opis wymagań

Czas utrwalania oraz objętość utrwalacza mają istotny wpływ na jakość badań patomorfologicznych. Zbyt długi czas utrwalania pogarsza jakość materiału przesyłanego do badań oraz jego przydatność do badań immunohistochemicznych oraz badań przy użyciu technik biologii molekularnej; może też prowadzić do zniszczenia materiału. Szpital określa zasady utrwalania, które obejmują informacje na temat rodzaju utrwalacza i jego zalecanej objętości oraz czasu utrwalania materiału, w oparciu o wytyczne Polskiego Towarzystwa Patologów.

Szpital nadzoruje sposób utrwalania materiałów do badań patomorfologicznych (czas i objętość); czas przekazania do jednostki diagnostyki patomorfologicznej:

- 1) małych wycinków nie może przekroczyć 48 godz.;
- 2) większego materiału operacyjnego 72 godz.

Czas utrwalania – dla małego materiału czas utrwalania wynosi od 6 do 48 godz., dla dużego materiału pooperacyjnego od 24 do 72 godz. Czas ten liczony jest od chwili zalania materiału formaliną do momentu pobrania reprezentatywnych wycinków tkankowych do dalszego opracowania technicznego w jednostce diagnostyki patomorfologicznej.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Materiał do diagnostyki patomorfologicznej jest utrwalany zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Materiał do diagnostyki patomorfologicznej nie jest utrwalany zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 1**

## **MATERIAŁ DO BADAŃ PATOMORFOLOGICZNYCH JEST PRAWIDŁOWO ZABEZPIECZONY I PRZEKAZYWANY (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Materiał do badań patomorfologicznych: tkankowych, cytologicznych jest zabezpieczony i transportowany zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Patologów.

Materiał tkankowy jest utrwalany i transportowany w pojemnikach do przechowywania i transportu materiału histologicznego spełniających wymagania wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro; pojemniki są oznakowane niezmywalnymi etykietami zawierającymi istotne dane dotyczące pacjenta i pobranego materiału, zgodnie z dołączonym skierowaniem.

Materiał cytologiczny należy transportować w specjalnych opakowaniach uniemożliwiających stłuczenie szkiełek czy ich uszkodzenie, zabezpieczających przed utratą materiału tak, aby szkiełka nie stykały się ze sobą powierzchnią, na której znajdują się rozmazy; w przypadku rozmazów każde szkiełko należy opisać niezmywalnym markerem umożliwiającym identyfikację pacjenta. Materiał do diagnostyki patomorfologicznej ma monitorowane warunki transportu materiału do badania patomorfologicznego.

- 1) W przypadku materiału tkankowego monitorowaniu podlegają:
  - a) pojemniki do przechowywania i transportu materiału histologicznego, przy czym pojemniki te spełniają wymagania wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro zgodnie z aktualnie obowiązującymi regulacjami prawnymi;
  - b) sposób oznakowania pojemników; pojemniki są oznakowane niezmywalnymi etykietami zawierającymi dane pozwalające na identyfikację pacjenta i pobranego materiału, zgodnie z załączonym skierowaniem.
- 2) W przypadku materiału cytologicznego monitorowaniu podlegają:
  - a) opakowania do transportu, przy czym opakowania te uniemożliwiają stłuczenie i uszkodzenie szkiełek; szkiełka nie powinny stykać się ze sobą powierzchnią, na której znajdują się rozmazy;
  - b) sposób oznakowania szkiełek; każde szkiełko powinno zostać jednoznacznie oznaczone w sposób umożliwiający identyfikację pacjenta.

W przypadku transportu materiału niezgodnie z opisanymi wymogami i instrukcjami, fakt ten jest odnotowany w dokumentacji.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Punktacja**

- 5 Materiał do badań jest zabezpieczony i przekazywany do zakładu patomorfologii zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Materiał do badań nie jest prawidłowo zabezpieczony lub prawidłowo przekazywany do zakładu patomorfologii.

**Waga standardu – 1**

# ZAGROŻENIE ŻYCIA



## ZAGROŻENIE ŻYCIA

<b>ZŻ 1</b>	Szpital jest przygotowany na przyjęcie pacjenta w ciężkim stanie zdrowia (standard może być wyłączony).
<b>ZŻ 2</b>	Wdrożono Standardowe Procedury Postępowania z pacjentami w ciężkim stanie zdrowia.
<b>ZŻ 3</b>	W szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia.
<b>ZŻ 3.1</b>	Szpital posiada numer 2222 do powiadamiania zespołu reanimacyjnego.
<b>ZŻ 4</b>	Szpital zapewnia dostęp do leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia (standard obligatoryjny).
<b>ZŻ 5</b>	Personel jest szkolony w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
<b>ZŻ 6</b>	W szpitalu prowadzona jest analiza czynności resuscytacyjnych (standard może być wyłączony).
<b>ZŻ 7</b>	W szpitalu funkcjonuje system wczesnego reagowania na zagrożenie nagłego pogorszenia stanu zdrowia.
<b>ZŻ 7.1</b>	Szpital wdrożył system wczesnej identyfikacji pacjentów zagrożonych nagłym pogorszeniem stanu zdrowia (standard może być wyłączony).
<b>ZŻ 7.2</b>	W szpitalu funkcjonuje interwencyjny zespół wczesnego reagowania ZWR (standard może być wyłączony).
<b>ZŻ 8</b>	Szpital wdrożył procedury postępowania w zdarzeniach mnogich, masowych i katastrofach.
<b>ZŻ 8.1</b>	Szpital przeprowadza ćwiczebną symulację na wypadek zdarzeń masowych i katastrof (standard może być wyłączony).

# ZAGROŻENIE ŻYCIA

Szpital powinien być przygotowany na obsługę pacjentów w ciężkim stanie zdrowia. Wystandardyzowany sposób postępowania obejmuje wczesną identyfikację pacjentów zagrożonych nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, a także interwencje prowadzone w stanach nagłego zagrożenia życia, w tym zagrożenia życia z powodu zatrucia. Wymagane są systematyczne, prowadzone co dwa lata szkolenia doskonalące prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Należy opracować plan działań na wypadek zdarzenia mnogiego i masowego, oraz na wypadek zdarzenia z zastosowaniem nieznanej substancji z grupy toksycznych substancji przemysłowych lub broni chemicznej, a szpitale znajdujące się na liście jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) opracowują plan działań także na wypadek katastrofy i terroryzmu. W celu weryfikacji i podtrzymania umiejętności postępowania podczas zdarzeń masowych i katastrof, szpitale umieszczone na liście jednostek wojewódzkiego planu działania systemu PRM przeprowadzają coroczną, ćwiczebną symulację. Należy organizować cykliczne szkolenia w zakresie rozpoznania i postępowania w przypadku zatruc, które stanowią zagrożenie życia (alkohole niespożywcze, leki, grzyby, środki ochrony roślin, substancje psychoaktywne, inne). Należy opracować procedury dotyczące konsultacji z regionalnym ośrodkiem zatruc ostrych oraz zlecania szybkiej diagnostyki toksykologicznej. Procedury powinny zawierać telefony kontaktowe do lekarza-toksykologa w ośrodku ostrych zatruc, do ośrodka informacji toksykologicznej oraz do regionalnego całodobowego laboratorium toksykologicznego.

ZŻ 1

## SZPITAL JEST PRZYGOTOWANY NA PRZYJĘCIE PACJENTA W CIĘŻKIM STANIE ZDROWIA (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

### 1. Opis wymagań

W szpitalu wdrożono zasady postępowania w przypadku uzyskania informacji o transporcie pacjenta w ciężkim stanie zdrowia. Dla sprawnego przyjęcia pacjenta w ciężkim stanie zdrowia szpital opracowuje zasady dotyczące współpracy szpitala i służb ratowniczych, które obejmują co najmniej:

- 1) określenie zakresu informacji na temat potencjalnego zagrożenia życia i zdrowia;
- 2) poinformowanie o przewidywanym czasie dojazdu;
- 3) informację o niezbędnych siłach i środkach koniecznych dla efektywnego postępowania po dotarciu do szpitala;
- 4) prowadzenie wspólnej opieki nad pacjentem w czasie transportu do szpitala w formie, np. transmisji badania EKG; przekazywania informacji o parametrach życiowych, czasie wystąpienia objawów;
- 5) wymianę sprzętu ratowniczego;
- 6) określenie postępowania w przypadku sporu kompetencyjnego.

Przypadki braku współpracy powinny zostać odnotowane w dokumentacji szpitala.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital jest przygotowany na przyjęcie pacjenta w ciężkim stanie zdrowia zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie jest przygotowany na przyjęcie pacjenta w ciężkim stanie zdrowia zgodnie z wymogami standardu.



## 4. Kamienie milowe

- 1) w szpitalu opracowano i wdrożono zasady dotyczące współpracy szpitala i służb ratowniczych dotyczące transportu pacjenta w ciężkim stanie zdrowia (procedura);
- 2) procedura ta uwzględnia zakres informacji na temat potencjalnego zagrożenia życia i zdrowia transportowanego pacjenta, jakie są przekazywane;
- 3) procedura ta uwzględnia poinformowanie o przewidywanym czasie dojazdu;
- 4) procedura ta zawiera informację o niezbędnych siłach i środkach koniecznych dla efektywnego postępowania po dotarciu do szpitala;
- 5) procedura ta uwzględnia prowadzenie wspólnej opieki nad pacjentem w czasie transportu do szpitala w formie, np. transmisji badania EKG; przekazywania informacji o parametrach życiowych, czasie wystąpienia objawów;
- 6) procedura ta uwzględnia zasady wymiany sprzętu ratowniczego;
- 7) procedura ta określa postępowanie w przypadku sporu kompetencyjnego;
- 8) przypadki braku współpracy odnotowywane zostają w dokumentacji szpitala.

Co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,75**

**ZŻ 2**

## **WDROŻONO STANDARDOWE PROCEDURY POSTĘPOWANIA Z PACJENTAMI W CIĘŻKIM STANIE ZDROWIA.**

### 1. Opis wymagań

Pacjenci przyjmowani lub hospitalizowani w ciężkim stanie zdrowia lub stanie nagłego zagrożenia życia powinni zostać objęci wystandaryzowaną opieką. Standardowe Procedury Postępowania (SOP: ang. Standard Operating Procedures) wskazują sposób niezwłocznego wdrożenia diagnostyki i leczenia, zgodnego z aktualną wiedzą medyczną, co korzystnie wpływa na wynik opieki. Szpitale wielospecjalistyczne powinny określić i wdrożyć Standardowe Procedury Postępowania dotyczące co najmniej:

- 1) ostrego zespołu wieńcowego;
- 2) udaru mózgu;
- 3) wstrząsu, ze szczególnym uwzględnieniem wstrząsu septycznego;
- 4) obrażeń wielonarządowych;
- 5) hipotermii;
- 6) ostrego zatrucia;
- 7) powikłań poprzetoczeniowych.

Szpitale monoprofilowe (np.: ginekologiczno-położnicze, reumatologiczne, onkologiczne) powinny opracować i stosować Standardowe Procedury Postępowania dotyczące opieki nad pacjentami w ciężkim stanie zdrowia lub w stanie nagłego zagrożenia życia odpowiednio dla swojej specyfiki. Bez względu na rodzaj szpitala, w oddziałach powinny funkcjonować Standardowe Procedury Postępowania dla:

- 1) ostrego zespołu wieńcowego;
- 2) udaru;
- 3) wstrząsu, ze szczególnym uwzględnieniem wstrząsu septycznego.

Standardowa Procedura Postępowania powinna uwzględniać postępowanie oparte o:

- 1) aktualną wiedzę medyczną;
- 2) możliwości realizacji w warunkach lokalowych szpitala, z uwzględnieniem struktury zatrudnienia i dostępnych możliwości diagnostycznych i terapeutycznych.

W szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, rekomenduje się wykorzystywanie algorytmów postępowania oraz mierników dla wybranych jednostek chorobowych, dla których

wprowadzenie tzw. „szybkiej ścieżki” postępowania ma istotne znaczenie terapeutyczne np. w zawale serca lub udarze mózgu.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Wdrożono Standardowe Procedury Postępowania z pacjentami w ciężkim stanie zdrowia lub stanie nagłego zagrożenia życia zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Nie wdrożono Standardowych Procedur Postępowania z pacjentami w ciężkim stanie zdrowia lub stanie nagłego zagrożenia życia zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) Standardowe Procedury Postępowania dotyczące ostrego zespołu wieńcowego są opracowane i wdrożone;
- 2) Standardowe Procedury Postępowania dotyczące udaru mózgu są opracowane i wdrożone;
- 3) Standardowe Procedury Postępowania dotyczące wstrząsu, ze szczególnym uwzględnieniem wstrząsu septycznego są opracowane i wdrożone;
- 4) Standardowe Procedury Postępowania dotyczące hipotermii są opracowane i wdrożone\*;
- 5) Standardowe Procedury Postępowania dotyczące ostrego zatrucia są opracowane i wdrożone\*;
- 6) Standardowe Procedury Postępowania dotyczące powikłań poprzetoczeniowych są opracowane i wdrożone\*;
- 7) opracowane i wdrożone Standardowe Procedury Postępowania uwzględniają postępowanie oparte o aktualną wiedzę medyczną;
- 8) opracowane i wdrożone Standardowe Procedury Postępowania uwzględniają możliwości realizacji w warunkach lokalowych szpitala, z uwzględnieniem struktury zatrudnienia;
- 9) opracowane i wdrożone Standardowe Procedury Postępowania uwzględniają możliwości realizacji w warunkach lokalowych szpitala, z uwzględnieniem dostępnych możliwości diagnostycznych;
- 10) opracowane i wdrożone Standardowe Procedury Postępowania uwzględniają możliwości realizacji w warunkach lokalowych szpitala, z uwzględnieniem możliwości terapeutycznych;
- 11) w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, rekomenduje się wykorzystywanie algorytmów postępowania dla wybranych jednostek chorobowych;
- 12) w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, rekomenduje się wykorzystywanie mierników dla wybranych jednostek chorobowych.

Dla szpitali wielospecjalistycznych co najmniej 60% stanowi 7 kamieni milowych.  
Dla szpitali monospecjalistycznych co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych (bez oznaczonych \*).

\* nie obowiązuje szpitali monospecjalistycznych.

**Waga standardu – 0,5**

## **W SZPITALU FUNKCJONUJĄ STANDARDOWE PROCEDURY POSTĘPOWANIA W STANACH NAGŁEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA.**

### **1. Opis wymagań**

W szpitalu opracowano aktualne zasady rozpoznawania i postępowania co najmniej w przypadkach utraty przytomności, zatrzymania oddychania i krążenia. Zasady te powinny obowiązywać we wszystkich oddziałach szpitalnych. Standardowe Procedury Postępowania powinny zawierać algorytm, zgodny z aktualnymi zaleceniami Europejskiej Rady Resuscytacji, zarówno dla osób dorosłych jak i dzieci. Należy określić zasady współpracy ze szpitalnym zespołem resuscytacji oraz wewnętrzny numer telefonu kontaktowego, służący wezwaniu pomocy w stanach zagrożenia życia.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 W szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia zgodnie z wymogami standardu.
- 1 W szpitalu nie funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 1**

## **SZPITAL POSIADA NUMER 2222 DO POWIADAMIANIA ZESPOŁU REANIMACYJNEGO.**

Szpital posiada numer 2222 do powiadamiania zespołu reanimacyjnego zgodnie z zaleceniami Europejskiej Rady Resuscytacji. Jeżeli nie ma możliwości technicznych wprowadzenia numeru 2222, dopuszczalne jest wprowadzenie numeru składającego się z mniejszej liczby cyfr np. 22 lub 222.

### **1. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### **2. Ocena punktowa**

- 5 Szpital posiada numer 2222 do powiadamiania zespołu reanimacyjnego zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie posiada numeru 2222 do powiadamiania zespołu reanimacyjnego.

**Waga standardu – 0,25**

## **SZPITAL ZAPEWNIĄ DOSTĘP DO LEKÓW, SPRZĘTU I MATERIAŁÓW STOSOWANYCH W STANACH NAGŁEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA (STANDARD OBLIGATORYJNY).**

### **1. Opis wymagań**

Szpital zapewnia stałą dostępność leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia w obszarach pobytu pacjentów, w tym również sprzęt do resuscytacji małych dzieci, adekwatnie do specyfiki grup osób hospitalizowanych. Ich rodzaj, ilość i sposób zabezpieczenia, uzupełniania oraz wymiany są określone w formie pisemnej. Minimalny zestaw dostępnych leków i materiałów powinien być zgodny z aktualnymi wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji i obowiązującymi przepisami.

Leki, sprzęt i materiały powinny być przechowywane w sposób funkcjonalny, umożliwiający szybkie dotarcie do pacjenta oraz dogodne korzystanie z zestawu. Należy wyznaczyć osobę odpowiedzialną za określenie zawartości zestawu i jego aktualizację oraz nadzór nad zestawami w oddziałach.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital zapewnia dostęp do leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie zapewnia dostępu do leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 1**

## **PERSONEL JEST SZKOLONY W ZAKRESIE RESUSCYTACJI KRAŻENIOWO-ODDECHOWEJ.**

### **1. Opis wymagań**

Podstawowe znaczenie mają regularne, organizowane co dwa lata szkolenia w zakresie resuscytacji, w tym resuscytacji krążeniowo-oddechowej, ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki potrzeb danej jednostki organizacyjnej (np. wstrząs anafilaktyczny). Wymagane jest przeszkolenie praktyczne personelu, z użyciem fantomu.

Zakres szkolenia dla poszczególnych grup zawodowych jest ustalany przez szpital. Szkolenia powinny być prowadzone przez lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej albo ratowników medycznych, zgodnie z wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji.

Udział w szkoleniu powinien być udokumentowany. Szpital może uznawać potwierdzenie odbycia szkolenia w innym podmiocie leczniczym. Szkolenie można przeprowadzić z wykorzystaniem centrów symulacji klinicznych, jeżeli szpital posiada taką możliwość.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Personel jest szkolony w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z wymogami standardu: przeszkolono nie mniej niż 90% personelu.
- 3 Personel jest szkolony w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej nie w pełni zgodnie z wymogami standardu: przeszkolono nie mniej niż 70% personelu.
- 1 Personel nie jest szkolony w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

**ZŻ 6**

## **W SZPITALU PROWADZONA JEST ANALIZA CZYNNOŚCI RESUSCYTACYJNYCH (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### 1. Opis wymagań

Analiza resuscytacji prowadzonych w szpitalu służy do poprawy skuteczności działań resuscytacyjnych podejmowanych w szpitalu.

Analiza resuscytacji, prowadzona dwa razy w roku, powinna obejmować:

- 1) liczbę interwencji;
- 2) skuteczność interwencji;
- 3) określenie przyczyny zatrzymania krążenia i oddychania;
- 4) czas rozpoczęcia czynności resuscytacyjnych;
- 5) zgodność postępowania z przyjętą Standardową Procedurą Postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia;
- 6) ocenę postępowania personelu uczestniczącego w resuscytacji w oddziałach.

Wnioski z analizy resuscytacji powinny dotyczyć co najmniej:

- 1) modyfikacji lub braku potrzeby zmiany Standardowej Procedury Postępowania;
- 2) dostępności i funkcjonalności leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach zagrożenia życia;
- 3) działań edukacyjnych.

Wnioski z analizy są prezentowane personelowi; po wyłączeniu danych osobowych powinny stanowić materiał pomocniczy w trakcie szkolenia z resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu jest prowadzona analiza resuscytacji zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 W szpitalu nie jest prowadzona analiza resuscytacji zgodnie z wymogami standardu.

#### 4. Kamienie milowe

- 1) szpital prowadzi analizę resuscytacji 2 razy w roku;
- 2) przeprowadzana przez szpital analiza resuscytacji obejmuje liczbę interwencji;
- 3) przeprowadzana przez szpital analiza resuscytacji obejmuje skuteczność interwencji;
- 4) przeprowadzana przez szpital analiza resuscytacji obejmuje określenie przyczyny zatrzymania krążenia i oddychania;
- 5) przeprowadzana przez szpital analiza resuscytacji obejmuje czas rozpoczęcia czynności resuscytacyjnych;
- 6) przeprowadzana przez szpital analiza resuscytacji obejmuje zgodność postępowania z przyjętą Standardową Procedurą Postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia;
- 7) przeprowadzana przez szpital analiza resuscytacji obejmuje ocenę postępowania personelu uczestniczącego w resuscytacji w oddziałach;
- 8) szpital wyciąga wnioski z analizy resuscytacji, które dotyczą modyfikacji lub braku potrzeby zmiany Standardowej Procedury Postępowania;
- 9) szpital wyciąga wnioski z analizy resuscytacji, które dotyczą dostępności i funkcjonalności leków stosowanych w stanach zagrożenia życia;
- 10) szpital wyciąga wnioski z analizy resuscytacji, które dotyczą dostępności i funkcjonalności sprzętu i materiałów stosowanych w stanach zagrożenia życia;
- 11) szpital wyciąga wnioski z analizy resuscytacji, które dotyczą działań edukacyjnych;
- 12) wnioski z analizy prezentowane są personelowi;
- 13) zanonimizowane wnioski stanowią materiał pomocniczy w trakcie szkolenia z resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Co najmniej 60% stanowi 8 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

ZZ 7

### W SZPITALU FUNKCJONUJE SYSTEM WCZESNEGO REAGOWANIA NA ZAGROŻENIE NAGŁEGO POGORSZENIA STANU ZDROWIA.

Wczesna identyfikacja pacjentów zagrożonych gwałtownym pogorszeniem stanu zdrowia jest kluczowym elementem świadczącym o jakości i bezpieczeństwie opieki, dlatego też, należy wprowadzić system powiadamiania ratunkowego, służący do szybkiego ustalania i wdrażania optymalnego planu postępowania.

Działanie systemu obejmuje co najmniej:

- 1) wczesne identyfikowanie pacjentów zagrożonych gwałtownym pogorszeniem stanu zdrowia lub zatrzymaniem krążenia poprzez bieżący i regularny pomiar czynności życiowych;
- 2) wprowadzenie kryteriów wczesnego identyfikowania pacjentów zagrożonych gwałtownym pogorszeniem stanu zdrowia i bezzwłocznego powiadamiania o tym lekarza prowadzącego lub dyżurnego, który przeprowadza ocenę stanu klinicznego i zleca konieczną interwencję w oddziale lub przekazanie pacjenta do szpitala z oddziałem intensywnej terapii;
- 3) powołanie interwencyjnego zespołu wczesnego reagowania ZWR, którego zadaniem jest podejmowanie interwencji u pacjentów, których stan kliniczny ulega nagłemu pogorszeniu. Możliwe jest powołanie takiego zespołu na bazie szpitalnego zespołu resuscytacyjnego.

## **SZPITAL WDROŻYŁ SYSTEM WCZESNEJ IDENTYFIKACJI PACJENTÓW ZAGROŻONYCH NAGŁYM POGORSZENIEM STANU ZDROWIA (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Wczesne identyfikowanie pacjentów zagrożonych gwałtownym pogorszeniem stanu zdrowia lub zatrzymaniem krążenia przez pielęgniarki i/lub lekarzy z oddziałów, stanowi istotny element systemu wczesnego powiadamiania ratunkowego. Regularna ocena lekarska i pielęgniarska służy rejestrowaniu zmian stanu pacjenta. Ocena dotyczy pomiaru czynności życiowych, takich jak:

- 1) częstość oddechów;
- 2) częstotliwość rytmu serca;
- 3) ciśnienie tętnicze krwi;
- 4) temperatura ciała;
- 5) stan świadomości.

Częstość monitorowania parametrów życiowych może być większa lub mniejsza w zależności od sytuacji klinicznej; wymagane jest prowadzenie pomiaru minimum dwa razy w ciągu doby. Zmiany w zakresie wartości poszczególnych parametrów w czasie można prezentować graficznie, w formie trendu na karcie gorączkowej.

System wczesnego reagowania obejmuje kryteria powiadamiania lekarza prowadzącego/dyżurnego oraz wzywania zespołu interwencyjnego. Wezwanie może nastąpić w sytuacji, gdy:

- 1) personel w oddziale jest zaniepokojony stanem pacjenta  
lub
- 2) na podstawie oceny parametrów życiowych w oparciu o przyjętą skalę, np.:
  - a) skalę objawową: obserwacja odchyłeń od normy w zakresie: temperatury, częstości oddechów, ciśnienia tętniczego, tętna, świadomości, diurezy  
lub
  - b) skalę punktową: NEWS2 lub MEWS.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital wdrożył system wczesnej identyfikacji pacjentów zagrożonych nagłym pogorszeniem stanu zdrowia zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie wdrożył wczesnej identyfikacji pacjentów zagrożonych nagłym pogorszeniem stanu zdrowia zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 1**

## **W SZPITALU FUNKCJONUJE INTERWENCYJNY ZESPÓŁ WCZESNEGO REAGOWANIA ZWR (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Powołanie zespołu interwencyjnego ZWR obejmuje określenie:

- 1) celów działania;
- 2) kryteriów i sposobu powiadamiania;

- 3) zadań;
- 4) zasad współpracy z oddziałami i zespołem reanimacyjnym (jeżeli stanowi odrębną strukturę);
- 5) składu;
- 6) kwalifikacji;
- 7) kompetencji i uprawnień;
- 8) kryteriów skuteczności.

Podstawowe cele działania zespołu obejmują:

- 1) zmniejszenie obserwowanej liczby resuscytacji w oddziałach;
- 2) zapobieganie nieplanowanym przyjęciom do oddziału intensywnej terapii;
- 3) zmianę sposobu postępowania i opieki szpitalnej wobec pacjentów zagrożonych wystąpieniem stanu krytycznego.

Do zadań zespołu należy:

- 1) całodobowe konsultowanie i podejmowane decyzji w zakresie planu postępowania – decyzje diagnostyczno-terapeutyczne powinny być podejmowane wspólnie z personelem oddziału. Wezwany zespół interwencyjny wraz z personelem oddziału ocenia stan kliniczny, przeprowadza doraźne interwencje w celu stabilizacji stanu pacjenta, zaleca postępowanie na miejscu lub przekazanie chorego do oddziału intensywnej terapii;
- 2) pomoc w opiece nad pacjentami wypisanymi z oddziału intensywnej terapii przez minimum 48 godzin po wypisie np. w formie wizyt kontrolnych lub konsultacji telefonicznych.

Aby zapewnić skuteczne działanie zespołu wczesnego reagowania szpital powinien:

- 1) wskazać koordynatora i skład osobowy;
- 2) ustalić zakres uprawnień i obowiązków ZWR i personelu oddziału wzywającego;
- 3) określić zasady współpracy z zespołem resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- 4) wprowadzić protokół SBAR, jako narzędzie służące do efektywnej komunikacji;
- 5) ustalić sposób powiadamiania ZWR np. poprzez wydzielenie niezależnego numeru telefonu – inny numer kontaktowy niż wykorzystywany w przypadku wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia;
- 6) określić jasne, jednoznaczne i wiarygodne kryteria powiadamiania o nagłym pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta;
- 7) przyjąć ujednolicony sposób dokumentowania interwencji.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu 24/7 funkcjonuje zespół interwencyjny ZWR zgodnie z wymogami standardu.
- 3 W szpitalu funkcjonuje zespół interwencyjny w oparciu o szpitalny zespół resuscytacyjny.
- 1 W szpitalu nie funkcjonuje zespół interwencyjny ZWR ani zespół interwencyjny w oparciu o szpitalny zespół resuscytacyjny.

**Waga standardu – 0,75**

**ZZ 8**

## **SZPITAL WDROŻYŁ PROCEDURY POSTĘPOWANIA W ZDARZENIACH MNOGICH, MASOWYCH I KATASTROFACH.**

### 1. Opis wymagań

Szpital objęte wojewódzkim planem działania systemu PRM powinny określić sposób działania na wypadek zdarzenia mnogiego, masowego oraz katastrofy. Personel powinien odbywać regularnie



szkolenia dotyczące postępowania na wypadek zdarzenia masowego i katastrofy, co jest udokumentowane. Procedury powinny być spójne z powiatowymi i wojewódzkimi planami medycznych działań ratowniczych oraz z aktualnymi krajowymi wytycznymi i uwzględniać takie elementy jak:

- 1) określenie osób kierujących akcją i ich kompetencji;
- 2) określenie pomieszczeń do segregacji osób poszkodowanych;
- 3) określenie sposobu przyjmowania w krótkim czasie znacznej liczby pacjentów;
- 4) sposób organizacji zabezpieczenia pacjentów z dużą utratą krwi;
- 5) wzmocnienie obsady szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć w okresie zwiększonego napływu osób poszkodowanych;
- 6) zabezpieczenie niezbędnego sprzętu medycznego;
- 7) sposób przeprowadzania dekontaminacji w razie konieczności;
- 8) sposób powiadamiania i wzywania dodatkowego personelu z domu;
- 9) sposób przekazywania informacji o hospitalizowanych chorych osobom uprawnionym do ich uzyskania (w szczególności z wykorzystaniem komunikacji telefonicznej i internetowej).

Szpitaly spoza planu działania systemu PRM powinny być przygotowane, w miarę swoich możliwości, do udzielenia pomocy większej liczbie poszkodowanych w sytuacji, np. wypadku komunikacyjnego w pobliżu szpitala do czasu przybycia odpowiednich służb.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu objętym planem działania systemu PRM wdrożono procedurę postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy zgodnie z wymogami standardu. W szpitalu spoza tego planu wdrożono procedurę udzielania pomocy większej liczbie poszkodowanych.
- 1 W szpitalu objętym planem działania systemu PRM nie wdrożono procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy zgodnie z wymogami standardu. W szpitalu spoza planu działania systemu PRM nie wdrożono procedury udzielania pomocy większej liczbie poszkodowanych.

**Waga standardu – 0,75**

**ZŻ 8.1**

## **SZPITAL PRZEPROWADZA ĆWICZEBNĄ SYMULACJĘ NA WYPADEK ZDARZEŃ MASOWYCH I KATASTROF (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### 1. Opis wymagań

Szpitaly objęte wojewódzkim planem działania systemu PRM, oraz takie, których izba przyjęć jest włączona w system jednostek współpracujących z systemem PRM przeprowadzają coroczną, ćwiczebną symulację zdarzeń masowych i katastrof. Raport z przeprowadzonych ćwiczeń zawiera wnioski i zalecenia.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

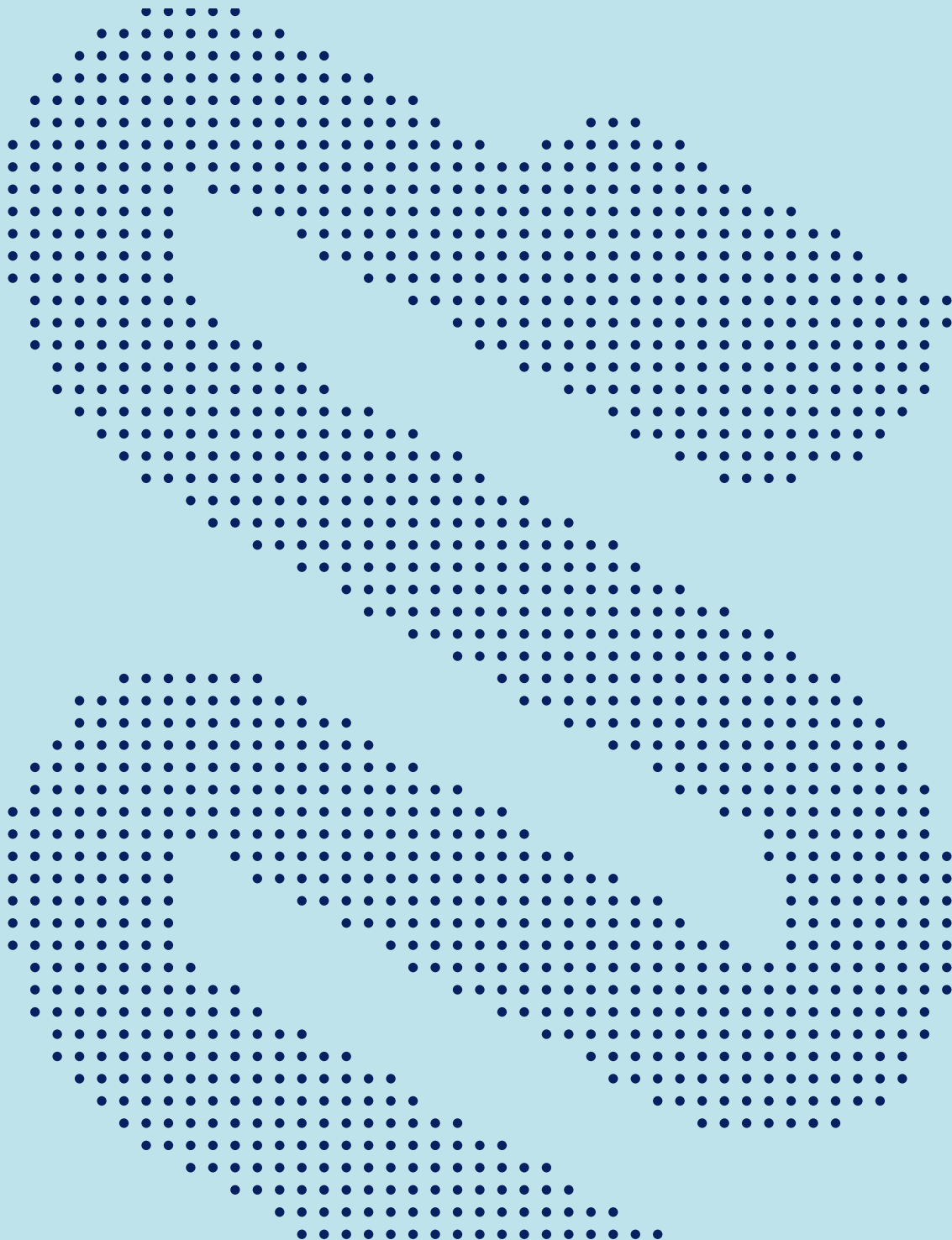
### 3. Ocena punktowa

- 5 Ćwiczebna symulacja przeprowadzana jest corocznie; raport z ćwiczeń zawiera wnioski i zalecenia.
- 3 Ćwiczebna symulacja przeprowadzana jest raz na dwa lata; raport z ćwiczeń zawiera wnioski i zalecenia.
- 1 Ćwiczebna symulacja jest przeprowadzana rzadziej niż co dwa lata lub raport z ćwiczeń nie zawiera wniosków i zaleceń.

**Waga standardu – 0,5**



# OPIEKA NAD PACJENTEM



## OPIEKA NAD PACJENTEM

<b>OP 1</b>	Indywidualny plan opieki jest opracowany dla każdego pacjenta.
<b>OP 1.1</b>	Plan opieki jest modyfikowany w zależności od potrzeb.
<b>OP 1.2</b>	Plan opieki i leczenia pacjentów przyjmowanych do zabiegów planowych jest ustalany przed przyjęciem.
<b>OP 2</b>	Szpital zapewnia konsultacje dla pacjentów.
<b>OP 3</b>	Szpital wdrożył wytyczne postępowania klinicznego.
<b>OP 4</b>	Szpital wdrożył procedurę przetaczania krwi i jej składników (standard obligatoryjny; standard może być wyłączony).
<b>OP 4.1</b>	Szpital wdrożył zasady postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia lub reakcji niepożądaną dotyczącą przetaczania krwi i jej składników.
<b>OP 5</b>	W szpitalu wdrożono profilaktykę żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej.
<b>OP 6</b>	W szpitalu wdrożono ocenę i leczenie bólu.
<b>OP 7</b>	Szpital wdrożył zasady postępowania z osobami pobudzonymi.
<b>OP 8</b>	Szpital wdrożył zasady opieki nad pacjentami w stanach terminalnych (standard może być wyłączony).
<b>OP 9</b>	W szpitalu wdrożono profilaktykę i leczenie odleżyn.
<b>OP 10</b>	Szpital zapobiega upadkom pacjentów.
<b>OP 11</b>	Szpital prowadzi edukację zdrowotną pacjentów.
<b>OP 12</b>	Szpital zapewnia pacjentom i personelowi konsultacje i pomoc psychologiczną.

# OPIEKA NAD PACJENTEM

Opiekę nad pacjentem należy prowadzić według planu, który określa główne działania, jakie lekarz planuje we współpracy z pielęgniarką, a w uzasadnionych przypadkach także z fizjoterapeutą, farmaceutą, farmaceutą ze specjalnością farmacji klinicznej, psychologiem, dietetykiem lub innym pracownikiem medycznym adekwatnie do potrzeb. Plan jest opracowany na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta i jego potrzeb, przy współpracy z pacjentem. Szpital powinien określić zabiegi, dla których plan leczenia i opieki ustala się przed przyjęciem do szpitala. Opieka nad pacjentem jest prowadzona zgodnie z aktualną wiedzą medyczną z wykorzystaniem Standardowych Procedur Postępowania klinicznego (SOP). Szpital powinien też opracować standardy dotyczące:

- 1) przetaczania krwi i jej składników;
- 2) profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej;
- 3) oceny i leczenia bólu;
- 4) profilaktyki i leczenia odleżyn;
- 5) zapobiegania upadkom pacjentów.

Opieka nad pacjentami w sytuacjach szczególnych np. pobudzonych psychoruchowo, w stanach terminalnych wymaga szczególnego nadzoru i uwagi personelu. Opieka nad pacjentem obejmuje też wsparcie psychologiczne pacjentów i personelu oraz edukację pacjentów i osób bliskich oraz przedstawicieli ustawowych pacjenta. Katalog standardów szpitalnych jest powszechnie dostępny dla personelu i podlega systematycznej aktualizacji.

## OP 1

### INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI JEST OPRACOWANY DLA KAŻDEGO PACJENTA.

#### 1. Opis wymagań

W oparciu o wywiad, badanie fizykalne i wstępne wyniki innych badań lekarz we współpracy z pacjentem, jeśli pozwala na to jego stan zdrowia, opracowuje indywidualny plan opieki. Plan powinien być opracowany bezpośrednio po przyjęciu do szpitala. Dla pacjentów przyjmowanych na planowe zabiegi, kwalifikowanych do leczenia w ambulatorium szpitalnym, optymalne jest opracowanie planu opieki przed hospitalizacją. W stanach potencjalnego zagrożenia życia, indywidualny plan opieki powinien być określony po ustabilizowaniu funkcji życiowych. Plan opieki oraz ewentualna jego modyfikacja znajduje się w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, np. w obserwacjach lekarskich.

Plan opieki powinien być wynikiem współpracy całego Zespołu medycznego w tym; lekarzy, pielęgniarek, dietetyków, fizjoterapeutów, psychologów i innych specjalistów zaangażowanych w opiekę nad pacjentem.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

#### 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera indywidualny plan opieki.
- 3 70%-89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera indywidualny plan opieki.
- 1 Poniżej 70% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera indywidualny plan opieki.

**Waga standardu – 0,5**

**OP 1.1****PLAN OPIEKI JEST MODYFIKOWANY  
W ZALEŻNOŚCI OD POTRZEB.****1. Opis wymagań**

Zmiana stanu zdrowia pacjenta, uzyskanie nieoczekiwanych wyników badań, czy przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych oraz brak możliwości realizacji zaplanowanych działań diagnostycznych lub terapeutycznych mogą wymagać aktualizacji planu opieki.

**2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

**3. Ocena punktowa**

- 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.

**Waga standardu – 0,5**

**OP 1.2****PLAN OPIEKI I LECZENIA PACJENTÓW  
PRZYJMOWANYCH DO ZABIEGÓW PLANOWYCH  
JEST USTALANY PRZED PRZYJĘCIEM.****1. Opis wymagań**

Standard dotyczy pacjentów kwalifikowanych do planowych zabiegów w poradni przyszpitalnej, którzy powinni otrzymać informację o proponowanym postępowaniu medycznym przed przyjęciem, w poradni, tak aby mieli czas na przemyślenie, ewentualnie na zasięgnięcie niezależnej opinii i by zgoda na zabieg była w pełni świadoma. Przed przyjęciem należy określić zabiegi, dla których plan leczenia i opieki możliwy i zasadny jest do ustalenia przed przyjęciem do szpitala.

W oparciu o:

- 1) badanie podmiotowe;
- 2) badanie przedmiotowe;
- 3) wyniki badań diagnostycznych;
- 4) ocenę stopnia zaawansowania choroby;
- 5) ocenę stanu ogólnego pacjenta;
- 6) oszacowanie ryzyka postępowania leczniczego.

Lekarz kwalifikuje pacjenta do planowego zabiegu i proponuje plan postępowania.

Pacjent powinien uzyskać wyczerpującą informację na temat zabiegu i postępowania okołozabiegowego w przystępnym i zrozumiałym języku.

Plan postępowania określony przed przyjęciem do szpitala powinien znajdować się w historii choroby; potwierdzony lub modyfikowany podczas hospitalizacji.

**2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Dla określonych zabiegów plan leczenia i opieki dla pacjentów przyjmowanych planowo jest ustalany przed przyjęciem zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Nie określono zabiegów, dla których plan leczenia i opieki jest ustalany przed przyjęciem.

### 4. Kamienie milowe

- 1) pacjenci kwalifikowani do planowych zabiegów w poradni przyszpitalnej otrzymują informację o proponowanym postępowaniu medycznym, przed przyjęciem, zapewniany jest im w ten sposób czas na przemyślenie, ewentualnie na zasięgnięcie niezależnej opinii;
- 2) szpital określił zabieg dla których plan leczenia i opieki możliwy oraz zasadny jest do ustalenia przed przyjęciem do szpitala (lista zabiegów);
- 3) lekarz kwalifikuje pacjenta do planowego zabiegu i proponuje plan postępowania w oparciu o badanie podmiotowe;
- 4) lekarz kwalifikuje pacjenta do planowego zabiegu i proponuje plan postępowania w oparciu o badanie przedmiotowe;
- 5) lekarz kwalifikuje pacjenta do planowego zabiegu i proponuje plan postępowania w oparciu o wyniki badań diagnostycznych;
- 6) lekarz kwalifikuje pacjenta do planowego zabiegu i proponuje plan postępowania w oparciu o ocenę stopnia zaawansowania choroby;
- 7) lekarz kwalifikuje pacjenta do planowego zabiegu i proponuje plan postępowania w oparciu o ocenę stanu ogólnego pacjenta;
- 8) lekarz kwalifikuje pacjenta do planowego zabiegu i proponuje plan postępowania w oparciu o oszacowanie ryzyka postępowania leczniczego;
- 9) pacjent uzyskuje wyczerpującą informację na temat zabiegu i postępowania okołozabiegowego;
- 10) pacjent uzyskuje zrozumiałą informację na temat zabiegu i postępowania okołozabiegowego;
- 11) plan postępowania ustalony przed przyjęciem znajduje się w historii choroby;
- 12) plan postępowania jest potwierdzony lub modyfikowany podczas hospitalizacji.

Co najmniej 60% stanowi 8 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

## OP 2

## SZPITAL ZAPEWNI KONSULTACJE DLA PACJENTÓW.

### 1. Opis wymagań

Zasady konsultowania pacjentów w zakresie diagnostyki lub leczenia powinny określać:

- 1) czas uzyskania konsultacji;
- 2) konsultantów;
- 3) sposób dokumentowania konsultacji.

Dotyczy to także uzyskiwania konsultacji poza szpitalem oraz konsultacji pilnych w dni wolne i święta. Informacje o sposobie uzyskiwania konsultacji powinny być łatwo dostępne we wszystkich obszarach sprawowania opieki.

Szpital określa sposób postępowania w przypadku braku możliwości uzyskania konsultacji w określonym czasie.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;



- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu wdrożono zasady konsultowania pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 W szpitalu nie określono i/lub nie wdrożono zasad konsultowania pacjentów zgodnie z wymogami standardu.

### 4. Kamienie milowe

- 1) ustalone przez szpital zasady konsultowania pacjentów w zakresie diagnostyki lub leczenia określają czas uzyskania konsultacji;
- 2) ustalone przez szpital zasady konsultowania pacjentów w zakresie diagnostyki lub leczenia określają konsultantów;
- 3) ustalone przez szpital zasady konsultowania pacjentów w zakresie diagnostyki lub leczenia określają sposób dokumentowania konsultacji;
- 4) zasady konsultowania pacjentów w zakresie diagnostyki lub leczenia stosowane są w przypadku konsultacji poza szpitalem;
- 5) zasady konsultowania pacjentów w zakresie diagnostyki lub leczenia stosowane są w przypadku konsultacji pilnych;
- 6) zasady konsultowania pacjentów w zakresie diagnostyki lub leczenia stosowane są w przypadku konsultacji w dni wolne i święta;
- 7) szpital zapewnia łatwo dostępną informację o sposobie uzyskiwania konsultacji we wszystkich obszarach sprawowania opieki;
- 8) został określony sposób postępowania w przypadku braku możliwości uzyskania konsultacji w określonym czasie.

Co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,25**

## OP 3

## SZPITAL WDROŻYŁ WYTTCZNE POSTĘPOWANIA KLINICZNEGO.

### 1. Opis wymagań

Szpital wdraża aktualne wytyczne postępowania klinicznego adekwatnie do profilu oddziałów z uwzględnieniem uwarunkowań lokalnych. Wytyczne mogą być opracowane w formie algorytmów, z uwzględnieniem kilku ścieżek postępowania. Powinny wskazywać osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych działań w ramach opisywanego postępowania i dotyczyć istotnych obszarów opieki w każdym oddziale.

Wytyczne powinny być:

- 1) dostępne dla personelu;
- 2) stosowane;
- 3) aktualizowane zgodnie z wiedzą medyczną;
- 4) corocznie oceniane pod kątem wdrożenia.

Jeżeli konieczne jest odstępianie od zalecanego postępowania, informacja na ten temat powinna znajdować się w historii choroby.

Szpital posiada katalog wytycznych postępowania klinicznego stosowanych w oddziałach. Oddziały poddają corocznej ocenie poziom wdrożenia wytycznych postępowania klinicznego, które są corocznie aktualizowane.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W każdym oddziale wdrożono co najmniej jedną wytyczną postępowania klinicznego, co potwierdza ocena wdrożenia.
- 3 W każdym oddziale przyjęto co najmniej jedną wytyczną postępowania klinicznego, lecz nie przeprowadzono oceny wdrożenia.
- 1 Nie w każdym oddziale przyjęto wytyczne postępowania zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

### OP 4

## SZPITAL WDROŻYŁ PROCEDURĘ PRZETACZANIA KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW (STANDARD OBLIGATORYJNY; STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

### 1. Opis wymagań

Procedury postępowania przed, w trakcie i po przetoczeniu krwi i jej składników powinny zostać wdrożone w oddziałach szpitalnych i w razie potrzeby aktualizowane.

Szpital powinien posiadać procedury, które obejmują m.in. zasady:

- 1) sprawdzania każdej jednostki krwi lub jej składnika przeznaczonych do przetoczenia;
- 2) prowadzenia dokumentacji związanej z przetoczeniem krwi i jej składników: zapis w historii choroby, książce transfuzyjnej, raporcie pielęgniarstwie, karcie informacyjnej i jej archiwizacji;
- 3) postępowania z krwią i jej składnikami przed transfuzją;
- 4) postępowania z resztkami poprzetoczeniowymi i krwią niewykorzystaną;
- 5) postępowania w razie odmowy udzielenia zgody na przetoczenie krwi i jej składników.

Personel uczestniczący w transfuzji posiada stosowne uprawnienia; lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią w szpitalu posiada aktualne zaświadczenie o przeszkoleniu.

Standard jest obligatoryjny dla szpitali realizujących procedury zabiegowe, dla pozostałych szpitali może podlegać wyłączeniu.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital wdrożył procedurę przetaczania krwi i jej składników na oddziałach szpitalnych zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie wdrożył procedury przetaczania krwi i jej składników na oddziałach szpitalnych zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

## **SZPITAL WDROŻYŁ ZASADY POSTĘPOWANIA NA WYPADEK WYSTĄPIENIA ZDARZENIA LUB REAKCJI NIEPOŻĄDANEJ DOTYCZĄCEJ PRZETACZANIA KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW.**

### **1. Opis wymagań**

Procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia lub reakcji niepożądaney powinny być wdrożone i w razie potrzeby korygowane. Procedury powinny obejmować:

- 1) postępowanie z pacjentem;
- 2) postępowanie ze składnikiem krwi;
- 3) wykaz potrzebnych badań laboratoryjnych wykonanych u biorcy w zależności od wystąpienia reakcji lub zdarzenia niepożądanego po przetoczeniu krwi i jej składników;
- 4) zasady dokumentowania zdarzenia lub reakcji niepożądaney oraz przekazywania informacji pacjentowi, osobom bliskim, osobom upoważnionym lub przedstawicielom ustawowym pacjenta;
- 5) zasadę zgłaszania zdarzenia lub reakcji niepożądaney do banku krwi, pracowni immunologii transfuzjologicznej oraz organu nadzorczego: RCKiK właściwego dla miejsca działalności.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 W szpitalu wdrożono zasady postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia lub reakcji niepożądaney zgodnie z wymogami standardu.
- 1 W szpitalu nie wdrożono zasad postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia lub reakcji niepożądaney zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

## **W SZPITALU WDROŻONO PROFILAKTYKĘ ŻYLNEJ CHOROBY ZAKRZEPOWO-ZATOROWEJ.**

### **1. Opis wymagań**

W oparciu o aktualne wytyczne kliniczne szpital powinien opracować i wdrożyć Standardową Procedurę Postępowania w profilaktyce żylny choroby zakrzepowo-zatorowej, z uwzględnieniem szczególnych grup pacjentów np. trombofilia, która obejmuje:

- 1) udokumentowaną ocenę pacjentów pod względem ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej opartą o jedną z ogólnie przyjętych skal oceny ryzyka;
- 2) kwalifikację do poszczególnych grup ryzyka;
- 3) określenie dostępności leków i sprzętu wymaganych standardem;
- 4) określenie dostępności do właściwych badań diagnostycznych;
- 5) ocenę wdrożenia i skuteczności prowadzonej profilaktyki.

Profilaktyka powinna obejmować metody farmakologiczne oraz mechaniczne, zgodnie z przyjętymi wytycznymi. Szpital zapewnia środki i możliwość realizacji standardu.

Celem nadzoru wdrożenia profilaktyki żylny choroby zakrzepowo-zatorowej w oddziałach zabiegowych szpital:

- 1) monitoruje czas podawania pierwszej dawki profilaktycznej antykoagulacji;
- 2) określa liczbę niezbędnych urządzeń do prowadzenia przerywanego ucisku pneumatycznego (PUP) w oparciu o:
  - a) liczbę operowanych pacjentów z dużym ryzykiem zakrzepicy żyłnej lub zatoru płuc,
  - b) rodzaj zabiegów stwarzających wysokie ryzyko zakrzepicy żył głębokich i zatoru płuc w których rutynowo winny być stosowane mankiety PUP w czasie i po zabiegu,
  - c) liczbę pacjentów, u których nie można zastosować antykoagulacji farmakologicznej z uwagi na duże ryzyko krwawienia,
  - d) czas standardowego stosowania PUP zależny od przeciętnego czasu do uruchomienia pacjenta po zabiegu;
- 3) określa osoby odpowiedzialne za wdrożenie i prowadzenie profilaktyki przeciwzakrzepowej;
- 4) corocznie analizuje, na podstawie dokumentacji medycznej, czy w oddziałach zabiegowych leki oraz przerywany ucisk pneumatyczny w profilaktyce są stosowane zgodnie ze Standardową Procedurą Postępowania.

W przypadku odstąpienia od wdrożenia profilaktyki pomimo wskazania, wynikającego z oceny ryzyka, informacja na ten temat powinna znajdować się w historii choroby.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu wdrożono profilaktykę żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 W szpitalu nie wdrożono profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) roby zakrzepowo-zatorowej w oparciu o aktualne wytyczne kliniczne;
- 2) Standardowa Procedura Postępowania w profilaktyce żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej uwzględnia grupy szczególne pacjentów np. Trombofilia;
- 3) Standardowa Procedura Postępowania w profilaktyce żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej obejmuje udokumentowaną ocenę pacjentów pod względem ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej opartą o jedną z ogólnie przyjętych skal oceny ryzyka;
- 4) Standardowa Procedura Postępowania w profilaktyce żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej obejmuje kwalifikację do poszczególnych grup ryzyka;
- 5) Standardowa Procedura Postępowania w profilaktyce żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej obejmuje określenie dostępności leków i sprzętu wymaganych standardem;
- 6) Standardowa Procedura Postępowania w profilaktyce żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej obejmuje określenie dostępności do właściwych badań diagnostycznych;
- 7) Standardowa Procedura Postępowania w profilaktyce żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej obejmuje ocenę wdrożenia i skuteczności prowadzonej profilaktyki;
- 8) profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej obejmuje metody farmakologiczne zgodnie z przyjętymi wytycznymi;
- 9) profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej obejmuje metody mechaniczne zgodnie z przyjętymi wytycznymi;
- 10) szpital monitoruje czas podawania pierwszej dawki profilaktycznej antykoagulacji;
- 11) szpital określa liczbę niezbędnych urządzeń do prowadzenia przerywanego ucisku pneumatycznego (PUP);

- 12) szpital określa osoby odpowiedzialne za wdrożenie i prowadzenie profilaktyki przeciwzakrzepowej;
- 13) szpital raz w roku analizuje, na podstawie dokumentacji medycznej, czy w oddziałach zabiegowych leki oraz przerywany ucisk pneumatyczny w profilaktyce są stosowane zgodnie ze Standardową Procedurą Postępowania;
- 14) w przypadku odstąpienia od wdrożenia profilaktyki pomimo wskazania, wynikającego z oceny ryzyka, informacja na ten temat umieszczana jest w historii choroby.

Co najmniej 60% stanowi 9 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,75**

## OP 6

# W SZPITALU WDROŻONO OCENĘ I LECZENIE BÓLU.

## 1. Opis wymagań

Pacjenci nie powinni cierpieć z powodu bólu, dlatego należy opracować zasady monitorowania i leczenia bólu zgodne z aktualną wiedzą medyczną, które uwzględniają:

- 1) identyfikację pacjentów z dolegliwościami bólowymi;
- 2) prowadzenie oceny stopnia natężenia dolegliwości bólowych, zgodnie z przyjętą skalą, uwzględniającą specyfikę leczonych chorych np. pacjentów nieprzytomnych;
- 3) leczenie przyczynowe lub objawowe zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- 4) zapobieganie działaniom niepożądanym poszczególnych grup leków.

Leczenie przeciwbólowe powinno być skuteczne: leki przeciwbólowe, dawki i częstość podawania powinny być adekwatne do stopnia natężenia bólu, jego lokalizacji oraz patomechanizmu powstawania i dokumentowane w historii choroby.

W przypadkach konieczności kontynuowania leczenia bólu po wypisie ze szpitala, pacjenci powinni otrzymać szczegółowe i jednoznaczne zalecenia. Kierownik szpitala zapewnia środki i możliwość realizacji standardu. Szpital prowadzi ocenę skuteczności leczenia bólu.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) ocena opinii i doświadczeń pacjentów;
- 5) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu wdrożono ocenę i leczenie bólu zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 W szpitalu nie wdrożono oceny i leczenia bólu zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) w szpitalu opracowano procedurę obejmującą identyfikację pacjentów z dolegliwościami bólowymi;
- 2) w szpitalu prowadzona jest ocena stopnia natężenia dolegliwości bólowych, zgodnie z przyjętą skalą;
- 3) ocena stopnia natężenia dolegliwości bólowych uwzględnia kontekst pacjentów nieprzytomnych (o ile ma to zastosowanie w szpitalu);

- 4) ocena stopnia natężenia dolegliwości bólowych uwzględnia kontekst pacjentów z zaburzeniami poznawczymi, np. demencją (o ile ma to zastosowanie w szpitalu);
- 5) ocena stopnia natężenia dolegliwości bólowych uwzględnia kontekst pacjentów pediatrycznych (o ile ma to zastosowanie w szpitalu);
- 6) ocena stopnia natężenia dolegliwości bólowych uwzględnia kontekst noworodków (o ile ma to zastosowanie w szpitalu);
- 7) w szpitalu realizowane jest leczenie bólu zgodnie z aktualną wiedzą;
- 8) w szpitalu monitorowane są źródła aktualnej wiedzy na temat leczenia bólu;
- 9) edukacja dla personelu na temat leczenia bólu zgodnego z aktualną wiedzą jest realizowana w oddziałach szpitalnych;
- 10) w szpitalu prowadzona jest ocena skuteczności zastosowanego leczenia przeciwbólowego w kontekście indywidualnych pacjentów;
- 11) w szpitalu prowadzona jest ocena skuteczności zastosowanego leczenia przeciwbólowego w kontekście zbiorczym dla poszczególnych oddziałów i całego szpitala;
- 12) w szpitalu prowadzona jest analiza działań niepożądanych związanych z zastosowaniem leków przeciwbólowych;
- 13) w przypadkach konieczności kontynuowania leczenia bólu po wypisie ze szpitala, pacjenci otrzymują szczegółowe zalecenia w karcie wypisowej;
- 14) szpital zapewnia środki na prowadzenie działań związanych z leczeniem bólu zgodnie z wymogami standardu.

Co najmniej 60% stanowi 8 kamieni milowych.

**Waga standardu – 1**

## OP 7

# SZPITAL WDROŻYŁ ZASADY POSTĘPOWANIA Z OSOBAMI POBUDZONYMI.

## 1. Opis wymagań

Szpital wdrożył zasady postępowania z pacjentami pobudzonymi, np. po zabiegach operacyjnych, w stanach psychiatrycznych, pod wpływem substancji psychoaktywnych, z myślami samobójczymi. Szpital powinien dysponować stosowanym sprzętem i nadzorować stosowanie przymusu fizycznego i farmakologicznego.

Każdorazowe zastosowanie przymusu bezpośredniego wymaga:

- 1) dokonania wpisu w historii choroby;
- 2) prowadzenia karty przymusu bezpośredniego;
- 3) zgłaszania przypadków zastosowania przymusu kierownictwu szpitala.

Szpital powinien prowadzić zestawienie zgłoszeń zastosowanego przymusu i oceniać przypadki pod względem zasadności i poprawności podjętych działań ze szczególnym uwzględnieniem monitorowania stanu zdrowia pacjenta oraz konieczności badania lekarskiego, w tym psychiatrycznego.

Szpital powinien także określić zasady współpracy z ochroną lub policją w odniesieniu do osób pobudzonych (pacjenci SOR lub IP oraz odwiedzający) i stanowiących zagrożenie dla personelu i pacjentów.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital wdrożył zasady postępowania zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie wdrożył zasad postępowania zgodnie z wymogami standardu.

### 4. Kamienie milowe

- 1) szpital wdrożył zasady postępowania z pacjentami pobudzonymi po zabiegach operacyjnych;
- 2) szpital wdrożył zasady postępowania z pacjentami w stanach psychotycznych;
- 3) szpital wdrożył zasady postępowania z pacjentami pod wpływem substancji psychoaktywnych;
- 4) szpital wdrożył zasady postępowania z pacjentami z myślami samobójczymi;
- 5) szpital dysponuje stosownym sprzętem i nadzoruje stosowanie przymusu fizycznego;
- 6) szpital dysponuje stosownym sprzętem i nadzoruje stosowanie przymusu farmakologicznego;
- 7) wszystkie zastosowane przymusy bezpośrednie są udokumentowane wpisem w historii choroby;
- 8) wszystkie zastosowane przymusy bezpośrednie posiadają uzupełnioną kartę przymusu bezpośredniego;
- 9) wszystkie zastosowane przymusy bezpośrednie zostały zgłoszone kierownikowi szpitala;
- 10) szpital prowadzi zestawienie zgłoszeń zastosowanych przymusów bezpośrednich;
- 11) szpital ocenia przypadki zastosowania przymusu bezpośredniego pod względem zasadności podjętych działań;
- 12) szpital ocenia przypadki zastosowania przymusu bezpośredniego pod względem poprawności podjętych działań;
- 13) ocena poprawności przymusu bezpośredniego uwzględnia monitorowanie stanu zdrowia pacjenta;
- 14) ocena poprawności przymusu bezpośredniego uwzględnia konieczność badania lekarskiego, w tym psychiatrycznego;
- 15) szpital określił zasady współpracy z ochroną lub policją w odniesieniu do osób pobudzonych – pacjentów SOR lub IP, którzy stanowią zagrożenie dla personelu i pacjentów;
- 16) szpital określił zasady współpracy z ochroną /lub policją w odniesieniu do osób pobudzonych – odwiedzających, którzy stanowią zagrożenie dla personelu i pacjentów.

Co najmniej 60% stanowi 10 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,75**

**OP 8**

## **SZPITAL WDROŻYŁ ZASADY OPIEKI NAD PACJENTAMI W STANACH TERMINALNYCH (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### 1. Opis wymagań

Pacjentów w stanach terminalnych oraz ich bliskich należy otoczyć specjalną opieką, która uwzględnia:

- 1) zapewnienie zgodnych z możliwościami szpitala warunków zachowania prywatności pacjenta i ich bliskich;
- 2) skuteczne łagodzenie dolegliwości;
- 3) zaspokojenie potrzeb psychicznych i duchowych chorego;
- 4) zapewnienie godnych i możliwie komfortowych warunków pobytu dla osób bliskich lub przedstawicieli ustawowych pacjenta, sprawujących opiekę i towarzyszących chorym terminalnie;
- 5) poszanowanie osoby chorego poprzez unikanie terapii daremnej.

Szpital umożliwia personelowi uzyskanie umiejętności opieki nad pacjentami w stanach terminalnych poprzez szkolenia wewnętrzne; konsultacje specjalisty medycyny/opieki paliatywnej (lekarza lub pielęgniarki); współpracę z zespołem wspierającym opiekę paliatywną, w tym psychologiem.



## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital wdrożył zasady opieki nad pacjentami w stanach terminalnych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie wdrożył zasad opieki nad pacjentami w stanach terminalnych zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) pacjentów w stanach terminalnych, ich przedstawiciela ustawowego oraz bliskich pacjenta szpital otacza specjalną opieką poprzez zapewnienie zgodnych z możliwościami szpitala warunków zachowania prywatności dla pacjenta i osób bliskich;
- 2) pacjentów w stanach terminalnych, ich przedstawiciela ustawowego oraz bliskich pacjenta szpital otacza specjalną opieką poprzez skuteczne łagodzenie dolegliwości;
- 3) pacjentów w stanach terminalnych, ich przedstawiciela ustawowego oraz bliskich pacjenta szpital otacza specjalną opieką poprzez zaspokojenie potrzeb psychicznych i duchowych chorego;
- 4) pacjentów w stanach terminalnych, ich przedstawiciela ustawowego oraz bliskich pacjenta szpital otacza specjalną opieką poprzez zapewnienie godnych i możliwie komfortowych warunków pobytu dla osób bliskich, sprawujących opiekę i towarzyszących chorym terminalnie;
- 5) pacjentów w stanach terminalnych, ich przedstawiciela ustawowego oraz bliskich pacjenta szpital otacza specjalną opieką poprzez poszanowanie osoby chorego poprzez unikanie terapii daremnej;
- 6) szpital umożliwia personelowi uzyskanie umiejętności opieki nad pacjentami w stanach terminalnych poprzez szkolenia wewnętrzne;
- 7) szpital umożliwia personelowi uzyskanie umiejętności opieki nad pacjentami w stanach terminalnych poprzez konsultacje specjalisty medycyny/opieki paliatywnej (lekarza lub pielęgniarki).
- 8) szpital umożliwia personelowi uzyskanie umiejętności opieki nad pacjentami w stanach terminalnych poprzez współpracę z zespołem wspierającym opiekę paliatywną, w tym psychologiem.

Co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,25**

**OP 9**

## W SZPITALU WDROŻONO PROFILAKTYKĘ I LECZENIE ODLEŻYN.

### 1. Opis wymagań

Pacjentom leżącym, szczególnie zagrożonym powstaniem odleżyn, należy zapewnić ciągłą i zindywidualizowaną opiekę w zakresie profilaktyki, pielęgnacji i leczenia odleżyn.

Szpital powinien opracować i wdrożyć standard prewencji i leczenia odleżyn obejmujący:

- 1) ocenę ryzyka odleżyn;
- 2) kwalifikację do grup ryzyka;
- 3) określenie stopnia odleżyny;
- 4) postępowanie terapeutyczne;
- 5) dostępność do sprzętu oraz metod prewencji i leczenia.



Kierownik szpitala zapewnia środki do realizacji standardu profilaktyki przeciwoodleżynowej. Szpital prowadzi ocenę wdrożenia prowadzonej profilaktyki i skutecznej terapii odleżyn, a jej wyniki są omawiane w oddziałach. Analiza jest prowadzona co najmniej raz w roku przez powołany Zespół interdyscyplinarny (np. zespół ds. profilaktyki i leczenia odleżyn). Personel oddziału uczestniczy w okresowych szkoleniach/warsztatach o powyższej tematyce.

## **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

## **3. Ocena punktowa**

- 5 W szpitalu wdrożono profilaktykę i leczenie odleżyn zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych)
- 1 W szpitalu nie wdrożono profilaktyki i leczenia odleżyn zgodnie z wymogami standardu.

## **4. Kamienie milowe**

- 1) szpital zapewnia ciągłą i zindywidualizowaną opiekę w zakresie profilaktyki odleżyn pacjentom leżącym, szczególnie zagrożonym powstaniem odleżyn;
- 2) szpital zapewnia ciągłą i zindywidualizowaną opiekę w zakresie pielęgnacji odleżyn pacjentom leżącym, szczególnie zagrożonym powstaniem odleżyn;
- 3) szpital zapewnia ciągłą i zindywidualizowaną opiekę w zakresie leczenia odleżyn pacjentom leżącym, szczególnie zagrożonym powstaniem odleżyn;
- 4) szpital opracował standard prewencji i leczenia odleżyn;
- 5) szpital wdrożył standard prewencji i leczenia odleżyn;
- 6) standard prewencji i leczenia odleżyn obejmuje ocenę ryzyka odleżyn;
- 7) standard prewencji i leczenia odleżyn obejmuje kwalifikację do grup ryzyka;
- 8) standard prewencji i leczenia odleżyn obejmuje określenie stopnia odleżyny;
- 9) standard prewencji i leczenia odleżyn obejmuje postępowanie terapeutyczne;
- 10) standard prewencji i leczenia odleżyn obejmuje dostępność do sprzętu oraz metod prewencji;
- 11) standard prewencji i leczenia odleżyn obejmuje dostępność do sprzętu oraz metod leczenia;
- 12) szpital zapewnia środki do realizacji standardu profilaktyki przeciwoodleżynowej;
- 13) szpital prowadzi ocenę wdrożenia profilaktyki odleżyn;
- 14) wyniki prowadzonej oceny wdrożenia profilaktyki odleżyn są omawiane w oddziałach;
- 15) analiza wdrożenia profilaktyki odleżyn jest prowadzona co najmniej raz w roku przez powołany zespół interdyscyplinarny (np. zespół ds. profilaktyki i leczenia odleżyn);
- 16) szpital prowadzi ocenę wdrożenia skutecznej terapii odleżyn;
- 17) wyniki prowadzonej oceny wdrożenia skutecznej terapii odleżyn są omawiane w oddziałach;
- 18) analiza wdrożenia skutecznej terapii odleżyn jest prowadzona co najmniej raz w roku przez powołany zespół interdyscyplinarny (np. zespół ds. profilaktyki i leczenia odleżyn);
- 19) personel oddziału uczestniczy w okresowych szkoleniach / warsztatach o powyższej tematyce.

Co najmniej 60% stanowi 12 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

## 1. Opis wymagań

Zapobieganie upadkom i zagrożeniom, jakie mogą powodować, jest istotnym elementem poprawy bezpieczeństwa pacjenta. Szpital powinien określić:

- 1) profil pacjentów podlegających ocenie ryzyka upadku z uwzględnieniem specyfiki leczonych pacjentów i ich wieku, istniejących ograniczeń, danych uzyskanych z wywiadu.

Zapobieganie upadkom obejmuje:

- 1) ocenę ryzyka upadków pacjentów przy przyjęciu na oddział za pomocą przyjętej skali;
- 2) uwzględnienie historii upadków;
- 3) sposób identyfikacji pacjentów z grup ryzyka;
- 4) sposób postępowania adekwatnie do stwierdzonego ryzyka;
- 5) przekazywanie zaleceń poszpitalnych pacjentom z grup ryzyka, z uwzględnieniem propozycji ćwiczeń poprawiających sprawność ruchową i zachowanie równowagi, ocenę ryzyka stosowanej i planowanej do zastosowania farmakoterapii pod względem możliwości zwiększenia ryzyka upadku.

Ryzyko upadku poddawane jest ponownej ocenie po wystąpieniu upadku, istotnej zmianie stanu zdrowia, po przekazaniu pacjenta na inny oddział.

Szpital powinien określić postępowanie po wystąpieniu upadku, szczególnie, gdy jego skutkiem jest uraz lub poważne pogorszenie stanu zdrowia. W oparciu o dane dotyczące występowania upadków w oddziałach, należy modyfikować profil pacjentów podlegających ocenie ryzyka upadku. Kierownik szpitala zapewnia środki i możliwość realizacji standardu.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapobiega upadkom pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapobiega upadkom pacjentów zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) szpital określił profil pacjentów podlegających ocenie ryzyka upadku;
- 2) profil pacjentów podlegających ocenie ryzyka upadku uwzględnia specyfikę leczonych pacjentów;
- 3) profil pacjentów podlegających ocenie ryzyka upadku uwzględnia wiek leczonych pacjentów;
- 4) profil pacjentów podlegających ocenie ryzyka upadku uwzględnia istniejące ograniczenia;
- 5) profil pacjentów podlegających ocenie ryzyka upadku uwzględnia dane uzyskane z wywiadu;
- 6) działania zapobiegające upadkom obejmują ocenę ryzyka upadków pacjentów przy przyjęciu na oddział za pomocą przyjętej skali;
- 7) działania zapobiegające upadkom obejmują uwzględnienie historii upadków;
- 8) działania zapobiegające upadkom obejmują sposób postępowania adekwatnie do stwierdzonego ryzyka;
- 9) działania zapobiegające upadkom obejmują przekazywanie zaleceń pozaszpitalnych pacjentom z grup ryzyka, z uwzględnieniem propozycji ćwiczeń poprawiających sprawność ruchową i zachowanie równowagi;
- 10) działania zapobiegające upadkom obejmują ocenę ryzyka stosowanej i planowanej do zastosowania farmakoterapii pod względem możliwości zwiększenia ryzyka upadku;

- 11) ryzyko upadku poddawane jest ponownej ocenie po wystąpieniu upadku;
- 12) ryzyko upadku poddawane jest ponownej ocenie po istotnej zmianie stanu zdrowia;
- 13) ryzyko upadku poddawane jest ponownej ocenie po przekazaniu pacjenta na inny oddział;
- 14) szpital określił postępowanie po wystąpieniu upadku, szczególnie, gdy jego skutkiem jest uraz lub poważne pogorszenie stanu zdrowia;
- 15) profil pacjentów podlegających ocenie ryzyka upadku jest modyfikowany w oparciu o dane dotyczące występowania upadków w oddziałach;
- 16) szpital zapewnia środki i możliwość realizacji standardu.

Co najmniej 60% stanowi 10 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

## OP 11

# SZPITAL PROWADZI EDUKACJĘ ZDROWOTNĄ PACJENTÓW.

## 1. Opis wymagań

Edukacja zdrowotna pacjentów powinna być adekwatna do potrzeb zdrowotnych leczonych chorych i dotyczyć najczęściej występujących problemów zdrowotnych. Zalecane jest edukowanie pacjentów np. z cukrzycą, z nadwagą lub otyłością, stomią, portami naczyniowymi czy prowadzenie promocji karmienia piersią.

Powinna być nakierowana na zdrowie, zorientowana na czynniki ryzyka, zorientowana na chorobę. Głównym celem jest udzielenie pomocy w zrozumieniu choroby i uczenie się życia z chorobą, a w szczególności: przygotowanie podopiecznego do współpracy w procesie terapeutycznym, funkcjonowania w roli pacjenta różnych instytucji opiekuńczych i ochrony zdrowia oraz przygotowanie do samoopieki.

Szpital określił:

- 1) osoby szkolące;
- 2) zakres przekazywanych treści;
- 3) materiały edukacyjne przekazywane pacjentom np.: ulotki, zalecenia.

Przeszkolenie powinno być odnotowane w indywidualnej dokumentacji pacjenta.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z pacjentami.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital prowadzi edukację zdrowotną pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie prowadzi edukacji zdrowotnej pacjentów zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) szpital prowadzi edukację zdrowotną pacjentów;
- 2) edukacja zdrowotna pacjentów prowadzona przez szpital jest adekwatna do potrzeb zdrowotnych leczonych chorych i dotyczy najczęściej występujących problemów zdrowotnych;

- 3) edukacja zdrowotna pacjentów dotyczy pacjentów z cukrzycą;
- 4) edukacja zdrowotna pacjentów dotyczy pacjentów z nadwagą lub otyłością;
- 5) edukacja zdrowotna pacjentów dotyczy pacjentów ze stomią;
- 6) edukacja zdrowotna pacjentów dotyczy pacjentów z portami naczyniowymi;
- 7) edukacja zdrowotna pacjentów dotyczy promocji karmienia piersią (o ile to zasadne dla danej jednostki);
- 8) edukacja zdrowotna pacjentów jest nakierowana na zdrowie;
- 9) edukacja zdrowotna pacjentów jest zorientowana na czynniki ryzyka;
- 10) głównym celem edukacji zdrowotnej pacjentów jest udzielenie pomocy w zrozumieniu choroby;
- 11) głównym celem edukacji zdrowotnej pacjentów jest uczenie się życia z chorobą;
- 12) głównym celem edukacji zdrowotnej pacjentów jest w szczególności przygotowanie pacjenta do współpracy w procesie terapeutycznym;
- 13) celem edukacji zdrowotnej pacjentów jest także zrozumienie funkcjonowania w roli pacjenta różnych instytucji opiekuńczych i ochrony zdrowia;
- 14) celem edukacji zdrowotnej pacjentów jest także przygotowanie do samoopieki;
- 15) szpital określił osoby szkolące pacjentów;
- 16) szpital określił zakres przekazywanych treści w odniesieniu do każdej aktywności edukacyjnej;
- 17) szpital określił materiały edukacyjne przekazywane pacjentom np.: ulotki, zalecenia;
- 18) przeszkolenie zostało odnotowane w indywidualnej dokumentacji pacjenta.

Co najmniej 60% stanowi 11 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

## OP 12

# SZPITAL ZAPEWNIACI PACJENTOM I PERSONELOWI KONSULTACJE I POMOC PSYCHOLOGICZNĄ.

OP

## 1. Opis wymagań

Opieka ze strony psychologa jest cennym wsparciem dla pacjentów i personelu, zwłaszcza w przypadku wystąpienia sytuacji trudnej. Sytuacja trudna obejmuje przykładowo niepożądane powołujące szkodę u pacjenta. Psycholog powinien być dostępny i zapewniać wsparcie psychologiczne w zakresie problemów zdrowotnych, relacji interpersonalnych czy wypalenia zawodowego.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z pacjentami lub osobami bliskimi, lub przedstawicielami ustawowymi pacjenta.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapewnia konsultacje i pomoc psychologiczną dla pacjentów i personelu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni standardu jest spełnionych).
- 1 Szpital zapewnia konsultacje i pomoc psychologiczną tylko dla pacjentów.

## 4. Kamienie milowe

- 1) pacjenci mają możliwość skorzystania z opieki ze strony psychologa w przypadku wystąpienia sytuacji trudnej;
- 2) personel ma możliwość skorzystania z opieki ze strony psychologa w przypadku wystąpienia sytuacji trudnej;

- 3) opieka na wypadek sytuacji trudnej dostępna jest w przypadku niepomyślnego rokowania;
- 4) opieka na wypadek sytuacji trudnej dostępna jest w przypadku złego wyniku leczenia;
- 5) opieka na wypadek sytuacji trudnej dostępna jest w przypadku zdarzenia niepożądanego, które powoduje szkodę u pacjenta;
- 6) psycholog jest dostępny i zapewnia wsparcie psychologiczne w zakresie problemów zdrowotnych;
- 7) psycholog jest dostępny i zapewnia wsparcie psychologiczne w zakresie relacji interpersonalnych;
- 8) psycholog jest dostępny i zapewnia wsparcie psychologiczne w zakresie wypalenia zawodowego.

Co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,75**

# ZABIEGI I ZNIECZULENIA



## ZABIEGI I ZNIECZULENIA

<b>ZZ 1</b>	Operator kwalifikuje i proponuje sposób przeprowadzenia zabiegu (standard może być wyłączony).
<b>ZZ 1.1</b>	Przed operacją oceniane jest ryzyko związane z zabiegiem (standard może być wyłączony).
<b>ZZ 2</b>	Przed znieczuleniem ogólnym lub regionalnym pacjent jest badany przez anestezjologa (standard może być wyłączony).
<b>ZZ 2.1</b>	Przed znieczuleniem do zabiegów planowych, pacjent jest konsultowany w poradni anestezjologicznej (standard może być wyłączony).
<b>ZZ 2.2</b>	Przed zabiegiem oceniane jest ryzyko związane ze znieczuleniem (standard może być wyłączony).
<b>ZZ 3</b>	Parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i dokumentowane w trakcie trwania zabiegu (standard może być wyłączony).
<b>ZZ 4</b>	Anestezjolog ocenia stan pacjenta po zabiegu (standard może być wyłączony).
<b>ZZ 5</b>	W szpitalu określono odpowiedzialność za opiekę pooperacyjną (standard może być wyłączony).
<b>ZZ 6</b>	Raport z przebiegu zabiegu zawiera (standard może być wyłączony):
<b>ZZ 6.1</b>	informacje dotyczące zespołu operującego (standard może być wyłączony),
<b>ZZ 6.2</b>	informacje dotyczące zespołu prowadzącego znieczulenie (standard może być wyłączony),
<b>ZZ 6.3</b>	opis wykonanego zabiegu (standard może być wyłączony),
<b>ZZ 6.4</b>	opis pobranego materiału (standard może być wyłączony),
<b>ZZ 6.5</b>	rozpoznanie pooperacyjne (standard może być wyłączony).
<b>ZZ 7</b>	W szpitalu funkcjonuje sala nadzoru poznieczuleniowego (standard może być wyłączony).
<b>ZZ 8</b>	Sprzęt używany do znieczulania i zabiegów podlega systematycznym przeglądom (standard może być wyłączony).
<b>ZZ 9</b>	W salach operacyjnych funkcjonuje system zabezpieczający personel przed działaniem wziewnych środków znieczulających (standard może być wyłączony).
<b>ZZ10</b>	W sali operacyjnej funkcjonuje system zapewniający komfort termiczny i czystość mikrobiologiczną powietrza (standard może być wyłączony).
<b>ZZ 11</b>	Szpital analizuje przebieg i skutki znieczuleń (standard może być wyłączony).
<b>ZZ 12</b>	Szpital analizuje przebieg i bieżące skutki zabiegów (standard może być wyłączony).

# ZABIEGI I ZNIECZULENIA

Szpital powinien opracować i wdrożyć procedurę oceny stanu pacjenta przed zabiegiem, prowadzoną przez operatora i anestezjologa. Zabiegi chirurgiczne są związane z ryzykiem, dotyczącym znieczulenia i operacji – dlatego należy starannie zaplanować i przeprowadzić przedoperacyjną ocenę stanu pacjenta, w tym ocenę ryzyka zabiegu i znieczulenia; zaplanować rodzaj zabiegu i znieczulenia oraz określić zakres opieki pooperacyjnej. Także zaznajomić pacjenta lub osobę bliską, lub przedstawiciela ustawowego pacjenta z proponowanym postępowaniem okołoperacyjnym.

Ważne jest określenie parametrów i informacji zawartych w protokole znieczulenia i przebiegu zabiegu operacyjnego; zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta bezpośrednio po zabiegu operacyjnym, określenie odpowiedzialności za przekazanie pacjenta po zabiegu. Istotna jest dbałość o zabezpieczenie zespołu operacyjnego przed działaniem wziewnych środków znieczulających; zapewnienie komfortu termicznego i czystości mikrobiologicznej powietrza na salach operacyjnych oraz prowadzenie systematycznego nadzoru nad sprzętem medycznym używanym do zabiegów i znieczulania. Konieczne jest analizowanie skutków prowadzonych znieczuleń i zabiegów.

Ocena przedoperacyjna obejmuje:

- 1) zapoznanie z historią choroby;
- 2) badanie podmiotowe i przedmiotowe;
- 3) zapoznanie z wynikami badań dodatkowych;
- 4) ewentualne zlecenia badań i konsultacji specjalistycznych;
- 5) ocenę ryzyka związanego z zabiegiem;
- 6) ocenę ryzyka związanego ze znieczuleniem;
- 7) określenie ewentualnego postępowania przygotowawczego do zabiegu w okresie przedoperacyjnym.

ZZ 1

## OPERATOR KWALIFIKUJE I PROPONUJE SPOSÓB PRZEPROWADZENIA ZABIEGU (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

### 1. Opis wymagań

Lekarz operujący kwalifikuje chorego do zabiegu i proponuje sposób przeprowadzenia zabiegu. Jeżeli pacjent jest kwalifikowany do zabiegu przez ordynatora lub lekarza specjalistę, a operację przeprowadza inny lekarz, wówczas kwalifikację do zabiegu autoryzują obaj lekarze.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że operator kwalifikuje i proponuje sposób przeprowadzenia zabiegu.
- 3 70%-89% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że operator kwalifikuje i proponuje sposób przeprowadzenia zabiegu.
- 1 Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że operator kwalifikuje i proponuje sposób przeprowadzenia zabiegu.

**Waga standardu – 1**



## **PRZED OPERACJĄ OCENIANE JEST RYZYKO ZWIĄZANE Z ZABIEGIEM (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Ocena ryzyka zabiegu operacyjnego jest prowadzona w oparciu o przyjęte przez szpital skale, które prognozują rezultat leczenia chirurgicznego. Przykładowo, dla zabiegów kardiochirurgicznych będzie to skala EuroScore; dla zabiegów chirurgicznych skala Possum lub jej modyfikacje; dla oceny ryzyka kardiologicznego stosowane są skale, które pozwalają w przybliżeniu określić ryzyko zgonu u chorych wymagających operacji np. skala ryzyka Goldmana i jej modyfikacje. W przypadku braku przyjętej skali lekarz, według własnego doświadczenia, powinien określić, czy ryzyko zabiegu dla danego pacjenta jest małe, średnie czy duże.

Ocena ryzyka powinna uwzględniać czynniki osobniczo zależne, mające wpływ na wynik operacji, przykładowo:

- 1) stan kliniczny, w tym zaawansowanie choroby;
- 2) stan odżywienia;
- 3) wiek;
- 4) schorzenia przebyte i współistniejące;
- 5) tryb zabiegu: pilny lub planowy;
- 6) typ zabiegu: operacja czy reoperacja; oraz ryzyko:
  - a) infekcji,
  - b) krwawienia,
  - c) zakrzepicy żył głębokich.

Pobierając świadomą zgodę na przeprowadzenie zabiegu, operator lub wskazany lekarz przedstawia pacjentowi ocenę ryzyka zabiegu. Sposób oceny ryzyka i wynik tej oceny powinny być wyjaśnione pacjentowi w sposób zrozumiały.

W przypadku pacjenta niemającego wyrazić świadomej zgody lub braku wskazania osoby upoważnionej przez pacjenta, ocena ryzyka zabiegu powinna być przedstawiona osobie bliskiej lub przedstawicielowi ustawowemu pacjenta. Pacjent kwalifikowany do planowego zabiegu w przychodni przyszpitalnej, uzyskuje informacje na temat ryzyka zabiegu podczas wizyty w poradni. W sytuacjach nagłych, ocena ryzyka zabiegu może być ograniczona do wskazań określonych przez operatora z wpisem do historii choroby.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera ocenę ryzyka związanego z zabiegiem zgodnie z wymogami standardu.
- 3 70%-89% dokumentacji medycznej zawiera ocenę ryzyka związanego z zabiegiem zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera ocenę ryzyka związanego z zabiegiem zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 1**

## **PRZED ZNIECZULENIEM OGÓLNYM LUB REGIONALNYM PACJENT JEST BADANY PRZEZ ANESTEZJOLOGA (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Pacjent po przyjęciu do leczenia operacyjnego powinien zostać zbadany przez anestezjologa. Szpital określa zasady przygotowania pacjenta do zabiegu i znieczulenia: niezbędne konsultacje, badania diagnostyczne i laboratoryjne. W trybie planowym, anestezjolog przeprowadza badanie kwalifikujące do znieczulenia i zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta, o ile kwalifikacja do znieczulenia nie odbyła się wcześniej w poradni anestezjologicznej.

Przed zabiegami w trybie natychmiastowym i pilnym ocena anestezjologiczna odbywa się bezpośrednio przed znieczuleniem i może być ograniczona do zakresu określonego przez anestezjologa z wpisem do historii choroby. Anestezjolog dokumentuje przeprowadzone badanie kwalifikujące pacjenta do znieczulenia.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 100% dokumentacji medycznej zawiera badanie kwalifikujące do znieczulenia.
- 1 Poniżej 100% dokumentacji medycznej zawiera badanie kwalifikujące do znieczulenia.

**Waga standardu – 1**

## **PRZED ZNIECZULENIEM DO ZABIEGÓW PLANOWYCH, PACJENT JEST KONSULTOWANY W PORADNI ANESTEZJOLOGICZNEJ (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Konsultacja (porada) anestezjologiczna w zakresie kwalifikacji do znieczulenia przy planowych zabiegach operacyjnych, z wyłączeniem krótkotrwałych znieczuleń ogólnych, powinna odbywać się w poradni anestezjologicznej, przed przyjęciem do szpitala. Porada pozwala na wstępne określenie ryzyka znieczulenia, optymalne przygotowanie pacjenta, zmniejszenie ryzyka wystąpienia potencjalnych zdarzeń niepożądanych dotyczących znieczulenia i poprawy płynności w organizacji zabiegów operacyjnych. W przypadku stwierdzenia przeciwwskazań do znieczulenia, anestezjolog określa szczegółowe zalecenia tak, aby umożliwić wykonanie zabiegu. Zakres i przebieg konsultacji anestezjologicznej powinien być dołączony do historii choroby.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 50% i powyżej chorych do planowych operacji było konsultowanych w poradni anestezjologicznej zgodnie z wymogami standardu.

- 3 Poniżej 50% chorych do planowych operacji było konsultowanych w poradni anestezjologicznej zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Nie prowadzono konsultacji chorych w poradni anestezjologicznej.

**Waga standardu – 0,5**

## **ZZ 2.2**

### **PRZED ZABIEGIEM OCENIANE JEST RYZYKO ZWIĄZANE ZE ZNIECZULENIEM (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

#### **1. Opis wymagań**

Wstępna ocena ryzyka znieczulenia jest prowadzona podczas konsultacji anestezjologicznej w poradni przyszpitalnej dla pacjentów kwalifikowanych do zabiegów planowych; dla pozostałych pacjentów ocena ryzyka znieczulenia jest prowadzona w trakcie hospitalizacji. Do oceny ryzyka znieczulenia szpital wykorzystuje skale, przede wszystkim skalę ASA (*ang. American Society of Anesthesiologists – Physical Status Classification System*). Zabiegi chirurgiczne, ginekologiczne, stomatologiczne, okulistyczne i inne wykonywane w znieczuleniu miejscowym mogą odbywać się bez udziału anestezjologa i nie wymagają oceny anestezjologicznej. Ocena ryzyka znieczulenia powinna być udokumentowana w historii choroby. Szpital ustala postępowanie, gdy ocena ryzyka związanego ze znieczuleniem nie jest w pełni możliwa.

#### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

#### **3. Ocena punktowa**

- 5 100% dokumentacji medycznej pacjentów operowanych zawiera ocenę ryzyka związanego ze znieczuleniem zgodnie z wymogami standardu lub uzasadnienie braku możliwości pełnej oceny ryzyka związanego ze znieczuleniem.
- 1 Poniżej 100% dokumentacji medycznej pacjentów operowanych zawiera ocenę ryzyka związanego ze znieczuleniem zgodnie z wymogami standardu lub uzasadnienie braku możliwości pełnej oceny ryzyka związanego ze znieczuleniem.

**Waga standardu – 1**

## **ZZ 3**

### **PARAMETRY FIZJOLOGICZNE PACJENTA SĄ MIERZONE I DOKUMENTOWANE W TRAKCIE TRWANIA ZABIEGU (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

#### **1. Opis wymagań:**

Monitorowanie znieczulenia pacjenta podczas zabiegu obejmuje co najmniej:

- 1) EKG;
- 2) pulsoksymetrię;
- 3) nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego krwi;
- 4) kapnografię u chorych intubowanych.

Dla zabiegów bez udziału anestezjologa, pomiarowi podlegają co najmniej:

- 1) tętno;
- 2) pulsoksymetria;
- 3) nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

## 3. Ocena punktowa

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

Waga standardu – 0,5

ZZ 4

## ANESTEZJOLOG OCENIA STAN PACJENTA PO ZABIEGU (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

### 1. Opis wymagań

Decyzja o przekazaniu pacjenta do sali nadzoru poznieczuleniowego, sali pooperacyjnej, na oddział macierzysty lub intensywnej terapii powinna być udokumentowana i oparta o ocenę anestezyjologiczną pacjenta. Protokół przekazania opieki nad pacjentem powinien zawierać ocenę stanu chorego według przyjętych przez szpital skali oceny, np. ALDRETT'A, PADSS, DASAIM.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

## 3. Ocena punktowa

- 5 100% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że anestezjolog ocenia stan pacjenta po zabiegu.
- 1 Poniżej 100% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że anestezjolog ocenia stan pacjenta po zabiegu.

Waga standardu – 0,5

ZZ 5

## W SZPITALU OKREŚLONO ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA OPIEKĘ POOPERACYJNĄ (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

### 1. Opis wymagań

Przejęcie odpowiedzialności za pacjenta po zabiegu wymaga określenia osoby przekazującej i przejmującej odpowiedzialność za opiekę nad pacjentem. Przekazywanie pacjenta powinno być udokumentowane w historii choroby w formie oznaczenia:

- 1) daty, godziny;
- 2) imienia i nazwiska osoby przejmującej odpowiedzialność za pacjenta.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

ZZ

### 3. Ocena punktowa

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

**Waga standardu – 0,75**

#### ZZ 6

### **RAPORT Z PRZEBIEGU ZABIEGU ZAWIERA (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY):**

Raport z przebiegu zabiegu sporządzany jest w przypadku każdego zabiegu inwazyjnego, przeprowadzanego na bloku operacyjnym, jak i poza nim, z udziałem anestezjologa lub bez jego udziału. Dotyczy także działań inwazyjnych, prowadzonych przez gastroenterologów, kardiologów inwazyjnych, radiologów inwazyjnych oraz innych specjalistów.

#### ZZ 6.1

### **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZESPOŁU OPERUJĄCEGO (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY),**

#### 1. Opis wymagań

Raport z przebiegu zabiegu zawiera informacje dotyczące lekarza operującego, asysty i pielęgniarek operacyjnych. Brak udziału w zabiegu asysty lub pielęgniarki operacyjnej powinien być odnotowany w raporcie.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

#### 3. Ocena punktowa

- 5 W 100% dokumentacji medycznej raport zawiera informacje dotyczące zespołu operującego.
- 1 W poniżej 100% dokumentacji medycznej raport zawiera informacje dotyczące zespołu operującego.

**Waga standardu – 0,25**

#### ZZ 6.2

### **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZESPOŁU PROWADZĄCEGO ZNIECZULENIE (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY),**

#### 1. Opis wymagań

W raporcie z przebiegu zabiegu, który wymaga udziału zespołu znieczulającego, powinny znajdować się informacje dotyczące lekarza anestezjologa oraz pielęgniarki anestezjologicznej.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W 100% dokumentacji medycznej raport zawiera informacje dotyczące zespołu prowadzącego znieczulenie.
- 1 W poniżej 100% dokumentacji medycznej raport zawiera informacje dotyczące zespołu prowadzącego znieczulenie.

**Waga standardu – 0,25**

#### ZZ 6.3

### OPIS WYKONANEGO ZABIEGU (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY),

#### 1. Opis wymagań

Opis wykonanego zabiegu powinien zawierać:

- 1) dokładny opis stanu miejscowego stwierdzonego podczas zabiegu;
- 2) czas trwania zabiegu;
- 3) przebieg zabiegu;
- 4) w przypadkach szczególnych, uzasadnienie dla podejmowanych czynności niestandardowych.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W 100% dokumentacji medycznej raport zawiera opis wykonanego zabiegu zgodnie z wymogami standardu.
- 1 W poniżej 100% dokumentacji medycznej raport zawiera opis wykonanego zabiegu zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

#### ZZ 6.4

### OPIS POBRANEGO MATERIAŁU (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY),

#### 1. Opis wymagań

Pobranie materiału do badań histopatologicznych, bakteriologicznych, cytologicznych, toksykologicznych lub innych, towarzyszy informacja na ten temat i opis pobranego materiału, odnotowany w protokole operacyjnym, który powinien uwzględniać co najmniej:

- 1) rodzaj materiału operacyjnego np. określenie zmiany, z której pobrano wycinek, lub informacja, że zmiana została usunięta w całości;
- 2) liczbę pobranych wycinków;
- 3) wielkość pobranego materiału;
- 4) podanie czasu (godzina, minuta) utrwalenia materiału.

Informacja ograniczona do tego, że pobrano materiał do badania, nie spełnia wymogów standardu. Standard należy uznać za nieadekwatny dla przypadków, gdy materiał nie był pobierany w trakcie zabiegu.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W 100% dokumentacji medycznej zawarto opis pobranego materiału zgodny z wymogami standardu.
- 1 W poniżej 100% dokumentacji medycznej zawarto opis pobranego materiału.

**Waga standardu – 0,75**

**ZZ 6.5**

## **ROZPOZNANIE POOPERACYJNE (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### 1. Opis wymagań

Raport z zabiegu powinien zawierać rozpoznanie pooperacyjne sporządzone w formie opisowej, a nie tylko za pomocą kodu rozpoznania statystycznego. W przypadku braku ustalenia rozpoznania, fakt ten należy odnotować w raporcie z przebiegu operacji. Należy też, gdy jest to adekwatne, udokumentować brak zgodności rozpoznania pooperacyjnego z rozpoznaniem przedoperacyjnym.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

## 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie pooperacyjne.
- 3 70%-89% dokumentacji medycznej zawiera rozpoznanie pooperacyjne.
- 1 W poniżej 70% dokumentacji medycznej zawarto rozpoznanie pooperacyjne.

**Waga standardu – 0,25**

**ZZ 7**

## **W SZPITALU FUNKCJONUJE SALA NADZORU POZNIECZULENIOWEGO (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### 1. Opis wymagań

Właściwe funkcjonowanie sali nadzoru poznieczuleniowego wymaga określania zasad jej działania, liczby i kwalifikacji personelu, zapewnienia wymaganego wyposażenia oraz liczby stanowisk adekwatnej do prowadzonej działalności.

W bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenci po zabiegach na bloku operacyjnym, a także operowani na salach operacyjnych zlokalizowanych poza blokiem operacyjnym są kierowani do sali nadzoru poznieczuleniowego. W szpitalach posiadających szpitalny dział ratunkowy lub centrum urazowe, lub prowadzących działalność zabiegową w trybie dyżurowym, wymagana jest stała obecność wykwalifikowanego personelu 7/24 (np. na oddziale pooperacyjnym).

W pozostałych szpitalach obsadę w sali nadzoru poznieczuleniowego zapewniono w czasie pracy bloku operacyjnego, a dla przypadków pilnych, szpital zapewnia nadzór wykwalifikowanego personelu w zależności od wykonywanych zabiegów.

Sala nadzoru poznieczuleniowego jest wyposażona w:

- 1) sprzęt resuscytacyjny;
- 2) sprzęt monitorujący czynności życiowe pacjenta;
- 3) sprzęt wspomagający oddychanie z zapewnieniem możliwości prowadzenia tlenoterapii.

Liczba stanowisk na sali nadzoru poznieczuleniowego powinna być większa niż liczba stołów operacyjnych, co zapewnia możliwość przekazywania wszystkich operowanych pacjentów. Dla oceny bezpieczeństwa pooperacyjnego gromadzone są informacje na temat pacjentów przekazywanych do sali nadzoru poznieczuleniowego.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu funkcjonują stanowiska nadzoru poznieczuleniowego zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 W szpitalu nie funkcjonują stanowiska nadzoru poznieczuleniowego zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) określono zasady działania sali nadzoru poznieczuleniowego (procedura);
- 2) określono liczbę personelu sali nadzoru poznieczuleniowego;
- 3) określono kwalifikacje personelu sali nadzoru poznieczuleniowego;
- 4) zapewniono wymagane wyposażenie sali nadzoru poznieczuleniowego: sprzęt resuscytacyjny;
- 5) zapewniono wymagane wyposażenie sali nadzoru poznieczuleniowego: sprzęt monitorujący czynności życiowe pacjenta;
- 6) zapewniono wymagane wyposażenie sali nadzoru poznieczuleniowego: sprzęt wspomagający oddychanie z zapewnieniem możliwości prowadzenia tlenoterapii;
- 7) zapewniono odpowiednią liczbę stanowisk na sali nadzoru poznieczuleniowego – liczba stanowisk na sali nadzoru poznieczuleniowego większa niż liczba stołów operacyjnych;
- 8) zapewniono stałą obecność wykwalifikowanego personelu 7/24 (np. na oddziale pooperacyjnym)\*;
- 9) zapewniono obsadę w sali nadzoru poznieczuleniowego w czasie pracy bloku operacyjnego\*\*;
- 10) dla przypadków pilnych zapewniono nadzór wykwalifikowanego personelu, adekwatnie do wykonywanych zabiegów.\*\*

\* dotyczy szpitali posiadających szpitalny oddział ratunkowy lub centrum urazowe lub prowadzących działalność zabiegową w trybie dyżurowym;

\*\* dotyczy pozostałych szpitali, które nie posiadają szpitalnego oddziału ratunkowego lub centrum urazowego lub prowadzących działalność zabiegową w trybie dyżurowym.

Dla szpitali posiadających szpitalny oddział ratunkowy lub centrum urazowe lub prowadzących działalność zabiegową w trybie dyżurowym co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych (bez oznaczonych \*\*).

Dla pozostałych szpitali co najmniej 60% stanowi 6 kamieni milowych (bez oznaczonych\*).

**Waga standardu – 0,75**



## **SPRZĘT UŻYWANY DO ZNIECZULANIA I ZABIEGÓW PODLEGA SYSTEMATYCZNYM PRZEGLĄDOM (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Szpital prowadzi systematyczny nadzór nad sprzętem medycznym służącym do znieczulania i zabiegów, który obejmuje:

- 1) codzienną kontrolę sprawności sprzętu, zgodnie z ustaleniami przyjętymi w szpitalu;
- 2) systematyczne przeglądy, zgodnie z zalecaniem producenta.

Nadzór nad sprzętem jest prowadzony zgodnie z zaleceniami producenta, co jest udokumentowane. Serwisowanie i konserwację sprzętu prowadzi serwis, lub osoba posiadająca potwierdzone kwalifikacje i/lub autoryzację do prowadzenia nadzoru nad specjalistycznym sprzętem medycznym, używanym w działalności zabiegowej.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

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

**Waga standardu – 1**

## **W SALACH OPERACYJNYCH FUNKCJONUJE SYSTEM ZABEZPIECZAJĄCY PERSONEL PRZED DZIAŁANIEM WZIEWNYCH ŚRODKÓW ZNIECZULAJĄCYCH (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Ochrona zespołów operacyjnych przed szkodliwym działaniem wziewnych środków znieczulających jest obowiązkiem szpitala. Wszystkie sale operacyjne w szpitalu, także sale zlokalizowane poza blokiem operacyjnym powinny posiadać system czynnego odprowadzania wziewnych środków znieczulających nawet jeżeli są one stosowane okazjonalnie.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W każdej sali operacyjnej funkcjonuje system zabezpieczający personel przed działaniem wziewnych środków znieczulających.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Nie w każdej sali operacyjnej funkcjonuje system zabezpieczający personel przed działaniem wziewnych środków znieczulających.

**Waga standardu – 0,5**

**ZZ 10**

## **W SALI OPERACYJNEJ FUNKCJONUJE SYSTEM ZAPEWNIĄCY KOMFORT TERMICZNY I CZYSTOŚĆ MIKROBIOLOGICZNĄ POWIETRZA (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### 1. Opis wymagań

Zapewnienie komfortu termicznego w trakcie zabiegu ma istotne znaczenie dla pacjenta i pracy zespołu operacyjnego.

Sale operacyjne i sale nadzoru poznieczuleniowego powinny być klimatyzowane, a serwisowanie pod kątem bezpieczeństwa mikrobiologicznego jest prowadzone zgodnie z zaleceniami producenta.

W celu zapewnienia czystości mikrobiologicznej powietrza w salach operacyjnych:

- 1) drzwi wejściowe są zamknięte celem utrzymania nadciśnienia;
- 2) okresowo przeprowadzana jest wymiana filtrów HEPA w nawiewach laminarnych, w tym po każdej wymianie sprawdzana jest ich szczelność, co jest dokumentowane;
- 3) stosowane są jednorazowe, jałowe osłony na aparaturę znajdującą się w jałowym polu operacyjnym taką jak np. mikroskop operacyjny, aparat rtg.

Wskazana jest okresowa kontrola czystości powietrza z wykorzystaniem licznika cząstek, metodą sedimentacji lub metodą zderzeniową.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W każdej sali operacyjnej funkcjonuje system zapewniający komfort termiczny i czystość mikrobiologiczną powietrza.
- 3 W co najmniej 60% sal dostępny jest taki system i szpital posiada program dojścia do pełnego spełnienia wymogów standardu.
- 1 Nie w każdej sali operacyjnej funkcjonuje system zapewniający komfort termiczny i czystość mikrobiologiczną powietrza.

**Waga standardu – 0,5**

## **SZPITAL ANALIZUJE PRZEBIEG I SKUTKI ZNIECZULEŃ (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Znieczulenia wykonywane w szpitalu powinny podlegać systematycznej analizie przez zespół znieczulający co najmniej dwa razy w roku.

Opracowanie dotyczące znieczuleń powinno obejmować:

- 1) liczbę i rodzaj znieczuleń przeprowadzonych w szpitalu;
- 2) pogłębioną analizę powikłań związanych ze znieczuleniem.

Analiza powinna uwzględniać:

- 1) przygotowanie pacjenta do zabiegu;
- 2) poprawność i stabilność parametrów fizjologicznych w czasie znieczulenia;
- 3) dostosowanie czasu znieczulenia do czasu zabiegu;
- 4) wyszczególnienie częstości i rodzaju powikłań, które wystąpiły w związku ze znieczuleniem;
- 5) określenie przyczyny powikłań;
- 6) wnioski i zalecenia wynikające z analizy.

W wyniku analizy szpital:

- 1) modyfikuje przyjęte sposoby postępowania, m.in. kwalifikacji i przygotowania pacjenta do zabiegu;
- 2) poprawia organizację pracy;
- 3) doskonali wiedzę i umiejętności personelu.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Analiza przebiegu i skutków znieczuleń jest prowadzona zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Analiza przebiegu i skutków znieczuleń nie jest prowadzona zgodnie z wymogami standardu.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) analiza znieczuleń wykonywanych w szpitalu jest wykonywana przez zespół znieczulający co najmniej dwa razy do roku;
- 2) opracowanie dotyczące znieczuleń obejmuje liczbę i rodzaj znieczuleń przeprowadzonych w szpitalu;
- 3) opracowanie dotyczące znieczuleń obejmuje pogłębioną analizę powikłań związanych ze znieczuleniem;
- 4) opracowanie dotyczące znieczuleń obejmuje przygotowanie pacjenta do zabiegu;
- 5) opracowanie dotyczące znieczuleń obejmuje ocenę poprawności i stabilności parametrów fizjologicznych w czasie znieczulenia;
- 6) opracowanie dotyczące znieczuleń obejmuje dostosowanie czasu znieczulenia do czasu zabiegu;
- 7) opracowanie dotyczące znieczuleń obejmuje wyszczególnienie częstości i rodzaju powikłań, które wystąpiły w związku ze znieczuleniem;
- 8) opracowanie dotyczące znieczuleń obejmuje określenie przyczyny powikłań;
- 9) opracowanie dotyczące znieczuleń obejmuje wnioski i zalecenia wynikające z analizy;

- 10) na podstawie analizy modyfikowane są przyjęte sposoby postępowania, m.in. kwalifikacji i przygotowania pacjenta do zabiegu;
- 11) na podstawie analizy jest poprawiana organizacja pracy;
- 12) na podstawie analizy doskonalona jest wiedza i umiejętności personelu.

Co najmniej 60% stanowi 8 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

**ZZ 12**

## **SZPITAL ANALIZUJE PRZEBIEG I BIEŻĄCE SKUTKI ZABIEGÓW (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Wykonane zabiegi powinny podlegać systematycznej analizie co najmniej dwa razy w roku. Szpital określa procedury zabiegowe, jakie zostaną poddane szczegółowej analizie w poszczególnych oddziałach; nie mniej niż dwie procedury zabiegowe w każdym oddziale.

Opracowanie powinno dotyczyć:

- 1) liczby wykonanych zabiegów;
- 2) ryzyka zabiegu szacowanego przy kwalifikacji;
- 3) czasu hospitalizacji;
- 4) częstości i rodzaju powikłań dla zabiegu podlegającego ocenie.

Analiza powinna uwzględniać:

- 1) przygotowanie pacjenta do zabiegu;
- 2) określenie przyczyn występujących powikłań;
- 3) wnioski i zalecenia wynikające z analizy.

W wyniku analizy szpital:

- 1) modyfikuje przyjęte sposoby postępowania, m.in. kwalifikacji i przygotowania pacjenta do zabiegu;
- 2) poprawia organizację pracy;
- 3) doskonali wiedzę i umiejętności personelu.

W ramach analizy zabiegów należy uwzględnić przypadki nieplanowanego przeniesienia pacjenta po zabiegu z oddziału chirurgicznego na oddział intensywnej terapii.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Przebieg i bieżące skutki zabiegów są analizowane zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 W szpitalu nie analizuje się przebiegu i bieżących skutków zabiegów zgodnie z wymogami standardu.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) wykonane zabiegi podlegają analizie co najmniej dwa razy w roku;
- 2) procedury zabiegowe, które zostaną poddane szczegółowej analizie w poszczególnych oddziałach są określone (nie mniej niż dwie procedury w każdym oddziale);

**ZZ**

- 3) opracowanie powinno dotyczyć liczby wykonanych zabiegów;
- 4) opracowanie powinno dotyczyć ryzyka zabiegu szacowanego przy kwalifikacji;
- 5) opracowanie powinno dotyczyć czasu hospitalizacji;
- 6) opracowanie powinno dotyczyć częstości i rodzaju powikłań dla zabiegu podlegającego ocenie;
- 7) opracowanie uwzględnia przygotowanie pacjenta do zabiegu;
- 8) opracowanie uwzględnia określenie przyczyn występujących powikłań;
- 9) opracowanie uwzględnia wnioski i zalecenia wynikające z analizy;
- 10) na podstawie analizy przyjęte sposoby postępowania, m.in. kwalifikacji i przygotowania pacjenta do zabiegu są modyfikowane;
- 11) na podstawie analizy jest poprawiana organizacja pracy;
- 12) na podstawie analizy doskonalona jest wiedza i umiejętności personelu.

Co najmniej 60% stanowi 8 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

# FARMAKOTERAPIA



# FARMAKOTERAPIA

<b>FA 1</b>	Szpital prowadzi nadzór nad stosowaną farmakoterapią.
<b>FA 2</b>	Szpital posiada receptariusz.
<b>FA 3</b>	Zlecanie leków jest dokumentowane.
<b>FA 4</b>	Leki są przechowywane w sposób bezpieczny.
<b>FA 5</b>	Leki są podawane z zachowaniem zasad bezpieczeństwa.
<b>FA 5.1</b>	Szpital zapewnia warunki do właściwego przygotowania i podawania leków wymagających szczególnych zasad bezpieczeństwa (standard może być wyłączony).
<b>FA 6</b>	Szpital prowadzi nadzór nad przechowywaniem leków i wyrobów medycznych.
<b>FA 7</b>	Szpital wdrożył postępowanie w przypadku niepożądanego działania leków.
<b>FA 8</b>	W szpitalu wdrożono zasady postępowania z lekami własnymi pacjentów.
<b>FA 9</b>	W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami.
<b>FA 10</b>	Szpital prowadzi szkolenia dotyczące farmakoterapii.

# FARMAKOTERAPIA

Szpital prowadzi nadzór nad bezpieczeństwem i efektywnością stosowanej farmakoterapii: powinna być stosowana w sposób możliwie racjonalny, zapewniający uzyskanie pozytywnych wyników terapeutycznych i nakierowana na unikanie niepożądanych działań leków.

Szpital powinien określić, jakie leki są standardowo dostępne, a które podlegają ograniczeniu w stosowaniu i dlaczego. Ustalając szpitalną listę leków SLL należy uwzględnić aktualne wytyczne postępowania klinicznego i udokumentowaną skuteczność; koszt zakupu nie powinien być jedynym wyznacznikiem stosowania leku. W szpitalu powinny być określone zasady gospodarki lekiem. W oparciu o przewidywane potrzeby, należy określić najkorzystniejsze sposoby zaopatrzenia w leki, wielkość potrzebnych zapasów w aptece lub w dziale farmacji i w oddziałach, sposoby uzupełniania i przechowywania, a także zasady zamawiania i dystrybucji. Należy określić zasady bezpiecznego przygotowywania i podawania zleconych leków właściwym pacjentom, we właściwej dawce, postaci, czasie i drodze podania.

Należy także określić zasady postępowania w przypadku wystąpienia niepożądanych działań leków. W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami. Personel powinien uczestniczyć w szkoleniach dotyczących farmakoterapii.

## FA 1

### SZPITAL PROWADZI NADZÓR NAD STOSOWANĄ FARMAKOTERAPIĄ.

#### 1. Opis wymagań

Szpital nadzoruje stosowaną farmakoterapię poprzez tworzenie polityki lekowej i dokonywanie okresowej oceny farmakoterapii w formie przeglądu co najmniej 10 historii chorób w każdym oddziale co najmniej raz na kwartał. Ocena powinna być prowadzona na podstawie losowo wybranej dokumentacji medycznej w zakresie:

- 1) zasadności stosowania leków;
- 2) monitorowania przymusu farmakologicznego;
- 3) częstości przypadków polipragmazji;
- 4) skojarzeń połączeń jednocześnie stosowanych leków, charakteryzujących się dużym ryzykiem wystąpienia niekorzystnych efektów ubocznych terapii;
- 5) monitorowania stężenia leków, dla których są wskazania do monitorowania zgodnie z zasadami terapii monitorowanej stężeniem leku (np. antybiotyki, leki immunosupresyjne, leki cytostatyczne, leki nasercowe, leki przeciwpadaczkowe, inne).

Nadzór nad farmakoterapią pełni zespół terapeutyczny. W skład zespołu terapeutycznego wchodzi min. diagnosta laboratoryjny odpowiedzialny za prowadzenie oznaczeń leków we krwi dla potrzeb terapii monitorowanej.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z zespołem terapeutycznym.

#### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital prowadzi nadzór nad stosowaną farmakoterapią zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie prowadzi nadzoru nad stosowaną farmakoterapią zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**



## 1. Opis wymagań

Receptariusz określa politykę stosowania leków oraz zasady prowadzenia racjonalnej gospodarki lekiem; powinien składać się co najmniej z dwóch części:

- 1) ogólnej, zawierającej informacje o:
  - a) wprowadzaniu i wykreślaniu leków z receptariusza,
  - b) stosowaniu leków spoza receptariusza,
  - c) pozyskiwaniu leków w trybie nagłym,
  - d) podawaniu leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego,
  - e) niezbędnych warunkach przechowywania leków,
  - f) monitorowaniu i zgłaszaniu niepożądanych działań leków,
  - g) stosowaniu leków poza zarejestrowanym wskazaniem (*off-label*),
  - h) przyjętych w szpitalu standardach farmakoterapii m.in. antybiotykoterapii, leczenia bólu (analgezji), zasadach prawidłowej podaży leków przez zgłębniki enteralne,
  - i) informacje o równoważnych dawkach leków – co najmniej dla statyn, inhibitorów konwertazy angiotensyny, blokerów receptora angiotensyny, benzodiazepin;
- 2) szczegółowej, będącej szpitalną listą leków (SLL). Leki powinny zostać podzielone wg przyjętej przez szpital klasyfikacji tak, aby podział odzwierciedlał praktykę stosowania farmakoterapii, np. według klasyfikacji anatomiczno-terapeutyczno-chemicznej (ATC).

Receptariusz powinien godzić przesłanki farmakoeconomiczne z dobrą praktyką farmakoterapii opartą na aktualnej wiedzy medycznej i bezpieczeństwie stosowania leków u pacjentów w szczególnych grupach np. niemowlęta, dzieci, kobiety ciężarne i karmiące, populacja senioralna, pacjenci z czynnikami ryzyka wystąpienia polekowych działań niepożądanych.

Polityka lekowa szpitala nie może utrudniać dostępu lekarzy i pacjentów do koniecznych leków.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z zespołem terapeutycznym.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital posiada receptariusz opracowany zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie posiada receptariusza opracowanego zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) polityka stosowania leków jest określona w receptariuszu;
- 2) zasady prowadzenia racjonalnej gospodarki lekiem są określone w receptariuszu;
- 3) receptariusz składa się co najmniej z części ogólnej i szczegółowej, które zawierają informacje określone w opisie wymagań standardu;
- 4) receptariusz godzi przesłanki farmakoeconomiczne z dobrą praktyką farmakoterapii opartą na aktualnej wiedzy medycznej i bezpieczeństwie stosowania leków u pacjentów w szczególnych grupach, np. niemowlęta, dzieci, kobiety ciężarne i karmiące, populacja senioralna, pacjenci z czynnikami ryzyka wystąpienia polekowych działań niepożądanych;
- 5) polityka lekowa szpitala nie utrudnia dostępu lekarzy i pacjentów do koniecznych leków.

Co najmniej 60% stanowi 3 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

### FA 3

## ZLECANIE LEKÓW JEST DOKUMENTOWANE.

### 1. Opis wymagań

Zasady zlecania leków obejmują:

- 1) identyfikację zlecającego oraz odstawiającego lek;
- 2) datę zlecenia lub odstawienia leku;
- 3) dawkę, postać i sposób podania leku;
- 4) czas podania, a w przypadku leków podawanych we wlewie – również czas trwania wlewu;
- 5) drogę podania;
- 6) informacje na temat rozpuszczalnika w przypadku leków podawanych pozajelitowo – ilość, stężenie substancji, w której lek należy rozpuścić: nazwa i dawka;
- 7) dane identyfikacyjne realizującego zlecenie.

Decyzje dotyczące zlecanych leków powinny być weryfikowane codziennie i w razie potrzeby.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

### 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że leki są podawane na podstawie udokumentowanych zleceń, zgodnie z wymogami standardu.
- 3 70%-89% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że leki są podawane na podstawie udokumentowanych zleceń zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera potwierdzenie, że leki są podawane na podstawie udokumentowanych zleceń zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

### FA 4

## LEKI SĄ PRZECHOWYWANE W SPOSÓB BEZPIECZNY.

### 1. Opis wymagań

Prawidłowe przechowywanie i zabezpieczenie leków w aptece szpitalnej oraz w oddziałach zwiększa bezpieczeństwo ich stosowania. Szpital powinien określić sposób zabezpieczenia leków przed nieuprawnionym dostępem, zapewniając jednocześnie możliwość zastosowania bez zbędnej zwłoki, a także warunki właściwego przechowywania w zakresie parametrów temperatury i wilgotności otoczenia zgodnie z zaleceniami producenta.

Leki zawierające substancje bardzo silnie działające, w tym opioidowe leki przeciwbólowe powinny być przechowywane w sposób istotnie ograniczający dostęp.

Leki o wysokim stężeniu, np. stężony chlorek potasu, których omyłkowe użycie w formie nierozcieńczonej jest szczególnie groźne dla zdrowia i życia pacjenta, powinny być:

- 1) wyraźnie oznaczone;
- 2) odseparowane od pozostałych leków;
- 3) w miarę możliwości, wymieniane na leki o mniejszym stężeniu lub przechowywane w aptece.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków zgodnie z wymogami standardu.
- 1 W szpitalu nie funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

**FA 5**

## **LEKI SĄ PODAWANE Z ZACHOWANIEM ZASAD BEZPIECZEŃSTWA.**

### 1. Opis wymagań

Bezpieczne przygotowywanie i podawanie leków w oddziałach szpitalnych wymaga od personelu wiedzy na temat: działania leku i jego skutkach ubocznych, synergizmu, rozkładu leku w organizmie, objawów przedawkowania, zaleceń producenta w zakresie przygotowania i podawania leku, sposobu postępowania w przypadku wystąpienia zagrożenia życia.

Dobra praktyka przygotowania leku polega na:

- 1) wykazaniu szczególnej uwagi i dokładności: personel przygotowujący lek jest wyłączony z innych czynności;
- 2) koncentracji na czynności przygotowania leku; jest zalecane stosowanie oznakowania osób przygotowujących leki;
- 3) zachowaniu zasad aseptyki;
- 4) zachowaniu ogólnych zasad sprawdzenia leku w trakcie i po przygotowaniu i przed podaniem pacjentowi;
- 5) przestrzeganiu zaleceń producenta leku.

Leki są przygotowywane na podstawie kart zleceń.

Dobra praktyka oznakowania przygotowanego leku powinna uwzględniać jednolity sposób oznakowywania leku w szpitalu, znany personelowi i minimalizujący możliwość pomylenia.

Oznakowanie leku podawanego drogą iniekcji, np. strzykawki z lekiem, wlewy dożylnie powinno zawierać:

- 1) nazwę leku;
- 2) dawkę;
- 3) imię i nazwisko pacjenta;
- 4) czas, w którym przygotowany lek musi zostać zużyty;
- 5) wyraźne oznaczenie leku silnie działającego.

Leki podawane są z uwzględnieniem farmakodynamiki i farmakokinetyki oraz z przestrzeganiem zasad aseptyki i antyseptyki, a ich podanie wymaga autoryzowania w dokumentacji medycznej bezpośrednio po wykonanym zleceniu.

Monitorowanie komunikatów bezpieczeństwa leków należy do obowiązków pracowników apteki. Leki wstrzymane lub wycofane z obrotu leków należy natychmiast zidentyfikować i zabezpieczyć.

Monitorowanie obejmuje:

- 1) określenie zasad prowadzenia monitorowania;
- 2) określenie osoby odpowiedzialnej za monitorowanie komunikatów bezpieczeństwa;

- 3) codzienny przegląd serwisu URPL oraz komunikatów Głównego Inspektora Farmaceutycznego (GIF), dotyczących leków stosowanych w szpitalu;
- 4) przekazywanie informacji do oddziałów i innych komórek organizacyjnych szpitala, w których przechowywane są leki.

Monitorowanie komunikatów bezpieczeństwa dotyczy także szpitali, które posiadają działy farmacji i gdzie brak jest codziennego dyżuru farmaceuty lub technika farmacji.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Leki są podawane z zachowaniem zasad bezpieczeństwa zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Leki nie są podawane z zachowaniem zasad bezpieczeństwa zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) dobre praktyki w zakresie przygotowywania leków zawarte w opisie wymagań standardu są stosowane;
- 2) leki są przygotowywane na podstawie kart zleceń;
- 3) dobre praktyki w zakresie oznakowania leków zawarte w opisie wymagań standardu są stosowane;
- 4) dobre praktyki w zakresie oznakowania leków są znane personelowi;
- 5) dobre praktyki w zakresie oznakowania leków minimalizują możliwość pomylenia;
- 6) oznakowanie leku podawanego drogą iniekcji, np. strzykawki z lekiem, wlewy dożylnie, zawiera wszystkie elementy określone w opisie wymagań standardu;
- 7) leki podawane są z uwzględnieniem farmakodynamiki i farmakokinetyki oraz z przestrzeganiem zasad aseptyki i antyseptyki, a ich podanie wymaga autoryzowania w dokumentacji medycznej bezpośrednio po wykonanym zleceniu;
- 8) monitorowanie komunikatów bezpieczeństwa leków należy do obowiązków pracowników aptek;
- 9) monitorowanie obejmuje wszystkie elementy określone w opisie wymagań standardu;
- 10) leki wstrzymane lub wycofane z obrotu leków są natychmiast zidentyfikowane i zabezpieczone.

Co najmniej 60% stanowi 6 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,75**

**FA 5.1**

**SZPITAL ZAPEWNI WARUNKI DO WŁAŚCIWEGO PRZYGOTOWANIA I PODAWANIA LEKÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNYCH ZASAD BEZPIECZEŃSTWA (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### 1. Opis wymagań

Leki, takie jak przykładowo:

- 1) cytostatyki;
- 2) mieszanki do żywienia pozajelitowego;
- 3) leki recepturowe;

wymagają opracowania i wdrożenia zasad dotyczących:

- 1) przygotowywania;
- 2) oznakowania;
- 3) transportu oraz
- 4) podawania takich leków.

Zasady te winny uwzględniać bezpieczeństwo pacjenta oraz personelu przygotowującego lek. Przy braku spełnienia obowiązujących warunków w zakresie przygotowywania leków, szpital nawiązuje współpracę z usługodawcą zewnętrznym.

Pacjentom spełniającym określone kryteria i będącym w trakcie cyklicznej chemioterapii dożylnnej, szpital, w miarę możliwości, zapewnia optymalną podaż leku poprzez zastosowanie portów naczyniowych.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapewnia warunki do właściwego przygotowania i podawania leków wymagających szczególnych zasad bezpieczeństwa.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia warunków do właściwego przygotowania i podawania leków wymagających szczególnych zasad bezpieczeństwa.

## 4. Kamienie milowe

- 1) opracowano i wdrożono zasady dotyczące przygotowania leków wskazanych w opisie wymagań standardu;
- 2) opracowano i wdrożono zasady dotyczące oznakowania leków wskazanych w opisie wymagań standardu;
- 3) opracowano i wdrożono zasady dotyczące transportu leków wskazanych w opisie wymagań standardu;
- 4) opracowano i wdrożono zasady dotyczące podawania leków wskazanych w opisie wymagań standardu;
- 5) powyższe zasady (pkt 1-4) uwzględniają bezpieczeństwo pacjenta oraz personelu przygotowującego lek;
- 6) w przypadku braku spełnienia warunków w zakresie przygotowywania leków, współpraca z usługodawcą zewnętrznym jest nawiązana;
- 7) pacjentom spełniającym określone kryteria i będącym w trakcie cyklicznej chemioterapii dożylnnej, w miarę możliwości, zapewnia się optymalną podaż leku poprzez zastosowanie portów naczyniowych.

Co najmniej 60% stanowi 4 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,75**

## SZPITAL PROWADZI NADZÓR NAD PRZECHOWYWANIEM LEKÓW I WYROBÓW MEDYCZNYCH.

### 1. Opis wymagań

Leki i wyroby medyczne wymagają odpowiednich warunków przechowywania. Nadzór nad przechowywaniem leków i wyrobów medycznych polega na okresowej, cyklicznej kontroli z uwzględnieniem:

- 1) ilości;
- 2) przyjętych zasad układania;
- 3) sprawdzania terminu ważności;
- 4) fizycznych warunków przechowywania, co dotyczy także jednorazowych sterylnych wyrobów medycznych – należy przestrzegać zaleceń producenta odnośnie m.in. temperatury i wilgotności przechowywania;
- 5) zgodności stanu z dokumentacją wydawania – w odniesieniu do leków, dla których przyjęto zasady kontroli wydawania, np. opioidowych leków przeciwbólowych.

Kontrole powinny być prowadzone w oddziałach oraz innych miejscach, gdzie przechowywane są leki i wyroby medyczne, przykładowo w aptece, sali nadzoru poznieczuleniowego, pracowni endoskopii, pracowni kardiologii interwencyjnej co najmniej raz w roku i zakończone zaleceniami.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital prowadzi nadzór nad przechowywaniem leków i wyrobów medycznych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie prowadzi nadzoru nad przechowywaniem leków i wyrobów medycznych zgodnie z wymogami standardu.

### 4. Kamienie milowe

- 1) nadzór polegający na okresowej, cyklicznej kontroli przechowywania leków i wyrobów medycznych jest realizowany;
- 2) cykliczna kontrola uwzględnia elementy wskazane w opisie wymagań standardu;
- 3) kontrole są prowadzone w oddziałach oraz innych miejscach, gdzie przechowywane są leki i wyroby medyczne zgodnie z opisem wymagań standardu;
- 4) kontrole wskazane w pkt 3 są prowadzone co najmniej raz w roku i zakończone zaleceniami.

Co najmniej 60% stanowi 3 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

## SZPITAL WDROŻYŁ POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU NIEPOŻĄDANEGO DZIAŁANIA LEKÓW.

### 1. Opis wymagań

Szpital powinien określić zasady postępowania w przypadku wystąpienia u pacjentów niepożądanych działań leków. Niepożądane działania leków są rejestrowane i analizowane. Szpital powinien uwzględniać możliwości zgłaszania niepożądanych działań leków także przez pacjentów po zakończeniu hospitalizacji.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z zespołem terapeutycznym.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital wdrożył postępowanie w przypadku niepożądanego działania leków.
- 1 Szpital nie wdrożył postępowania w przypadku niepożądanego działania leków.

**Waga standardu – 1**

## W SZPITALU WDROŻONO ZASADY POSTĘPOWANIA Z LEKAMI WŁASNYMI PACJENTÓW.

### 1. Opis wymagań

Leki w szpitalu są podawane przez wykwalifikowany personel. Szpital określa postępowanie z lekami własnymi pacjentów dla wszystkich oddziałów. Leki, jakie pacjent, zgodnie ze swoją wolą, pragnie stosować w trakcie hospitalizacji, są:

- 1) przekazane w trakcie przyjęcia do szpitala;
- 2) zweryfikowane przez lekarza, także co do zasadności aktualnego stosowania w zakresie wskazań, przeciwwskazań oraz interakcji z lekami, zleconymi podczas hospitalizacji;
- 3) podawane przez pielęgniarki według zleceń;
- 4) zwracane pacjentom przy wypisie.

W przypadku, gdy pacjent bezwzględnie wyraża wolę samodzielnego przyjmowania leków, jest to udokumentowane w historii choroby, z wyszczególnieniem nazw samodzielnie przyjmowanych leków.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z pacjentami;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu wdrożono zasady postępowania z lekami własnymi pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Nie wdrożono zasad postępowania z lekami własnymi pacjentów zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

**FA 9**

## **W SZPITALU OPRACOWANO I WDROŻONO PROCEDURĘ POSTĘPOWANIA Z NIEWYKORZYSTANYMI LEKAMI.**

### 1. Opis wymagań

Szpital powinien określić sposób postępowania z lekami, które nie zostały zużyte np.:

- 1) lekami przeterminowanymi;
- 2) niespełniającymi wymogów jakościowych;
- 3) odstawionymi;
- 4) o zmienionej dawce;
- 5) niewykorzystanymi opioidowymi lekami przeciwbólowymi;
- 6) nieodebranymi lekami własnymi pacjenta.

Personel stosuje zasady postępowania z niewykorzystanymi lekami.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Postępowanie z niewykorzystanymi lekami jest niezgodne z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

**FA 10**

## **SZPITAL PROWADZI SZKOLENIA DOTYCZĄCE FARMAKOTERAPII.**

### 1. Opis wymagań

Bezpieczeństwo farmakoterapii wymaga aktualizowania wiedzy na temat stosowania leków i jest tematem corocznych szkoleń personelu. W szkoleniach powinni uczestniczyć lekarze, pielęgniarki, położne, farmaceuci i ratownicy medyczni ze wszystkich oddziałów oraz diagnosta laboratoryjny odpowiedzialni za wykonywanie oznaczeń leków dla potrzeb terapii monitorowanej stężeniem leku we krwi. Zespół ds. farmakoterapii planuje, organizuje, koordynuje i nadzoruje szkolenia, adekwatnie do specyfiki poszczególnych oddziałów.



## **2. Sposób sprawdzenia**

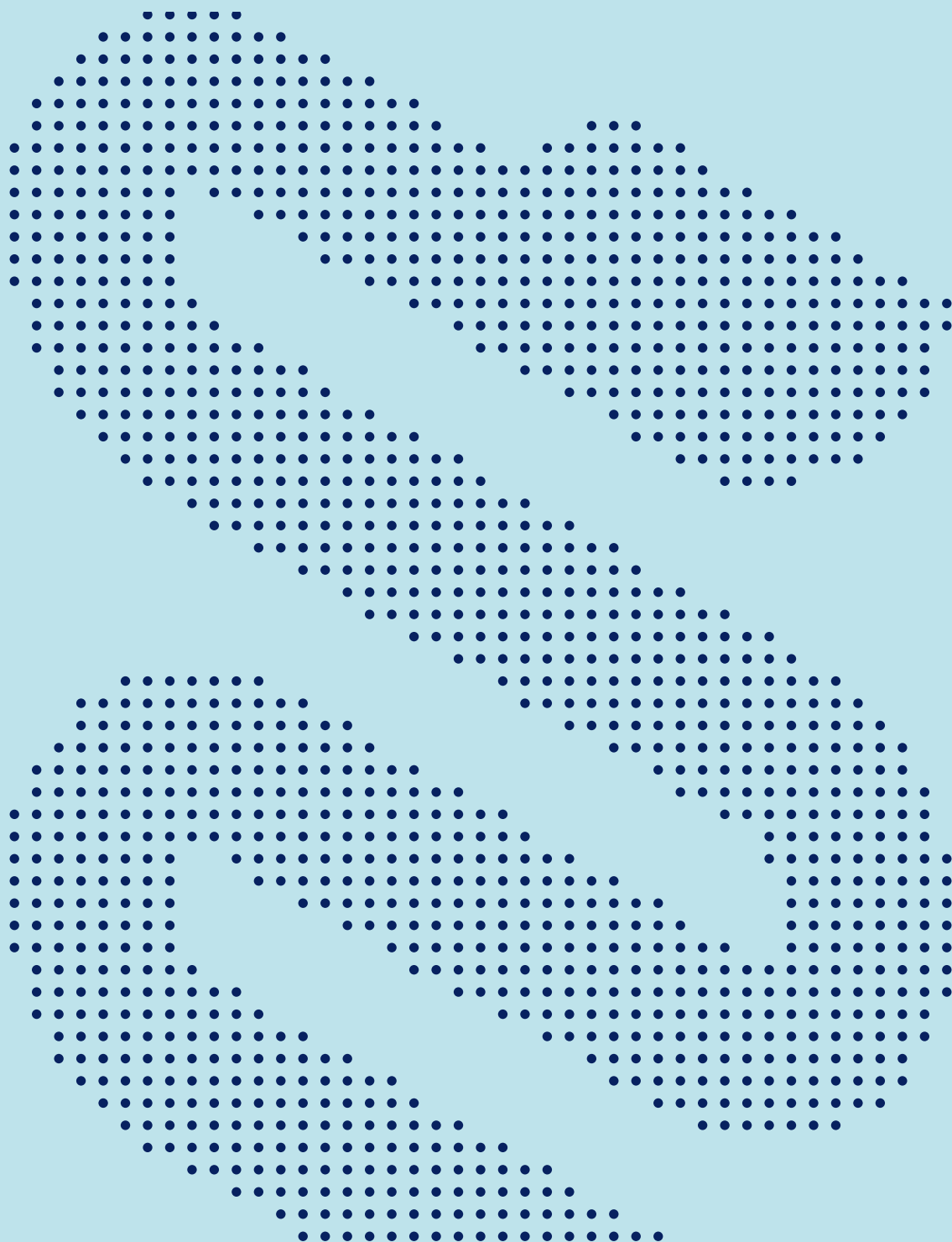
- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem.

## **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital prowadzi szkolenia dotyczące farmakoterapii zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital prowadzi szkolenia dotyczące farmakoterapii nie w pełni zgodnie z wymogami standardu: szkolenia organizowane są rzadziej niż raz w roku lub tylko dla wybranych grup zawodowych lub nie wszystkie oddziały uczestniczą w szkoleniu.
- 1 Szpital nie prowadzi szkoleń dotyczących farmakoterapii.

**Waga standardu – 0,5**

# LECZENIE ŻYWIENIOWE



## LECZENIE ŻYWIENIOWE

<b>LŻ 1</b>	Szpital nadzoruje leczenie żywieniowe (standard może być wyłączony).
<b>LŻ 2</b>	W szpitalu stosuje się terapie żywieniowe zgodne z potrzebami pacjentów (standard może być wyłączony).
<b>LŻ 3</b>	Szpital monitoruje wyniki i powikłania terapii żywieniowych (standard może być wyłączony).
<b>LŻ 4</b>	Żywnienie pozajelitowe jest przygotowywane i podawane w sposób bezpieczny (standard może być wyłączony).
<b>LŻ 5</b>	Żywnienie w szpitalu jest prowadzone zgodnie z zasadami higieny i bezpieczeństwa.
<b>LŻ 6</b>	Szpital opracował i wdrożył leczenie dietetyczne.
<b>LŻ 7</b>	W szpitalu stosowana jest żywność specjalnego przeznaczenia medycznego (standard może być wyłączony).
<b>LŻ 8</b>	Pacjenci otrzymują informacje na temat żywienia w okresie poszpitalnym.
<b>LŻ 9</b>	W szpitalu funkcjonuje poradnictwo żywieniowe (standard może być wyłączony).

# LECZENIE ŻYWIENIOWE

Stan odżywienia pacjenta ma istotne znaczenie dla powodzenia oddziaływań terapeutycznych w trakcie hospitalizacji. Szpital zapewnia żywienie odpowiednie do potrzeb, stanu zdrowia i wieku pacjentów zgodnie z zasadami higieny i bezpieczeństwa. Żywienie osób chorych jest procesem złożonym, wymagającym współpracy pacjentów, lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, specjalistów ds. żywienia oraz personelu działu żywienia. Szpital nadzoruje prowadzenie terapii żywieniowej, co służy zwiększeniu bezpieczeństwa i skuteczności leczenia żywieniowego, poprawie wyników leczenia, zmniejszeniu liczby powikłań, kosztów, skróceniu czasu hospitalizacji. Standardy leczenia żywieniowego muszą być zgodne z aktualnymi zaleceniami towarzystw żywieniowych i w razie potrzeby, dostosowywane do zaistniałych zmian. Pacjenci mają możliwość korzystania z poradnictwa w zakresie żywienia.

## LŻ 1

### SZPITAL NADZORUJE LECZENIE ŻYWIENIOWE (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

#### 1. Opis wymagań

Szpital sprawuje nadzór nad prowadzoną terapią żywieniową. W tym celu powołuje zespół żywieniowy, składający się co najmniej z: lekarza, pielęgniarki, farmaceuty, dietetyka. Osoby te powinny posiadać kwalifikacje, optymalnie potwierdzone certyfikatem umiejętności w zakresie żywienia klinicznego. Certyfikat powinna posiadać co najmniej jedna osoba w zespole.

Działalność zespołu żywieniowego nakierowana jest na:

- 1) opracowywanie zasad leczenia żywieniowego;
- 2) nadzorowanie terapii żywieniowej celem zmniejszenia liczby powikłań związanych z leczeniem żywieniowym;
- 3) prowadzenie szkoleń dla personelu.

Zespół opracowuje roczny plan pracy i odbywa regularne spotkania, co najmniej raz na kwartał. Raport z rocznej działalności zespołu jest przedstawiany kierownikowi szpitala oraz kierującym oddziałami.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z zespołem żywieniowym;
- 3) wywiad z personelem.

#### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital nadzoruje leczenie żywieniowe zgodnie z wymogami standardu.  
1 Szpital nie nadzoruje leczenia żywieniowego zgodnie z wymogami standardu

**Waga standardu – 0,75**

## LŻ 2

### W SZPITALU STOSUJE SIĘ TERAPIE ŻYWIENIOWE ZGODNE Z POTRZEBAMI PACJENTÓW (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

#### 1. Opis wymagań

Szpital prowadzi terapie żywieniowe dostosowane do potrzeb leczonych pacjentów, które oprócz żywienia doustnego obejmują:

- 1) centralną linię żylną;
- 2) sondę żołądkową;
- 3) sondę jelitową;
- 4) gastrostomię;
- 5) jejunostomię odżywczą;
- 6) czasowe żywienie do żył obwodowych.

Szpital określa schematy dla odżywiania dojelitowego i pozajelitowego.

Schemat odżywiania dojelitowego obejmuje m.in. określenie:

- 1) sposobu założenia sondy, gastrostomii i jejunostomii;
- 2) sposobu potwierdzenia bezpiecznego założenia sondy lub gastrostomii;
- 3) sposobu podawania żywienia;
- 4) prowadzenia bilansu płynów, kalorii;
- 5) sposobu podawania leków enteralnych, w tym określa listę leków, które nie mogą być kruszone lub otwierane w celu podania przez dostęp żywieniowy;
- 6) prowadzenia bilansu płynów, kalorii.

Schemat odżywiania pozajelitowego obejmuje m.in. określenie:

- 1) osób odpowiedzialnych za założenie linii centralnej;
- 2) miejsca i sposobu założenia linii centralnej, sposobu potwierdzenia prawidłowego położenia CVC;
- 3) sposobu i miejsca przygotowania żywienia;
- 4) opieki nad linią centralną;
- 5) prowadzenia bilansu płynów, kalorii.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu stosuje się terapie żywieniowe odpowiadające potrzebom pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 W szpitalu nie stosuje się terapii żywieniowych odpowiadających potrzebom pacjentów zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) prowadzone są terapie żywieniowe dostosowane do potrzeb leczonych pacjentów, zgodnie z opisem wymagań standardu;
- 2) określone są schematy dla odżywiania dojelitowego zgodnie z opisem wymagań standardu;
- 3) określone są schematy dla odżywiania pozajelitowego zgodnie z opisem wymagań standardu.

Co najmniej 60% stanowi 2 kamienie milowe.

**Waga standardu – 1**

## SZPITAL MONITORUJE WYNIKI I POWIKŁANIA TERAPII ŻYWIENIOWYCH (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

### 1. Opis wymagań

Szpital monitoruje wyniki i powikłania prowadzonych terapii żywieniowych, zarówno dojelitowych jak i dożylnych, w oparciu o analizowanie dokumentacji medycznej. Monitorowanie żywienia obejmuje np.:

- 1) powikłania mechaniczne:
  - a) zatkanie sondy, drenu,
  - b) nieprawidłowe ułożenie drenu (oskrzela, opłucna),
  - c) perforację przewodu pokarmowego,
  - d) wtórne przemieszczenie lub zapętlenie drenu,
  - e) przypadkowe usunięcie drenu,
  - f) krwawienie z miejsca wprowadzenia drenu,
  - g) niedrożność mechaniczną jelit.
- 2) powikłania funkcjonalne przewodu pokarmowego w przypadku żywienia dojelitowego np. biegunka, wymioty, zaparcia, zarzucanie i aspiracja diety, wzdęcia;
- 3) powikłania infekcyjne:
  - a) zakażenie miejsca wprowadzenia drenu,
  - b) zachłystowe zapalenie płuc,
  - c) zapalenie nosogardzieli lub ucha środkowego,
  - d) zapalenie otrzewnej;
- 4) powikłania metaboliczne:
  - a) zaburzenia elektrolitowe,
  - b) hiperglikemia,
  - c) niedobór witamin,
  - d) niedobór pierwiastków śladowych,
  - e) zespół ponownego odżywienia.

Monitorowanie powikłań żywienia pozajelitowego obejmuje przynajmniej powikłania związane z cewnikiem:

- 1) mechaniczne (odma, uszkodzenie cewnika, krwiak, uszkodzenie tkanek i naczyń itp. z podziałem na wczesne i późne);
- 2) infekcyjne (miejscowe, uogólnione, zakażenia cewnika);
- 3) metaboliczne;
- 4) inne.

Analiza wyników i powikłań prowadzona jest raz w roku, a wyniki są przedstawiane kierującym oddziałami i służą do poprawy bezpieczeństwa stosowanych terapii żywieniowych.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital monitoruje wyniki i powikłania terapii żywieniowych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie monitoruje wyników i powikłań terapii żywieniowych.

#### 4. Kamienie milowe

- 1) monitorowane są wyniki i powikłania mechaniczne prowadzonych terapii żywieniowych, zarówno dojelitowych jak i dożylnych w oparciu o analizowanie dokumentacji medycznej zgodnie z opisem wymagań standardu;
- 2) monitorowane są wyniki i powikłania funkcjonalne przewodu pokarmowego w przypadku żywienia dojelitowego np. biegunka, wymioty, zaparcia, zarzucanie i aspiracja diety, wzdęcia;
- 3) monitorowane są wyniki i powikłania infekcyjne prowadzonych terapii żywieniowych, zarówno dojelitowych jak i dożylnych w oparciu o analizowanie dokumentacji medycznej zgodnie z opisem wymagań standardu;
- 4) monitorowane są wyniki i powikłania metaboliczne prowadzonych terapii żywieniowych, zarówno dojelitowych jak i dożylnych w oparciu o analizowanie dokumentacji medycznej zgodnie z opisem wymagań standardu;
- 5) monitorowane są wyniki i powikłania żywienia pozajelitowego, która obejmuje co najmniej powikłania związane z cewnikiem (mechaniczne, infekcyjne, metaboliczne itp.), zgodnie z opisem wymagań standardu;
- 6) analiza wyników i powikłań prowadzona jest raz w roku, a wyniki są przedstawiane kierującym oddziałami i służą do poprawy bezpieczeństwa stosowanych terapii żywieniowych.

Co najmniej 60% stanowi 4 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,75**

#### LŻ 4

### **ŻYWIENIE POZAJELITOWE JEST PRZYGOTOWYWANE I PODAWANE W SPOSÓB BEZPIECZNY (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

#### 1. Opis wymagań

Preparaty do żywienia pozajelitowego są przygotowywane w pracowni żywienia pozajelitowego w aptece szpitalnej; gdy szpital nie posiada pracowni, preparat żywieniowy przygotowywany jest przez usługodawcę zewnętrznego i nie podlega żadnym modyfikacjom poza miejscem przygotowania.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

#### 3. Ocena punktowa

- 5 Żywienie pozajelitowe jest przygotowywane i podawane w sposób bezpieczny zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Żywienie pozajelitowe nie jest przygotowywane i podawane w sposób bezpieczny zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

## **ŻYWIENIE W SZPITALU JEST PROWADZONE ZGODNIE Z ZASADAMI HIGIENY I BEZPIECZEŃSTWA.**

### **1. Opis wymagań**

Szpital opracował zasady dotyczące podawanych posiłków w zakresie ich:

- 1) przygotowywania;
- 2) podawania;
- 3) przechowywania.

W przypadku korzystania z usług świadczeniodawcy zewnętrznego, szpital nadzoruje usługę cateringową poprzez określenie zasad oraz kryteriów nadzoru nad bezpieczeństwem i higieną żywienia. Ocena usługi powinna być prowadzona przynajmniej raz w roku, co jest udokumentowane. Szpital zapewnia możliwość oceny w miejscu świadczenia usługi.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Żywienie w szpitalu jest prowadzone zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Żywienie w szpitalu nie jest prowadzone zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

## **SZPITAL OPRACOWAŁ I WDROŻYŁ LECZENIE DIETETYCZNE.**

### **1. Opis wymagań**

Żywienie doustne jest najbardziej powszechną formą żywienia w szpitalu. Szpital powinien określić:

- 1) rodzaje diet;
- 2) sposób przygotowania diet;
- 3) osoby odpowiedzialne za przygotowanie i podawanie diet;
- 4) wskazania do stosowania diet.

Diety powinny być dostosowane do potrzeb i wieku pacjentów. U chorych niewymagających leczenia dietetycznego stosowana jest dieta podstawowa. Pacjentom wymagającym diety leczniczej, lekarz zleca diety specjalistyczne, uzależnione od potrzeb, stanu zdrowia i charakteru postępowania terapeutycznego.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z pacjentami;
- 4) obserwacja bezpośrednia.



### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital opracował i wdrożył leczenie dietetyczne zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie opracował i/lub nie wdrożył leczenia dietetycznego zgodnie z wymogami standardu.

Waga standardu – 0,5

#### LŻ 7

### W SZPITALU STOSOWANA JEST ŻYWNOŚĆ SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA MEDYCZNEGO (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

#### 1. Opis wymagań

Apteka szpitalna zapewnia dostęp do leków, preparatów do żywienia pozajelitowego oraz dojelitowego, w tym diet przemysłowych stosowanych doustnie (żywność specjalnego przeznaczenia medycznego: FSMP, *ang. food for special medical purposes*) umożliwiających prowadzenie leczenia żywieniowego w różnych sytuacjach klinicznych. Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego oznacza żywność specjalnie przetworzoną lub żywność o specjalnym składzie, przeznaczoną do dietetycznego odżywiania pacjentów, w tym niemowląt, stosowaną pod nadzorem lekarza.

FSMP służy do wyłącznego lub częściowego żywienia pacjentów:

- 1) z ograniczoną, upośledzoną lub zaburzoną zdolnością przyjmowania, trawienia, wchłaniania, metabolizowania lub wydalania zwykłej żywności lub niektórych składników odżywczych zawartych w tej żywności lub jej metabolitach;
- 2) z innymi uzasadnionymi medycznie wymaganiami żywieniowymi, u których dietetyczne odżywianie nie może zostać osiągnięte jedynie przez zmianę normalnej diety.

Zastosowanie takiej żywności pozwala na:

- 1) szybkie rozpoczęcie leczenia żywieniowego w przypadku możliwości żywienia doustnego;
- 2) zwiększenie masy ciała pacjenta, w tym masy mięśniowej;
- 3) zmniejszenie liczby powikłań, w tym powikłań zakaźnych;
- 4) skrócenie czasu hospitalizacji.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu stosowana jest żywność specjalnego przeznaczenia medycznego.
- 1 W szpitalu nie stosuje się żywności specjalnego przeznaczenia medycznego.

Waga standardu – 0,75

#### LŻ 8

### PACJENCI OTRZYMUJĄ INFORMACJE NA TEMAT ŻYWIENIA W OKRESIE POSZPITALNYM.

#### 1. Opis wymagań

Zalecenia dietetyczne, dotyczą pacjentów wymagających terapii żywieniowej i powinny być wydawane pacjentom przy wypisie ze szpitala. Zalecenia obejmują indywidualne wskazówki na

temat prawidłowego odżywiania; ich opracowaniem zajmuje się dietetyk. Zalecenia na temat żywienia dotyczą szczególnie pacjentów ze sztucznym dostępem do przewodu pokarmowego, a także pacjentów wymagających żywienia parenteralnego.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej.

## 3. Ocena punktowa

- 5 90%-100% dokumentacji medycznej zawiera informacje na temat żywienia w okresie poszpitalnym zgodnie z wymogami standardu.
- 3 70%-89% dokumentacji medycznej zawiera informacje na temat żywienia w okresie poszpitalnym zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Poniżej 70% dokumentacji medycznej zawiera informacje na temat żywienia w okresie poszpitalnym zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

**LŻ 9**

## **W SZPITALU FUNKCJONUJE PORADNICTWO ŻYWIENIOWE (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### 1. Opis wymagań

Szpital zapewnia konsultacje dietetyka w zakresie żywienia, stosowanych diet i ich wartości zgodnie z ustalonym harmonogramem. Dietetyk udziela porad pacjentom, którzy wymagają leczenia żywieniowego i modyfikacji doustnej diety naturalnej.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z pacjentami;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

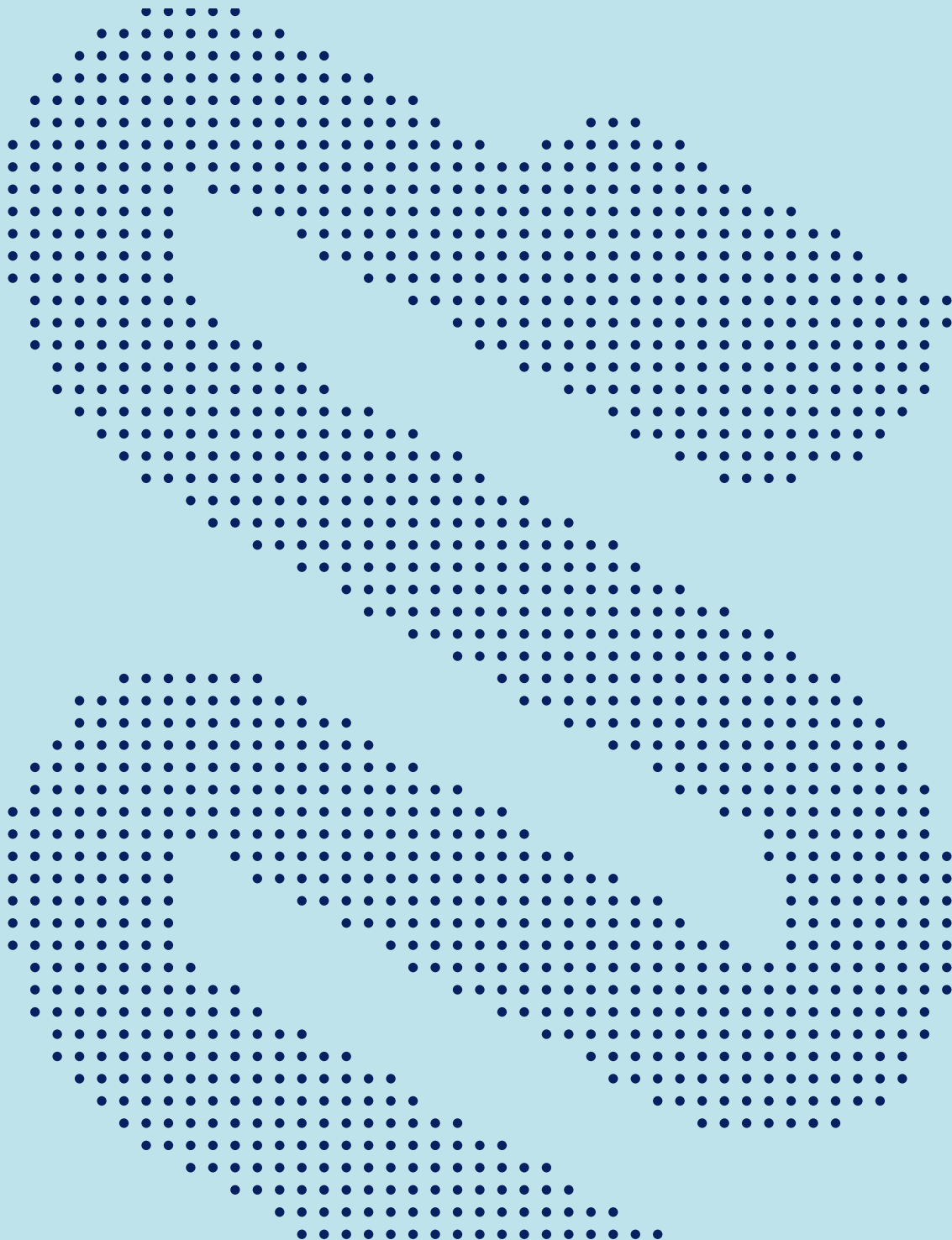
- 5 W szpitalu funkcjonuje poradnictwo żywieniowe.
- 1 W szpitalu nie funkcjonuje poradnictwo żywieniowe.

**Waga standardu – 0,5**

**LŻ**



# PREWENCJA I KONTROLA ZAKAŻEŃ



# PREWENCJA I KONTROLA ZAKAŻEŃ

<b>KZ 1</b>	Personel jest przygotowany do zapobiegania i zwalczania zakażeń.
<b>KZ 1.1</b>	Personel systematycznie uczestniczy w szkoleniach na temat zakażeń.
<b>KZ 1.2</b>	Personel jest przygotowany do pracy.
<b>KZ 1.3</b>	W szpitalu zapewniono warunki do skutecznej higieny rąk.
<b>KZ 1.4</b>	Szpital zapewnia personelowi szczepienia ochronne.
<b>KZ 1.5</b>	W szpitalu wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej.
<b>KZ 2</b>	Szpital prowadzi działania zmniejszające ryzyko narastania lekooporności drobnoustrojów.
<b>KZ 2.1</b>	W szpitalu wdrożono zasady stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych.
<b>KZ 2.2</b>	W szpitalu wdrożono okołozabiegową profilaktykę antybiotykową (standard może być wyłączony).
<b>KZ 3</b>	Szpital prowadzi nadzór nad zakażeniami.
<b>KZ 3.1</b>	Szpital skutecznie rejestruje zakażenia.
<b>KZ 3.2</b>	W szpitalu wdrożono program kontroli zakażeń.
<b>KZ 3.3</b>	W szpitalu wprowadzono zasady izolowania pacjentów stanowiących zagrożenie epidemiczne.
<b>KZ 3.4</b>	Kierownik szpitala i kierujący oddziałami reagują na wyniki kontroli zakażeń.
<b>KZ 3.5</b>	Dane pochodzące z monitorowania zakażeń są walidowane.
<b>KZ 4</b>	Szpital zapewnia bezpieczne wykonanie procedur medycznych.
<b>KZ 4.1</b>	Szpital zapewnia sterylne wyroby medyczne wielokrotnego użytku (standard może być wyłączony).
<b>KZ 4.2</b>	Szpital wdrożył zasady postępowania z narzędziami chirurgicznymi (standard może być wyłączony).
<b>KZ 4.3</b>	Szpital zapewnia bezpieczeństwo wykonywanych badań endoskopowych (standard może być wyłączony).
<b>KZ 4.4</b>	Szpital stosuje barierową, jednorazową bieliznę operacyjną (standard może być wyłączony).
<b>KZ 4.5</b>	Szpital wykorzystuje powierzchnie przeciwdrobnoustrojowe (standard może być wyłączony).
<b>KZ 5</b>	Szpital realizuje procedury higieniczne.
<b>KZ 5.1</b>	Pomieszczenia szpitalne są sprzątane zgodnie z określonymi obszarami ryzyka.
<b>KZ 5.2</b>	Sprzęt użytkowy jest prawidłowo myty, prany lub dezynfekowany.
<b>KZ 5.3</b>	Szpital stosuje bezpieczny sprzęt do zapewnienia higieny pacjenta.

# PREWENCJA I KONTROLA ZAKAŻEŃ

Zakażenia szpitalne są jednym z najistotniejszych problemów jakości opieki, bezpieczeństwa pacjentów i personelu; jako zdarzenia niepożądane stanowią poważne zagrożenie zdrowia publicznego. Powodują cierpienie, niezdolność do pracy, przejściowe lub trwałe kalectwo, wzrost kosztów leczenia, przedłużenie hospitalizacji, reoperacje z powodu zakażeń miejsca operowanego, powtórne hospitalizacje i zgony. Ze względu na liczne, w tym endogenne przyczyny zakażeń, nie można wyeliminować wszystkich infekcji. Jednak wielu można przeciwdziałać poprzez doskonalenie działań profilaktycznych, minimalizowanie ryzyka zakażeń i poprawę bezpieczeństwa pacjentów i personelu.

Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi powinien uwzględniać:

- 1) monitorowanie i analizowanie danych mikrobiologicznych i epidemiologicznych, a na ich podstawie podejmowanie działań dla redukcji ryzyka zakażeń szpitalnych;
- 2) stosowanie procedur postępowania ograniczających przenoszenie zakażeń;
- 3) stosowanie antybiotykoterapii zgodnie z wytycznymi;
- 4) szkolenie personelu;
- 5) stosowanie procedur higienicznych.

Nadzór nad zakażeniami pełni zespół ds. kontroli, zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Kierownik szpitala i kierujący oddziałami powinni otrzymywać informacje zwrotne o wynikach prowadzonych działań.

## KZ 1

### PERSONEL JEST PRZYGOTOWANY DO ZAPOBIEGANIA I ZWALCZANIA ZAKAŻEŃ.

#### KZ 1.1

### PERSONEL SYSTEMATYCZNIE UCZESTNICZY W SZKOLENIACH NA TEMAT ZAKAŻEŃ.

#### 1. Opis wymagań

Zespół kontroli zakażeń organizuje lub prowadzi szkolenia na temat zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych dla wszystkich osób zatrudnionych, niezależnie od formy zatrudnienia, adekwatnie do wykonywanych obowiązków.

Zespół organizuje lub prowadzi:

- 1) szkolenia planowe, realizowane wg. rocznego planu zawierające tematykę dostosowaną do potrzeb różnych grup zawodowych, w tym szkolenie z zakresu higieny rąk, prowadzone nie rzadziej niż raz w roku, w każdym oddziale lub komórce organizacyjnej;
- 2) szkolenia doraźne realizowane w zakresie bieżących potrzeb i sytuacji epidemiologicznej;
- 3) szkolenie wstępne w trakcie adaptacji zawodowej.

Rekomenduje się stosowanie narzędzi oceniających efektywność szkoleń (ankieta, test teoretyczny, test praktyczny, e-learning itp.).

Zespół weryfikuje przeszkolenie pracowników firm zewnętrznych świadczących usługi na rzecz szpitala w zakresie znajomości tematyki zakażeń, adekwatnie do wykonywanych przez nich czynności.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z zespołem kontroli zakażeń.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szkolenia na temat zakażeń prowadzone są zgodnie z planem i prowadzona jest ocena efektywności szkoleń.
- 3 Szkolenia na temat zakażeń prowadzone są zgodnie z planem, ale nie ocenia się efektywności szkoleń.
- 1 Szkolenia na temat zakażeń nie są prowadzone zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

#### KZ 1.2

### PERSONEL JEST PRZYGOTOWANY DO PRACY.

#### 1. Opis wymagań

Zakażenia w opiece zdrowotnej mogą być spowodowane niewłaściwym przygotowaniem personelu do pracy. Personel mający kontakt z pacjentem, żywnością, sterylizacją lub sprzątaniem jest należycie przygotowany do pracy zgodnie z tzw. zasadą „nic poniżej łokcia”:

- 1) personel podczas wykonywania czynności zawodowych, szczególnie w strefie pacjenta, ma ręce przygotowane do pracy (np. krótkie paznokcie bez lakieru);
- 2) bez sztucznych paznokci, np. tipsy, żele, oraz bez innych sztucznych powłok lakierniczych;
- 3) ręce bez biżuterii (pierścionki, bransoletki, zegarki, itp.);
- 4) stosowanie rękawic nie zwalnia z obowiązku dezynfekcji rąk.

Zasady przygotowania do pracy obejmują:

- 1) wykonywanie czynności w czystych ubraniach roboczych z krótkim rękawem;
- 2) właściwe przygotowanie dłoni;
- 3) zabezpieczenie ust i nosa maską;
- 4) zabezpieczenie oczu okularami ochronnymi, przyłbicą;
- 5) zabezpieczenie włosów.

Szpital określił zasady stosowania środków ochrony osobistej, które uwzględniają:

- 1) wskazanie osób szczególnie narażonych;
- 2) miejsce stosowania;
- 3) sytuacje wymagające środków ochrony osobistej;
- 4) rodzaj stosowanych środków;
- 5) określenie osób odpowiedzialnych za dostępność środków.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z zespołem kontroli zakażeń;
- 2) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Personel jest przygotowany do pracy zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Personel nie stosuje zasad przygotowania do pracy zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

## W SZPITALU ZAPEWNIONO WARUNKI DO SKUTECZNEJ HIGIENY RĄK.

### 1. Opis wymagań

Ręce są ważnym wektorem przenoszenia mikroorganizmów, które prowadzą do zakażeń. Szpital wdrożył procedury dotyczące:

- 1) higienicznego mycia i higienicznej dezynfekcji rąk;
- 2) chirurgicznego mycia i chirurgicznej dezynfekcji rąk;
- 3) zasad korzystania z rękawic medycznych.

Stanowiska pracy personelu i stanowiska opieki są wyposażone w dozowniki łokciowe lub bezkontaktowe, preparaty w oryginalnych opakowaniach oraz jednorazowe ręczniki do osuszania skóry rąk. W szpitalu prowadzone jest monitorowanie zużycia:

- 1) preparatu do higieny rąk – szczególnie ważne jest monitorowanie zużycia preparatu do dezynfekcji rąk, np. z uwzględnieniem zużycia preparatu w przeliczeniu na wykonane procedury u pacjenta w ciągu doby;
- 2) rękawic diagnostycznych (niesterylnych).

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu zapewniono warunki do skutecznej higieny rąk zgodnie z wymogami standardu i zużycie preparatu do dezynfekcji rąk jest adekwatne do liczby wykonanych procedur.
- 3 W szpitalu zapewniono warunki do skutecznej higieny rąk, lecz zużycie preparatu do dezynfekcji rąk jest nieadekwatne do liczby wykonanych procedur.
- 1 W szpitalu nie zapewniono warunków do skutecznej higieny rąk lub personel nie przestrzega obowiązujących zasad.

**Waga standardu – 0,5**

## SZPITAL ZAPEWNIŁ PERSONELOWI SZCZEPIONIA OCHRONNE.

### 1. Opis wymagań

Szczepienia ochronne personelu służą zarówno ochronie pacjentów jak i osób zatrudnionych. Należy zidentyfikować stanowiska pracy, gdzie sprawowana jest opieka nad pacjentami szczególnie zagrożonymi infekcją.

Szpital:

- 1) określił stanowiska pracy, które wymagają szczepień ochronnych;
- 2) organizuje szczepienia ochronne w zależności od zagrożenia na stanowisku pracy;
- 3) zapewnia możliwość bezpłatnych szczepień personelu zgodnie z zaleceniami dla pracowników medycznych Głównego Inspektora Sanitarnego;
- 4) gromadzi informacje o poziomie zaszczepienia pracowników; dotyczy to również osób, które poddały się szczepieniu poza szpitalem.



Informacja o rodzajach i terminach organizowanych szczepień powinna być szeroko dostępna dla personelu.

Szpital prowadzi działania zachęcające do szczepień.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z zespołem kontroli zakażeń.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapewnia szczepienia ochronne zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia szczepień ochronnych zgodnie z wymogami standardu lub poniżej 25% pracowników medycznych jest zaszczepionych przeciwko grypie.

## 4. Kamienie milowe

- 1) określono stanowiska pracy, które wymagają szczepień ochronnych;
- 2) organizuje się szczepienia ochronne w zależności od zagrożenia na stanowisku pracy;
- 3) zapewnia się możliwość bezpłatnych szczepień personelu medycznego zgodnie z zaleceniami dla osób wykonujących zawód medyczny wydanymi przez Głównego Inspektora Sanitarnego;
- 4) gromadzi się informacje o poziomie zaszczepienia personelu oraz innych osób zatrudnionych w szpitalu; dotyczy to również osób, które poddały się szczepieniom poza szpitalem;
- 5) informacja o rodzajach i terminach organizowanych szczepień jest szeroko dostępna dla personelu;
- 6) prowadzone są działania zachęcające do szczepień.

Co najmniej 60% stanowi 4 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

**KZ 1.5**

## **W SZPITALU WDROŻONO PROCEDURĘ POSTĘPOWANIA PO EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ.**

### 1. Opis wymagań

Przerwanie ciągłości tkanek zanieczyszczonymi przedmiotami lub ekspozycja śluzówek materiałem biologicznym pochodzącym od pacjentów sprzyja zakażeniom personelu. Szpital zapewnia możliwość stosowania bezpiecznego sprzętu medycznego np. ampułek plastikowych bezigłowych, bezpiecznych igieł iniekcyjnych, czy systemów zamkniętych do pobierania krwi.

Gdy w trakcie wykonywania pracy dojdzie do zakłucia, zranienia, zachłapania, które może stanowić zagrożenie zakażeniem, szpital wdraża procedurę postępowania po ekspozycji na czynniki zakaźne.

Zasady dotyczące postępowania poekspozycyjnego:

- 1) są opracowane w oparciu o aktualne wytyczne;
- 2) są znane i łatwo dostępne;
- 3) obliczane są wskaźniki ilości ekspozycji zawodowych;
- 4) uwzględniają edukację personelu w zakresie ekspozycji zawodowej.

Szpital jest odpowiedzialny za realizację postępowania ekspozycyjnego i gromadzi informacje na temat liczby ekspozycji. Szpital prowadzi ewaluację dynamiki wskaźników ilości ekspozycji zawodowych.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z zespołem kontroli zakażeń.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 W szpitalu nie wdrożono procedury postępowania po ekspozycji zawodowej zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) wprowadzono zasady postępowania po ekspozycji na czynniki zakaźne;
- 2) zasady postępowania po ekspozycji na czynniki zakaźne są opracowane w oparciu o aktualne wytyczne;
- 3) zasady postępowania po ekspozycji na czynniki zakaźne są znane i łatwo dostępne;
- 4) gromadzone są informacje na temat liczby ekspozycji;
- 5) oblicza się wskaźniki ilości poekspozycyjnych;
- 6) prowadzona jest ewaluacja dynamiki wskaźników ilości ekspozycji zawodowych;
- 7) uwzględnia się edukację personelu w zakresie ekspozycji zawodowej;
- 8) określona jest odpowiedzialność za realizację postępowania ekspozycyjnego;

Co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,25**

**KZ 2**

### **SZPITAL PROWADZI DZIAŁANIA ZMNIEJSZAJĄCE RYZYKO NARASTANIA LEKOOPORNOŚCI DROBNOUSTROJÓW.**

**KZ 2.1**

### **W SZPITALU WDROŻONO ZASADY STOSOWANIA LEKÓW PRZECIWDROBNOUSTROJOWYCH.**

#### 1. Opis wymagań

Określenie zasad stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych obejmuje:

- 1) szpitalną listę leków przeciwdrobnoustrojowych, tryb ich zamawiania i zasady stosowania;
- 2) rekomendacje dotyczące racjonalnej gospodarki lekami i wyrobami medycznymi przeciwdrobnoustrojowymi klasy II i III, w tym ich zlecanie i obrót w szpitalu. Leki przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze i przeciwwirusowe stosowane są zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, ich wybór, dawkowanie oraz czas stosowania uwzględniają czynniki zależne od pacjenta jak i profil PK/PD stosowanych leków;
- 3) rekomendowany sposób zapobiegania powstawaniu lekooporności w wyniku niewłaściwego stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych;
- 4) wytyczne dla empirycznej i celowanej terapii zakażeń z uwzględnieniem danych miejscowych dotyczących fenotypu lekowrażliwości drobnoustrojów.

W szpitalu określono wykaz leków przeciwdrobnoustrojowych zastrzeżonych do stosowania według przyjętych wytycznych, zgodnych z aktualną wiedzą medyczną w tym zakresie oraz lokalną sytuacją epidemiologiczną.

Pacjenci są leczeni zgodnie z przyjętymi zasadami, z tym zastrzeżeniem, że zasady te nie mogą ograniczać dostępności do leków, w sytuacjach w których są one wymagane.

Szpital prowadzi ocenę wdrożenia zasad stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych, co jest udokumentowane.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu wdrożono zasady stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych zgodnie z wymogami standardu; pacjenci są leczeni zgodnie z wyżej wymienionymi zasadami.
- 3 W szpitalu opracowano zasady stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych, jednak nie zawsze są one stosowane.
- 1 W szpitalu nie opracowano zasad stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych zgodnie z wymogami standardu.

Waga standardu – 1

KZ 2.2

## W SZPITALU WDROŻONO OKOŁOZABIEGOWĄ PROFILAKTYKĘ ANTYBIOTYKOWĄ (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

### 1. Opis wymagań

Szpital stosuje okołozabiegową profilaktykę antybiotykową w oparciu o aktualne wytyczne i wiedzę medyczną oraz monitorowanie lekooporności drobnoustrojów.

Określenie zasad stosowania okołozabiegowej profilaktyki antybiotykowej obejmuje co najmniej:

- 1) wykaz zabiegów, dla których powinna być stosowana profilaktyka;
- 2) wykaz i dawkowanie antybiotyków stosowanych w profilaktyce z uwzględnieniem profilu PK/PD zlecanych antybiotyków;
- 3) wykaz alternatywnych antybiotyków w przypadkach alergii na antybiotyki beta-laktamowe;
- 4) czas, drogę, sposób podania (bolus, wlew przedłużony) i liczbę dawek;
- 5) zasady podawania dodatkowych dawek antybiotyków;
- 6) ocenę wdrożenia poprawności stosowania profilaktyki antybiotykowej (zlecenie, dawka, czas, miejsce, droga podania);
- 7) ujednolicony sposób dokumentowania podawania profilaktyki.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z zespołem kontroli zakażeń.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Wdrożono okołozabiegową profilaktykę antybiotykową zgodnie z wymogami standardu.

- 1 Nie wdrożono okołozabiegowej profilaktyki antybiotykowej zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

### **KZ 3**

## **SZPITAL PROWADZI NADZÓR NAD ZAKAŻENIAMI.**

### **KZ 3.1**

## **SZPITAL SKUTECZNIE REJESTRUJE ZAKAŻENIA.**

### **1. Opis wymagań**

W celu skutecznego rejestrowania zakażeń szpital przyjął:

- 1) kryteria rozpoznawania zakażeń, uwzględniające aktualne wytyczne;
- 2) skuteczną metodę rejestrowania zakażeń, która pozwala by poziom rejestrowanych zakażeń był adekwatny do wykonywanej działalności.

Dane na temat zakażeń powinny być znane kierującym oddziałami; personel powinien znać kryteria rozpoznawania zakażeń, które są typowe dla danego szpitala/oddziału. W rejestrowaniu zakażeń należy też uwzględnić zakażenia, których objawy pojawiają się po wypisie ze szpitala.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z zespołem kontroli zakażeń.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital skutecznie rejestruje zakażenia zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital skutecznie rejestruje zakażenia zgodnie z wymogami standardu; rejestrowanie nie uwzględnia zakażeń, których objawy pojawiają się po wypisie ze szpitala.
- 1 Poziom rejestrowanych zakażeń jest nieadekwatny do wykonywanej działalności.

**Waga standardu – 1**

### **KZ 3.2**

## **W SZPITALU WDROŻONO PROGRAM KONTROLI ZAKAŻEŃ.**

### **1. Opis wymagań**

Kontrola zakażeń prowadzona jest w oparciu o pozyskane dane na temat zarejestrowanych zakażeń. Jednym z ważniejszych elementów postępowania zmierzającego do redukcji ryzyka zakażeń w szpitalu jest:

- 1) analizowanie pozyskanych danych o liczbie zakażeń;
- 2) wdrażanie wniosków z analiz;
- 3) podejmowanie działań dla poprawy sytuacji epidemiologicznej w szpitalu.

Monitorowaniu podlegają co najmniej:

- 1) liczba zakażeń i postaci kliniczne zakażeń rozpoznanych podczas hospitalizacji;
- 2) liczba zakażeń i postaci kliniczne zakażeń rozpoznanych po wypisie ze szpitala;
- 3) liczba wykonanych badań mikrobiologicznych;

- 4) czynniki etiologiczne zakażeń, w tym szczepy wielolekooporne;
  - 5) zużycie antybiotyków;
  - 6) liczba reoperacji z powodu zakażenia miejsca operowanego;
  - 7) liczba zgonów, których przyczyną były zakażenia.
- Dane te powinny być znane kierującym oddziałami.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem
- 4) wywiad z zespołem kontroli zakażeń.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu wdrożono program kontroli zakażeń zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 W szpitalu nie wdrożono programu kontroli zakażeń zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) kontrola zakażeń jest prowadzona w oparciu o pozyskane dane na temat zarejestrowanych zakażeń;
- 2) analizuje się dane o liczbie zakażeń w szpitalu;
- 3) wdrażane są wnioski z prowadzonych analiz;
- 4) podejmowane są działania dla poprawy sytuacji epidemiologicznej w szpitalu;
- 5) monitorowaniu podlegają co najmniej:
  - a) liczba zakażeń i postaci kliniczne zakażeń rozpoznanych podczas hospitalizacji,
  - b) liczba zakażeń i postaci kliniczne zakażeń rozpoznanych po wypisie ze szpitala,
  - c) liczba wykonanych badań mikrobiologicznych,
  - d) czynniki etiologiczne zakażeń, w tym szczepy wielolekooporne,
  - e) zużycie antybiotyków,
  - f) liczba reoperacji z powodu zakażenia miejsca operowanego,
  - g) liczba zgonów, których przyczyną były zakażenia;
- 6) dane dotyczące zakażeń są znane kierującym oddziałami.

Co najmniej 60% stanowi 4 kamienie milowe.

**Waga standardu – 1**

**KZ 3.3**

## **W SZPITALU WPROWADZONO ZASADY IZOLOWANIA PACJENTÓW STANOWIĄCYCH ZAGROŻENIE EPIDEMICZNE.**

### 1. Opis wymagań

Szpital wdrożył zasady postępowania z pacjentami stanowiącymi zagrożenie epidemiczne: powinni oni przebywać w wydzielonych salach dostosowanych do wymagań izolacji. Należy opracować procedurę izolowania dostosowaną do warunków lokalnych. Personel zapewnia informacje na temat zasad odwiedzin chorych izolowanych.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia;
- 4) wywiad z zespołem kontroli zakażeń.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu wprowadzono zasady izolowania pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 1 W szpitalu nie wprowadzono zasad izolowania pacjentów zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

**KZ 3.4**

## **KIEROWNIK SZPITALA I KIERUJĄCY ODDZIAŁAMI REAGUJĄ NA WYNIKI KONTROLI ZAKAŻEŃ.**

### 1. Opis wymagań

Kierownik szpitala i kierujący oddziałami reagują na wyniki kontroli zakażeń, podejmując działania adekwatnie do identyfikowanych problemów. Kierujący oddziałami powinni być regularnie, przynajmniej raz na pół roku zapoznawani z wynikami monitorowania zakażeń. Materiały informacyjne przygotowane przez zespół kontroli zakażeń powinny być wykorzystywane do szkolenia personelu.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z zespołem kontroli zakażeń.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Kierownik szpitala i kierujący oddziałami reagują na wyniki kontroli zakażeń zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Kierownik szpitala i kierujący oddziałami nie reagują na wyniki kontroli zakażeń zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

**KZ 3.5**

## **DANE POCHODZĄCE Z MONITOROWANIA ZAKAŻEŃ SĄ WALIDOWANE.**

### 1. Opis wymagań

Walidowanie danych na temat zakażeń ma na celu:

- 1) zweryfikowanie wiarygodności zarejestrowanych zakażeń;
- 2) potwierdzenie skuteczności metody wykrywania i rejestrowania zakażeń.

Analiza jest wszechstronna i obejmuje różne aspekty związane potencjalnie z zakażeniami; walidację można oprzeć na:

- 1) retrospektywnej analizie dokumentacji medycznej;
- 2) analizie wyników badań mikrobiologicznych.

Walidacja jest prowadzona regularnie, nie rzadziej niż raz na kwartał, dotyczy wszystkich oddziałów. Dodatkowym elementem walidacji jest prowadzone corocznie badanie PPS.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z zespołem kontroli zakażeń.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Dane pochodzące z monitorowania zakażeń są walidowane zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Dane pochodzące z monitorowania zakażeń nie są walidowane zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) waliduje się dane na temat zakażeń w celu zweryfikowania wiarygodności zarejestrowanych zakażeń i potwierdzenia skuteczności metody wykrywania i rejestrowania zakażeń;
- 2) walidacja jest wszechstronna i oparta na retrospektywnej analizie dokumentacji medycznej oraz analizie badań mikrobiologicznych;
- 3) walidacja jest prowadzona regularnie, nie rzadziej niż raz na kwartał oraz dotyczy wszystkich oddziałów;
- 4) elementem walidacji jest prowadzone corocznie badanie PPS.

Co najmniej 60% stanowi 3 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

**KZ 4**

### **SZPITAL ZAPEWNIĄ BEZPIECZNE WYKONANIE PROCEDUR MEDYCZNYCH.**

**KZ 4.1**

#### **SZPITAL ZAPEWNIĄ STERYLNE WYROBY MEDYCZNE WIELOKROTNEGO UŻYTKU (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### 1. Opis wymagań

W celu zapewnienia sterylności wyrobów medycznych szpital korzysta z usług centralnej sterylizatorni własnej lub zewnętrznej, która spełnia obowiązujące wymogi. Należy określić zasady postępowania ze sprzętem, które uwzględniają:

- 1) typ mycia, dezynfekcji i sterylizacji poszczególnych kategorii sprzętu medycznego;
- 2) miejsca, w których przeprowadzane są: dezynfekcja, mycie, kompletowanie zestawów, sterylizacja;
- 3) sposób postępowania z każdym typem sprzętu, obejmujący: dezynfekcję wstępną, właściwą; mycie; przygotowanie, pakowanie; dezynfekcję wysokiego stopnia lub sterylizację z uwzględnieniem kryteriów Spauldinga;
- 4) sposób kontroli poprawności i skuteczności stosowania procedury;
- 5) osoby odpowiedzialne.

Skuteczne i bezpieczne funkcjonowanie sterylizatorni wymaga:

- 1) wyposażenia w urządzenia gwarantujące przygotowanie sterylnych narzędzi medycznych; myjni-dezynfektorów i sterylizatorów parowych zasilanych wodą demineralizowaną, sterylizacji niskotemperaturowej;
- 2) posiadania wymaganych kwalifikacji przez kierownika i personel centralnej sterylizatorni;
- 3) walidowania wszystkich procesów dotyczących postępowania z narzędziami.

Szpital nadzoruje proces sterylizacji prowadzony przez usługodawcę zewnętrznego. Ocena usługi sterylizacji powinna być prowadzona przynajmniej raz w roku, co jest dokumentowane. Podmiot zewnętrzny powinien spełniać wymagania standardu akredytacyjnego dotyczącego procesu sterylizacji, a szpital przedstawić dokumenty potwierdzające spełnianie wymagań oraz zapewnić możliwość oceny w miejscu świadczenia usługi.

Proces sterylizacji powinien być scentralizowany; jeżeli szpital korzysta z usług sterylizatorni zewnętrznej, zlokalizowanej poza szpitalem, narzędzia chirurgiczne, przed przekazaniem powinny zostać poddane myciu i dezynfekcji w myjni-dezynfektorze.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapewnia sterylne wyroby medyczne wielokrotnego użytku zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia sterylnych wyrobów medycznych wielokrotnego użytku zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

### I. Sterylizatornia własna.

- 1) sterylizatornia spełnia obowiązujące wymogi;
- 2) określono zasady postępowania ze sprzętem, zgodnie z wymogami standardu (pkt 1-5);
- 3) sterylizatornia jest wyposażona w urządzenia gwarantujące przygotowanie sterylnych narzędzi medycznych; myjni-dezynfektorów i sterylizatorów parowych zasilanych wodą demineralizowaną, sterylizacji niskotemperaturowej;
- 4) proces sterylizacji jest scentralizowany;
- 5) kierownik i personel centralnej sterylizatorni posiada wymagane kwalifikacje;
- 6) procesy dotyczące postępowania z narzędziami są walidowane.

Co najmniej 60% stanowią 4 kamienie milowe.

### II. Sterylizatornia zewnętrzna.

- 1) sterylizatornia spełnia obowiązujące wymogi;
- 2) podmiot zewnętrzny prowadzący sterylizatornię spełnia wymogi standardu;
- 3) narzędzia chirurgiczne, przed przekazaniem do sterylizatorni (jeżeli jest zlokalizowana poza szpitalem) są poddawane myciu i dezynfekcji w myjni-dezynfektorze;
- 4) proces sterylizacji prowadzony przez usługodawcę zewnętrznego jest nadzorowany;
- 5) ocena usługi sterylizacji jest prowadzona przynajmniej raz w roku, co jest dokumentowane.

Co najmniej 60% stanowi 3 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,75**



## **SZPITAL WDROŻYŁ ZASADY POSTĘPOWANIA Z NARZĘDZIAMI CHIRURGICZNYMI (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Postępowanie z narzędziami chirurgicznymi obejmuje:

- 1) określenie zasad postępowania z narzędziami po użyciu, które uwzględniają:
  - a) metody dezynfekcji, z uwzględnieniem rodzaju stosowanych środków stosowanych do dezynfekcji oczekiwanego spektrum bójczego,
  - b) sposób przygotowania narzędzi do mycia i dezynfekcji w myjni-dezynfektorze, zapakowania jeżeli narzędzia są przekazywane do sterylizatorni zewnętrznej, z uwzględnieniem odległości i czasu transport,
  - c) czas pracy centralnej sterylizatorni,
  - d) mycie i dezynfekcję wózków oraz pojemników transportowych;
- 2) określenie zasad postępowania z narzędziami sterylnymi, z uwzględnieniem:
  - a) przechowywania: wszystkie sterylne wyroby medyczne powinny być przechowywane w pomieszczeniach, w których codziennie jest monitorowana temperatura (18°C – 25°C) i wilgotność powietrza (40%-60%),
  - b) nadzoru nad terminami zachowania sterylności narzędzi;
- 3) określenie sposobu znakowania zapewniającego sterylność narzędzi oraz ułatwienie kompletowania zestawów zabiegowych. Narzędzia powinny być profesjonalnie znakowane, zalecane jest znakowanie laserowe, gdyż narzędzia grawerowane lub oklejone kolorowymi taśmami, pomimo przeprowadzonego poprawnego procesu mycia, dezynfekcji, sterylizacji, nie uzyskują sterylności;
- 4) określenie nadzoru nad stanem technicznym: narzędzia nie mogą być uszkodzone ani skorodowane: przegląd powinien być wykonany raz do roku. Przeglądy, regeneracja, wymiana narzędzi powinna być prowadzona przez osoby lub firmy posiadające odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje. W szpitalu określono osoby odpowiedzialne za nadzór nad stanem technicznym narzędzi.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital wdrożył zasady postępowania z narzędziami chirurgicznymi zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie wdrożył zasad postępowania z narzędziami chirurgicznymi zgodnie z wymogami standardu.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) zasady postępowania z narzędziami po użyciu są określone zgodnie z wymogami standardu;
- 2) zasady postępowania z narzędziami sterylnymi są określone zgodnie z wymogami standardu;
- 3) określono sposób znakowania zapewniający sterylność narzędzi oraz ułatwienie kompletowania zestawów zabiegowych zgodnie z wymogami standardu (znakowanie laserowe);
- 4) określono nadzór nad stanem technicznym narzędzi zgodnie z wymogami standardu;

Co najmniej 60% stanowi 3 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

## **SZPITAL ZAPEWNIĄ BEZPIECZEŃSTWO WYKONYWANYCH BADAŃ ENDOSKOPOWYCH (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Bezpieczne wykonywanie badań endoskopowych wymaga:

- 1) pracownicy badań endoskopowych z oddzielnymi gabinetami przeznaczonymi do wykonywania poszczególnych badań;
- 2) wyposażenia pracowni w sprzęt i urządzenia: myjnie-dezynfektory do endoskopów giętkich, myjnię ultradźwiękową, endoskopy w liczbie adekwatnej do liczby wykonywanych badań, szafy do właściwego przechowywania endoskopów.

W szpitalu opracowano zasady postępowania z endoskopami obejmujące:

- 1) mycie;
- 2) dezynfekcję;
- 3) pakowanie w celu przechowywania;
- 4) sterylizację, szczególnie endoskopów używanych do jądrowych jam ciała;
- 5) przechowywanie.

Personel pracowni endoskopii posiada wymagane kwalifikacje.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital zapewnia bezpieczeństwo wykonywanych badań endoskopowych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia bezpieczeństwa wykonywanych badań endoskopowych zgodnie z wymogami standardu.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) personel pracowni endoskopii posiada wymagane kwalifikacje;
- 2) pracownia badań endoskopowych posiada oddzielne gabinety przeznaczone do wykonywania poszczególnych badań;
- 3) pracownia jest wyposażona w sprzęt i urządzenia zgodnie z wymogami standardu;
- 4) opracowano zasady postępowania z endoskopami zgodnie z wymogami standardu.

Co najmniej 60% stanowi 3 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,75**

**KZ 4.4****SZPITAL STOSUJE BARIEROWĄ,  
JEDNORAZOWĄ BIELIZNĘ OPERACYJNĄ  
(STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).****1. Opis wymagań**

Do zabiegów stosowane jest barierowe, jednorazowe obłożenie pola operacyjnego uniemożliwiające przenikanie mikroorganizmów, przemakanie, zapewniające czystość mikrobiologiczną, odporne na przedziurawienie i rozdarcie (na sucho i mokro).

**2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

**3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital stosuje barierowe, jednorazowe obłożenie pola operacyjnego.
- 1 Szpital nie stosuje barierowego, jednorazowego obłożenia pola operacyjnego.

**Waga standardu – 0,75**

**KZ 4.5****SZPITAL WYKORZYSTUJE POWIERZCHNIE  
PRZECIWDROBNOUSTROJOWE (STANDARD  
MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).****1. Opis wymagań**

Powierzchnie w obszarach wzmożonego nadzoru sanitarnego np. na blokach operacyjnych, porodowych, w gabinetach zabiegowych, często dotykane przez personel, a także powierzchnie na terenie szpitala często dotykane przez pacjentów i personel, np. blaty, klamki, poręcze, uchwyty, powinny być wykonane ze stopów metali o właściwościach przeciwdrobnoustrojowych, takich jak: miedź, mosiądz, brąz, zgodnie z rekomendacją EPA.

**2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

**3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital posiada powierzchnie często dotykane wykonane ze stopów o właściwościach przeciwdrobnoustrojowych.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% przestrzeni wymienionych w opisie standardu wyposażonych jest w powierzchnie o właściwościach przeciwdrobnoustrojowych).
- 1 Szpital nie posiada powierzchni często dotykanych wykonanych ze stopów o właściwościach przeciwdrobnoustrojowych.

**Waga standardu – 0,25**

**POMIESZCZENIA SZPITALNE SĄ SPRZĄTANE ZGODNIE Z OKREŚLONYMI OBSZARAMI RYZYKA.****1. Opis wymagań**

Prawidłowe stosowanie preparatów dezynfekcyjnych oraz zapewnienie różnych metod i technologii dezynfekcji powierzchni i pomieszczeń z wykorzystaniem np. dezynfektorów parowych, urządzeń do zamgławiania pomieszczeń, do filtrowania i dezynfekcji powietrza jest istotnym elementem zapobiegania zakażeniom i ich rozprzestrzenianiu.

Szpital powinien określić:

- 1) obszary większego i mniejszego ryzyka skażenia;
- 2) technikę mycia i dezynfekcji;
- 3) dobór środków dezynfekcyjnych;
- 4) stężenie środków dezynfekcyjnych;
- 5) częstotliwość stosowania środków myjących i dezynfekcyjnych;
- 6) określenie osób odpowiedzialnych za sprząatanie i dezynfekcję;
- 7) wykaz preparatów dezynfekcyjnych stosowanych w szpitalu;
- 8) zasady przechowywania preparatów dezynfekcyjnych.

Personel zna zasady postępowania na wypadek bezpośredniego kontaktu stężonego preparatu dezynfekcyjnego ze skórą, oczami lub jamą ustną i są one dostępne w miejscu ich stosowania.

**2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z zespołem kontroli zakażeń;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

**3. Ocena punktowa**

- 5 Pomieszczenia szpitalne są sprzątane zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Pomieszczenia szpitalne nie są sprzątane zgodnie z wymogami standardu.

**4. Kamienie milowe**

- 1) preparaty dezynfekcyjne są prawidłowo stosowane;
- 2) różne metody i technologie dezynfekcji powierzchni i pomieszczeń zgodnie z wymogami standardu są zapewnione;
- 3) określono zasady dotyczące postępowania w obszarach większego i mniejszego ryzyka zgodnie z wymogami standardu (opis wymagań pkt 1-8);
- 4) zasady postępowania na wypadek bezpośredniego kontaktu stężonego preparatu dezynfekcyjnego ze skórą, oczami lub jamą ustną są znane i dostępne w miejscu ich stosowania.

Co najmniej 60% stanowi 3 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,25**

## SPRZĘT UŻYTKOWY JEST PRAWIDŁOWO MYTY, PRANY LUB DEZYNFEKOWANY.

### 1. Opis wymagań

Zasady postępowania ze sprzętem użytkowym: łóżkiem, szafką, materacem, poduszką, kocem, kołdrą, powinny uwzględniać:

- 1) rodzaj środków myjących i dezynfekcyjnych;
- 2) częstotliwość stosowania środków myjących i dezynfekcyjnych;
- 3) stężenie środków dezynfekcyjnych;
- 4) monitorowanie i dokumentowanie ilości koców, kołder i poduszek oddawanych do prania;
- 5) określenie osób odpowiedzialnych za sprząatanie i dezynfekcję oraz osób odpowiedzialnych za nadzorowanie realizacji procedury.

Łóżka i sprzęt z otoczenia pacjenta należy myć i dezynfekować: po zanieczyszczeniu, po zgonie, izolacji, po każdym wypisie chorego, nie rzadziej niż co 14 dni.

Materace, w tym materace przeciwoleżynowe są pokryte pokrowcami nadającymi się do dezynfekcji chemicznej.

Poduszki, kołdry, koce należy prać po zanieczyszczeniu, po zgonie, izolacji, po każdym wypisie pacjenta, tak aby zapewnić czysty koc lub kołdrę i poduszkę każdemu pacjentowi.

Prawidłową procedurę mycia i dezynfekcji sprzętu użytkowego można zapewnić stosując:

- 1) mycie i dezynfekcję w myjniach-dezynfektorach;
- 2) dezynfekcję z użyciem dezynfektora parowego lub stosując dezynfekcję preparatami chemicznymi;
- 3) pranie poduszek, kołder lub koców w pralni z barierą higieniczną;
- 4) profesjonalne poduszki i kołdry medyczne w obszarach podwyższonego ryzyka;
- 5) dezynfekcję przez zmywanie powierzchni roztworami dezynfekcyjnymi i stosowanie dezynfekcji parowej w przypadku wyposażenia łóżek w materace pokryte szczelnymi pokrowcami zmywalnymi wyposażonymi dodatkowo w filtry powietrza;
- 6) dezynfekcję w komorach dezynfekcyjnych;
- 7) dezynfekcję pomieszczeń metodą zamgławiania.

W obszarach podwyższonego ryzyka zakażeń (oddziały intensywnej terapii, szpitalne oddziały ratunkowe, oddziały zabiegowe) należy stosować poduszki i kołdry medyczne zgrzewane ze wszystkich stron, stanowiące całkowitą barierę dla płynów i drobnoustrojów, włączając w to szczepy wielolekooporne niewymagające prania, umożliwiające skuteczną dezynfekcję przy użyciu stosowanych do dezynfekcji powierzchni preparatów myjących/dezynfekujących z możliwością zastosowania fumigacji.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z zespołem kontroli zakażeń;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Sprzęt użytkowy jest prawidłowo myty i dezynfekowany zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Sprzęt użytkowy nie jest myty i dezynfekowany zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) zasady postępowania ze sprzętem użytkowym: łóżkiem, szafką, materacem, poduszką, kocem, kołdrą, są określone zgodnie z wymogami standardu;
- 2) łóżka i sprzęt z otoczenia pacjenta jest dezynfekowany po zanieczyszczeniu, po zgonie, izolacji, po wypisie chorego, nie rzadziej niż co 14 dni;
- 3) materace, w tym materace przeciwodleżynowe są pokryte pokrowcami nadającymi się do dezynfekcji chemicznej;
- 4) poduszki, kołdry, koce są prane po zanieczyszczeniu, po zgonie, izolacji, po wypisie pacjenta, tak aby zapewnić czysty koc, kołdrę i poduszkę pacjentowi;
- 5) procedury mycia i dezynfekcji sprzętu użytkowego są prawidłowe zgodnie z wymaganiami standardu;
- 6) w obszarach podwyższonego ryzyka zakażeń (OIT, SOR, oddziały zabiegowe) wykorzystuje się poduszki i kołdry medyczne zgrzewane ze wszystkich stron, zgodnie z wymogami standardu.

Co najmniej 60% stanowi 4 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

### KZ 5.3

## SZPITAL STOSUJE BEZPIECZNY SPRZĘT DO ZAPEWNIENIA HIGIENY PACJENTA.

### 1. Opis wymagań

Jedną z dróg przenoszenia zakażeń jest bezpośredni kontakt pacjenta z zanieczyszczonym sprzętem: basenami, kaczkami, nerkami i miskami do mycia pacjentów.

Oddziały posiadają:

- 1) myjnie-dezynfektory (dezynfekcja termiczna);
- 2) maceratory;
- 3) sprzęt jednorazowy (kaczki, baseny) w sytuacji, gdy nie ma możliwości wyposażenia pomieszczeń w myjnie-dezynfektory np. w izolatkach.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) obserwacja bezpośrednia;
- 2) wywiad z personelem.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital stosuje bezpieczny sprzęt do zapewnienia higieny pacjenta zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie stosuje bezpiecznego sprzętu do zapewnienia higieny pacjenta zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**



# POPRAWA JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA







# POPRAWA JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA

Dbałość o jakość i bezpieczeństwo świadczeń zdrowotnych jest stale obecna w codziennej pracy całego personelu i istotnie zależy od skutecznego przywództwa, dobrej organizacji pracy, współdziałania osób i zespołów sprawujących bezpośrednią i pośrednią opiekę nad pacjentem.

Poprawa jakości i bezpieczeństwa wymaga utworzenia odpowiedniej struktury i wprowadzenia rozwiązań, które będą skutecznie oddziaływać na funkcjonowanie szpitala.

Poprawa jakości i bezpieczeństwa pacjenta wymaga:

- 1) silnego przywództwa, zaangażowanego w systematyczne doskonalenie;
- 2) kultury bezpieczeństwa, w tym:
  - a) kultury sprawiedliwego traktowania,
  - b) kultury organizacji,
  - c) kultury raportowania,
  - d) kultury uczenia się,
  - e) kultury informowania;
- 3) zarządzania ukierunkowanego na zmianę kultury organizacyjnej;
- 4) skupienia na problemach mających kluczowy wpływ na skuteczność i bezpieczeństwo opieki;
- 5) dokonywania okresowej oceny głównych aspektów jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń;
- 6) proaktywnego identyfikowania, oceny i redukowania niepożądanego wariacji w procesach opieki;
- 7) wprowadzenia systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych;
- 8) koncentracji na doskonaleniu systemu, nie na definiowaniu odpowiedzialności za niepowodzenia;
- 9) zaangażowania personelu;
- 10) gromadzenia i pomiaru danych w celu określenia rezultatów przebiegu i wyników procesu opieki;
- 11) efektywnego wykorzystywania danych w celu realizacji szpitalnych projektów i programu poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta;
- 12) wdrażania i utrzymywania rekomendowanych zmian, służących poprawie jakości opieki.

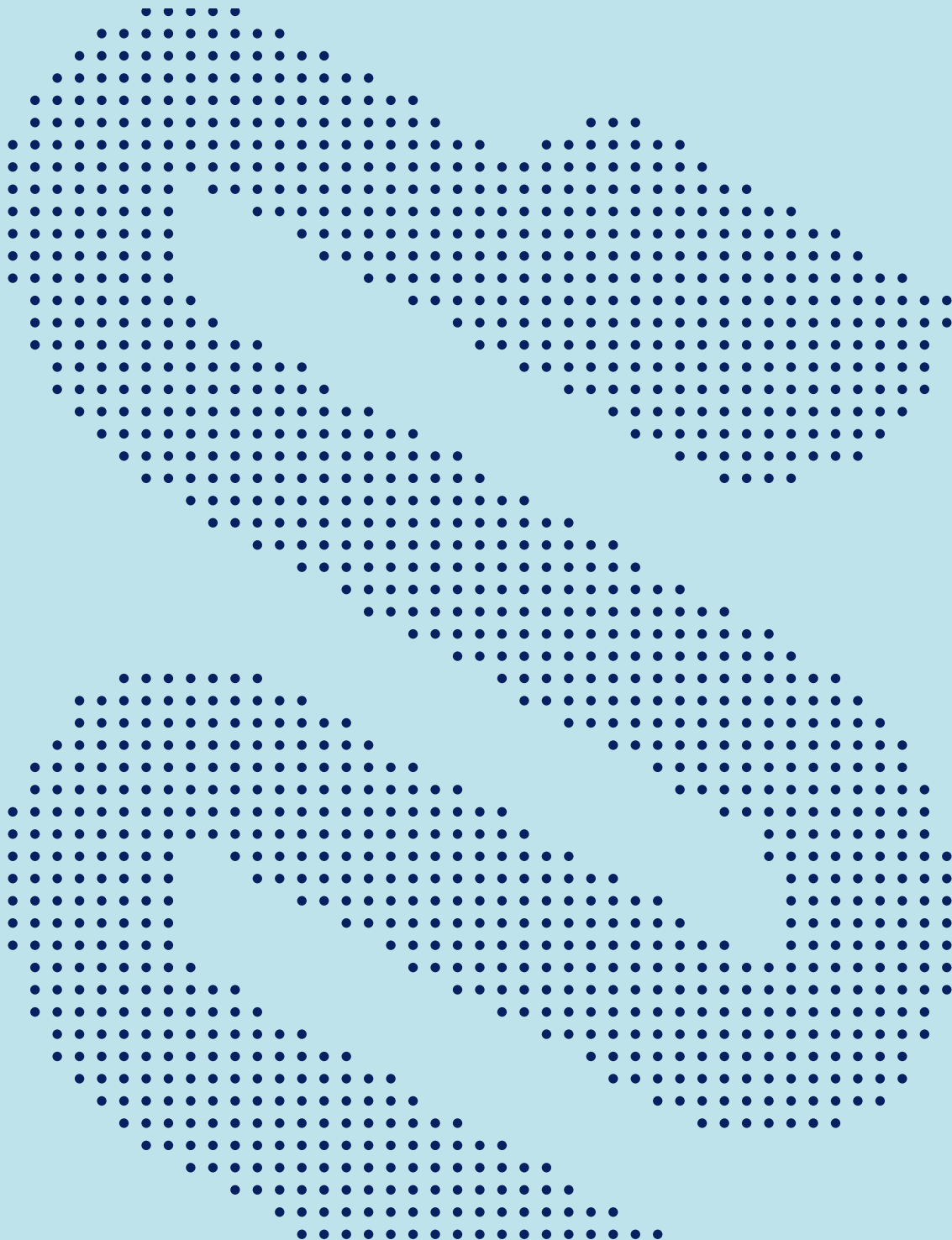
Ocena obszarów wymagających poprawy może dotyczyć:

- 1) spełniania wymogów akredytacyjnych;
- 2) analizowania istotnych zdarzeń związanych z pobytem pacjenta w szpitalu:
  - a) przedłużonych pobytów,
  - b) rehospitalizacji,
  - c) reoperacji,
  - d) zgonów,
  - e) zabiegów i znieczuleń;
- 3) skuteczności leczenia;
- 4) leczenia bólu.

Zidentyfikowanie takich obszarów pozwala na określenie zagrożeń i ustalenie sposobu zmiany lub modyfikacji postępowania w celu zmniejszenia ryzyka ponownego wystąpienia niekorzystnych rezultatów. Dlatego analizowanie działalności klinicznej powinno być prowadzone przez personel w oddziałach szpitalnych, a wnioski wynikające z analiz przekazywane do zespołu jakości, który identyfikuje problemy, określa trendy i – w oparciu o dane i informacje – wdraża projekty poprawy jakości. Należy prowadzić ocenę skuteczności zabiegów i terapii, których wyniki lub skutki poddane obserwacji mogą dostarczyć istotnych informacji służących poprawie jakości leczenia. Poprawie jakości służy też wprowadzenie wystandaryzowanych kart kontrolnych zarówno w obszarach klinicznych jak i pozaklinicznych. Należy wprowadzić bezpieczny system identyfikowania pacjentów.



# POPRAWA JAKOŚCI



# POPRAWA JAKOŚCI

<b>PJ 1</b>	Szpital prowadzi programy poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki (standard obligatoryjny).
<b>PJ 2</b>	Ocena jakości jest wykorzystywana do identyfikowania problemów wymagających poprawy.
<b>PJ 2.1</b>	Szpital określa istotność problemów, ustalając pierwszeństwo ich rozwiązywania.
<b>PJ 2.2</b>	Szpital realizuje projekty poprawy jakości.
<b>PJ 3</b>	Szpital dokonuje samooceny wdrożenia standardów akredytacyjnych (standard obligatoryjny).
<b>PJ 4</b>	Szpital analizuje przyczyny przedłużonego pobytu pacjentów (standard może być wyłączony).
<b>PJ 5</b>	Szpital analizuje nieplanowe, powtórne hospitalizacje.
<b>PJ 6</b>	Oddziały zabiegowe analizują nieplanowe, powtórne zabiegi (standard może być wyłączony).
<b>PJ 7</b>	Szpital uczestniczy w monitorowaniu wskaźników skuteczności leczenia.
<b>PJ 8</b>	Szpital analizuje przyczyny zgonów pacjentów.
<b>PJ 8.1</b>	Szpital analizuje przyczyny wszystkich zgonów szpitalnych (standard obligatoryjny).
<b>PJ 8.2</b>	Szpital analizuje przyczyny zgonów okołozabiegowych (standard może być wyłączony).
<b>PJ 9</b>	Szpital prowadzi badanie doświadczeń i opinii pacjentów i analizuje oraz wykorzystuje ich wyniki.

# POPRAWA JAKOŚCI

PJ1

## SZPITAL PROWADZI PROGRAMY POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI (STANDARD OBLIGATORYJNY).

### 1. Opis wymagań

Poprawa jakości i bezpieczeństwa opieki wymaga zaangażowania kierownictwa i obejmuje:

- 1) identyfikowanie obszarów o niższej od spodziewanej jakości i bezpieczeństwie ze wskazaniem problemów wymagających poprawy;
- 2) prowadzenie oceny tych problemów;
- 3) ustalanie priorytetów dla poprawy;
- 4) prowadzenie samooceny standardów akredytacyjnych;
- 5) opracowanie programu poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki;
- 6) prowadzenie projektów poprawy jakości;
- 7) monitorowanie wdrożenia zmian w celu oceny ich skuteczności;
- 8) edukowanie kierownictwa i personelu na temat metodologii poprawy;
- 9) prezentowanie w dostępnych miejscach dla pacjentów, w tym na stronie internetowej szpitala informacji na temat programów poprawy jakości.

W działania te powinni być zaangażowani przedstawiciele personelu zaznajomieni z metodologią poprawy jakości i bezpieczeństwa. Roczny program poprawy jakości obejmuje priorytetowe zagadnienia z określonym deficytem jakości i bezpieczeństwa w zakresie np.:

- 1) opieki nad pacjentem;
- 2) procedur diagnostycznych i terapeutycznych;
- 3) jakości dokumentacji medycznej;
- 4) organizacji pracy;
- 5) wyników badań doświadczeń i opinii pacjentów.

Program poprawy jakości i bezpieczeństwa nie może ograniczać się do poprawy infrastruktury, remontów, modernizacji i inwestycji; program powinien być znany kierownictwu szpitala oraz kierującym oddziałami.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem
- 4) wywiad z zespołem ds. jakości.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital prowadzi programy poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie prowadzi programów poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki zgodnie z wymogami standardu lub program poprawy jakości nie jest realizowany.

**Waga standardu – 0,75**

## OCENA JAKOŚCI JEST WYKORZYSTYWANA DO IDENTYFIKOWANIA PROBLEMÓW WYMAGAJĄCYCH POPRAWY.

### 1. Opis wymagań

Identyfikowanie zagadnień wymagających poprawy jest uwarunkowane znajomością aktualnego poziomu funkcjonowania szpitala i jeśli możliwe, uwzględnia rezultaty uzyskiwane przez inne podmioty w ramach np. rejestrów klinicznych. Szpital powinien identyfikować te obszary i procesy, w których występują deficyty jakości i bezpieczeństwa.

Źródłem informacji wskazującej obszary wymagające doskonalenia powinny być w szczególności:

- 1) samoocena akredytacyjna;
- 2) ocena spełniania standardów dokonana w trakcie przeglądu akredytacyjnego;
- 3) wyniki oceny skuteczności terapii;
- 4) wyniki badania doświadczeń i opinii pacjentów;
- 5) wyniki badania opinii personelu;
- 6) wyniki postępowania prowadzone przez instytucje, np. Rzecznika Praw Pacjenta.

Szpital powinien posiadać aktualną, weryfikowaną nie rzadziej niż raz w roku, listę problemów wymagających interwencji, która stanowi podstawę szpitalnego programu poprawy jakości i bezpieczeństwa.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z zespołem ds. jakości.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Ocena jakości jest wykorzystywana do identyfikowania problemów wymagających poprawy zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Ocena jakości nie jest wykorzystywana do identyfikowania problemów wymagających poprawy zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

## SZPITAL OKREŚLA ISTOTNOŚĆ PROBLEMÓW, USTALAJĄC PIERWSZEŃSTWO ICH ROZWIĄZYWANIA.

### 1. Opis wymagań

Zidentyfikowane problemy będą zróżnicowane pod względem ważności oraz trudności ich skorygowania. Zespół ds. jakości powinien uzyskać opinię kierownictwa szpitala odnośnie zagadnień, którymi należy zająć się w pierwszej kolejności.

Szpital powinien określić:

- 1) problemy związane z deficytem jakości i bezpieczeństwa, które mogą być łatwo skorygowane, oraz te, które wymagają większego nakładu sił i środków;

- 2) wagę problemów;
- 3) częstość występowania;
- 4) wielkość ryzyka i stwarzanych zagrożeń;
- 5) planowany czas rozwiązania problemów.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z zespołem ds. jakości.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital ustala kolejność rozwiązywania problemów w oparciu o ich istotność.
- 1 Szpital nie ustala kolejności rozwiązywania problemów w oparciu o ich istotność.

**Waga standardu – 0,5**

### PJ 2.2

## SZPITAL REALIZUJE PROJEKTY POPRAWY JAKOŚCI.

### 1. Opis wymagań

Poprawa jakości i bezpieczeństwa opieki powinna odbywać się w formie cyklicznie powtarzanych etapów zgodnie z metodologią poprawy jakości PDCA (*ang. plan-do-check-act*: zaplanuj-wprowadź-sprawdź-zastosuj). Metoda polega na uzyskiwaniu kolejnych usprawnień po każdorazowym sprawdzeniu efektu dokonanych zmian. Każde z usprawnień obejmuje etapy:

- 1) analizowania problemu i planowania zmian;
- 2) wprowadzania zmian;
- 3) oceny wprowadzonych zmian i uzyskanych efektów w oparciu o pomiar wartości liczbowych;
- 4) wdrażania zmian, wyciągania wniosków i ewentualnego korygowania wprowadzonych zmian.

Projekty poprawy jakości mają charakter dynamiczny i wymagają dokonywania stałych pomiarów w czasie rzeczywistym, co umożliwi szybką orientację, czy wprowadzona zmiana oznacza poprawę. Taka dynamika jest zasadniczą cechą, która odróżnia projekt poprawy jakości od działań nakierowanych na ciągłą poprawę jakości (*ang. CQI: Continuous Quality Improvement*), takich jak np.: stałe monitorowanie zakażeń szpitalnych, odleżyn czy systematyczne prowadzenie badań doświadczeń i opinii pacjentów.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z zespołem ds. jakości.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Projekty poprawy realizowane są zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Projekty poprawy nie są realizowane zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**



## SZPITAL DOKONUJE SAMOOCENY WDROŻENIA STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH (STANDARD OBLIGATORYJNY).

### 1. Opis wymagań

Samoocena standardów akredytacyjnych, czyli wewnętrzny przegląd akredytacyjny, może być użytecznym narzędziem służącym do identyfikowania obszarów wymagających poprawy ze względu na rozbieżności pomiędzy wymogami standardów, a stanem faktycznym. Samoocena powtarzana jest przed przeglądem akredytacyjnym oraz doraźnie, w całym szpitalu lub jego części, np.:

- 1) na polecenie kierownictwa;
- 2) w sytuacjach szczególnych, gdy występuje możliwość pogorszenia jakości i bezpieczeństwa świadczeń, np. przy zmianach organizacyjnych, skargach pacjentów lub osób bliskich, lub przedstawicieli ustawowych pacjenta, czy na wezwanie ośrodka akredytacyjnego CMJ lub Rady Akredytacyjnej Ministra Zdrowia.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z zespołem ds. jakości.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital dokonuje samooceny wdrożenia standardów akredytacyjnych zgodnie z wymogami standardu i dokumentuje jej przeprowadzenie.
- 1 Szpital nie dokonuje samooceny wdrożenia standardów akredytacyjnych zgodnie z wymogami standardu lub jej nie dokumentuje.

**Waga standardu – 0,5**

## SZPITAL ANALIZUJE PRZYCZYNY PRZEDŁUŻONEGO POBYTU PACJENTÓW (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

### 1. Opis wymagań

W odniesieniu do przyjęć planowych należy zakładać standardowy czas pobytu w oddziale szpitalnym. Celem oceny przedłużonych pobytów jest określenie przyczyn wydłużenia pobytu pacjentów, których hospitalizacja trwa co najmniej dwukrotnie dłużej niż standardowy pobyt dla danej jednostki chorobowej, planowanego zabiegu lub planowanego postępowania diagnostycznego.

W oparciu o swoje doświadczenie kliniczne, kierujący oddziałami:

- 1) zachowawczymi powinni zdefiniować standardowy czas pobytu przynajmniej dla trzech, najczęściej leczonych jednostek chorobowych lub planowanych postępowań diagnostycznych;
- 2) zabiegowymi powinni zdefiniować standardowy czas pobytu przynajmniej dla trzech najczęściej wykonywanych zabiegów operacyjnych lub interwencyjnych.

Przedłużone pobyty powinny być analizowane przynajmniej dwa razy w roku, z uwzględnieniem wyników klinicznych i skutków ekonomicznych. Z oceny wyłącza się oddziały intensywnej terapii

i medycyny paliatywnej. Wnioski, wynikające z oceny przedłużonych pobytów powinny być znane kierującym oddziałami oraz kierownictwu szpitala.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierującymi oddziałami;
- 3) wywiad z zespołem ds. jakości.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital analizuje przyczyny przedłużonego pobytu pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie analizuje przyczyn przedłużonego pobytu pacjentów zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

**PJ 5**

## **SZPITAL ANALIZUJE NIEPLANOWE, POWTÓRNE HOSPITALIZACJE.**

### 1. Opis wymagań

Rozróżnienie przyczyn powtórnych hospitalizacji ma istotne znaczenie dla oceny jakości postępowania. Powtórne przyjęcie do szpitala może wynikać z:

- 1) planowego rozłożenia postępowania medycznego na realizowane kolejno etapy;
- 2) przyjęcia do szpitala z przyczyn niezależnych od powodu poprzedniej hospitalizacji;
- 3) powodu powikłań lub zdarzeń niepożądanych, wynikających z poprzedniej hospitalizacji.

Analizowane powinny być przypadki hospitalizacji, wynikające z powikłań lub skutków ubocznych poprzedniej hospitalizacji, tj. jeżeli wcześniejszy pobyt nie był zakończony zaleceniem kolejnego przyjęcia do szpitala, a przyczyna hospitalizacji miała związek z poprzednim pobytem w szpitalu. Analiza nieplanowych, powtórnych hospitalizacji obejmuje powtórne hospitalizacje do 30 dni od daty poprzedniego wypisu ze szpitala.

Powtórne hospitalizacje są poddawane ocenie przynajmniej dwa razy w roku; ich ocena powinna uwzględniać wyniki kliniczne i ekonomiczne. Wnioski z oceny powtórnych hospitalizacji są znane kierującym oddziałami oraz kierownikowi szpitala.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z zespołem ds. jakości.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital analizuje nieplanowe, powtórne hospitalizacje zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie analizuje nieplanowych, powtórnych hospitalizacji zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

**PJ**

## ODDZIAŁY ZABIEGOWE ANALIZUJĄ NIEPLANOWE, POWTÓRNE ZABIEGI (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).

### 1. Opis wymagań

Reoperacja będąca nieplanowaną, powtórą operacją albo zabiegiem inwazyjnym stanowi dodatkowe ryzyko dla pacjenta. Rozróżnienie przyczyn powtórnych zabiegów ma istotne znaczenie dla oceny jakości postępowania. Konieczność powtórzenia zabiegu może wynikać z:

- 1) planu rozłożenia postępowania medycznego na realizowane kolejno etapy;
- 2) wykonywania zabiegu z przyczyn niezależnych od poprzedniego zabiegu;
- 3) powikłań lub zdarzeń niepożądanych związanych z pierwszym zabiegiem.

Przyczyna wszystkich powtórnych zabiegów powinna podlegać ocenie, a głębiej analizowane powinny być powtórne zabiegi, które wynikają z powikłań lub sposobu realizacji poprzedniego zabiegu, w tym należy wyróżnić powtórne zabiegi wynikające z nieadekwatnej opieki okołoooperacyjnej. Ocena przyczyn i skutków reoperacji powinna być prowadzona we wszystkich oddziałach zabiegowych co najmniej dwa razy w roku z uwzględnieniem czynników ekonomicznych.

Wnioski z oceny powinny być znane kierującym oddziałami oraz kierownictwu szpitala.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierującymi oddziałami;
- 3) wywiad z zespołem ds. jakości.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Wszystkie oddziały zabiegowe szpitala analizują nieplanowe, powtórne zabiegi zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Nie wszystkie zabiegowe oddziały szpitala analizują nieplanowe, powtórne zabiegi zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**

## SZPITAL UCZESTNICZY W MONITOROWANIU WSKAŹNIKÓW SKUTECZNOŚCI LECZENIA.

### 1. Opis wymagań

Szpital uczestniczy w prowadzonym przez Ośrodek Akredytacyjny monitorowaniu wskaźników skuteczności odnośnie określonych zabiegów i terapii, poprzez wprowadzanie określonych przez Ośrodek Akredytacyjny informacji do informatycznej bazy danych. Zestaw informacji gromadzonych w bazie danych odnośnie czynników ryzyka, postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz efektów zdrowotnych poddane obserwacji mogą dostarczyć istotnych wskazówek dla poprawy jakości leczenia w szpitalu. Monitorowanie wskaźników skuteczności zabiegów i terapii może wymagać od szpitala prowadzenia w określonych odstępach czasu ambulatoryjnej kontroli stanu pacjenta i telefonicznej oceny odległej przez okres co najmniej 12 miesięcy po zabiegu lub terapii.

W odniesieniu do każdego wybranego zabiegu lub terapii należy przestrzegać określonej przez Ośrodek Akredytacyjny metodologii prowadzenia obserwacji wyników odległych z uwzględnieniem:

- 1) częstotliwości wizyt kontrolnych;
- 2) czasu obserwacji;
- 3) zakresu danych rejestrowanych w trakcie kolejnych wizyt;
- 4) systemu powiadamiania i wzywania pacjentów na kontrolę;
- 5) systemu przypominania i wyznaczania terminów zastępczych dla osób, które nie zgłoszą się na wizytę kontrolną w wyznaczonym terminie;
- 6) zakresu danych kontaktowych umożliwiających porozumienie z pacjentem lub osobami bliskimi, lub przedstawicielami ustawowymi pacjenta na wypadek nie zgłaszania się pacjenta na wizyty kontrolne.

Okresowo, nie rzadziej niż raz w roku, wyniki monitorowania wskaźników skuteczności leczenia oceniane są przez szpital wraz z danymi otrzymanymi z Ośrodka Akredytacyjnego. W ocenie i omówieniu wniosków bierze czynny udział personel związany z realizacją określonych zabiegów i terapii.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital w pełni uczestniczy w monitorowaniu wskaźników skuteczności leczenia zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie w pełni uczestniczy w monitorowaniu wskaźników skuteczności leczenia zgodnie z wymogami standardu.

**Standard może nie podlegać ocenie w okresie 6 miesięcy od ustanowienia określonego programu monitorowania.**

**Waga standardu – 1**

**PJ 8**

## **SZPITAL ANALIZUJE PRZYCZYNY ZGONÓW PACJENTÓW.**

Analiza zgonów pozwala na określenie modyfikacji sposobu funkcjonowania poszczególnych oddziałów oraz całości szpitala tak, aby zmniejszyć ryzyko zgonów możliwych do uniknięcia, poprawić opiekę nad chorymi terminalnie oraz uniknąć stosowania terapii daremnych.

**PJ 8.1**

## **SZPITAL ANALIZUJE PRZYCZYNY WSZYSTKICH ZGONÓW SZPITALNYCH (STANDARD OBLIGATORYJNY).**

### 1. Opis wymagań

Szpital systematycznie, przynajmniej dwa razy w roku, poddaje ocenie zgony hospitalizowanych pacjentów.

Ocena ta uwzględnia:

- 1) liczbę zgonów z podziałem na oddziały;
- 2) wiek, płeć;
- 3) tryb przyjęcia: planowy, pilny, nagły;

- 4) rodzaj leczenia: zachowawcze, zabiegowe;
- 5) czas pobytu;
- 6) przyczyny zgonów;
- 7) zgodność rozpoznania przyczynowego z wynikami rozpoznania autopsyjnego i pośmiertnych badań toksykologicznych, o ile badanie sekcyjne zostało wykonane.

Na podstawie powyższych danych należy pogłębić ocenę wybranych przypadków zgonów, zwłaszcza tych, których być może, można było uniknąć. Analiza nie służy penalizacji, powinna być prowadzona z udziałem lekarzy zaangażowanych w proces leczenia chorego, uwzględniać parametry kliniczne stanu pacjenta, powikłania oraz okoliczności mogące mieć wpływ na wystąpienie zgonu np. warunki i organizację pracy, komunikację w zespole terapeutycznym.

Wnioski z oceny powinny być znane kierującym oddziałami oraz kierownictwu szpitala.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z kierownikiem;
- 4) wywiad z personelem;
- 5) wywiad z zespołem ds. jakości.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital analizuje przyczyny zgonów pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie analizuje przyczyn zgonów pacjentów zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 1**

**PJ 8.2**

### **SZPITAL ANALIZUJE PRZYZYNY ZGONÓW OKOŁOZABIEGOWYCH (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

#### 1. Opis wymagań

Zgony pacjentów, poddanych zabiegom operacyjnym i małoinwazyjnym interwencjom zabiegowym powinny podlegać analizie w celu ustalenia ich przyczyn i poszukiwania modyfikacji postępowania. Ocena przyczyn tych zgonów powinna być prowadzona systematycznie, co najmniej dwa razy w roku przez klinicystów.

Analizą należy objąć zgony okołozabiegowe, czyli takie, które wystąpiły w czasie pobytu pacjenta w szpitalu, w okresie od znieczulenia do wypisu, a w przypadku niestosowania anestezji od rozpoczęcia zabiegu do wypisu. Analiza dotyczy też pacjentów przekazywanych z oddziałów zabiegowych do innych oddziałów w szpitalu, w których nastąpił zgon; powinna określać czy zabieg był nagły, w celu ratowania życia, czy planowy. Z oceny należy wyłączyć pacjentów poddanych zabiegom paliatywnym. Analiza powinna uwzględniać powikłania okołozabiegowe, które najczęściej oznaczają dysfunkcję w zakresie:

- 1) gospodarki wodno-elektrolitowej;
- 2) układu krążenia;
- 3) układu oddechowego;
- 4) hemostazy;
- 5) układu immunologicznego i infekcji

i obejmować:

- 1) poprawność techniki wykonywania zabiegu lub znieczulenia;
- 2) niemożność podjęcia działań korekcyjnych (niedostępność lub opóźniony dostęp np.: do leków, lekarza specjalisty, sali operacyjnej, sprzętu medycznego);

- 3) niedostateczny nadzór nad pacjentem;
- 4) niewłaściwą kwalifikację do zabiegu;
- 5) niewłaściwe określenie poziomu ryzyka;
- 6) niewłaściwą profilaktykę powikłań.

Wnioski z oceny powinny być znane kierującym oddziałami oraz kierownictwu szpitala.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z zespołem ds. jakości;

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital analizuje przyczyny zgonów okołozabiegowych zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie analizuje przyczyn zgonów okołozabiegowych zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 1**

**PJ 9**

## **SZPITAL PROWADZI BADANIE DOŚWIADCZEŃ I OPINII PACJENTÓW I ANALIZUJE ORAZ WYKORZYSTUJE ICH WYNIKI.**

### 1. Opis wymagań

Badanie ankietowe doświadczeń i opinii pacjentów stanowi bezpośrednie źródło informacji na temat opieki i leczenia szpitalnego, wskazując problemy, które powodują deficyty jakości i bezpieczeństwa opieki. Badanie prowadzone jest systematycznie, co najmniej z wykorzystaniem ankiet wymaganych w ustawie o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, ze zwrotnością ankiet na poziomie co najmniej 1% liczby hospitalizacji.

Szpital określa:

- 1) osoby odpowiedzialne za koordynowanie przeprowadzenia badania;
- 2) zakres informacji przekazywanych do wiadomości publicznej.

Informacje na temat dostępu do badania umieszczone są na stronie internetowej, tablicach informacyjnych, w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego. Dodatkowo personel informuje o dostępie do badania doświadczeń i opinii pacjentów.

Gdy badanie prowadzone jest we własnym zakresie, ankietę powinna obejmować co najmniej:

- 1) przestrzeganie praw pacjenta;
- 2) jakość komunikacji z personelem;
- 3) ocenę pracy personelu;
- 4) grzeczność, uprzejmość i życzliwość personelu;
- 5) konsumencką ocenę jakości opieki;
- 6) skuteczność leczenia;
- 7) skuteczność leczenia bólu;
- 8) ocenę jakości żywienia.

Badanie ankietowe powinno obejmować wszystkie etapy hospitalizacji.

Podsumowanie i wnioski przedstawiane są raz w roku, a problemy zidentyfikowane w badaniu są wykorzystywane w planowaniu projektów i programu poprawy jakości i bezpieczeństwa. Wyniki ankiety są prezentowane na stronie internetowej dostępnej dla pacjentów.

## **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wyniki badania doświadczeń i opinii pacjentów.

## **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital prowadzi badanie doświadczeń i opinii pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Narzędzie badawcze nie zawiera wymaganych elementów wskazanych w standardzie.

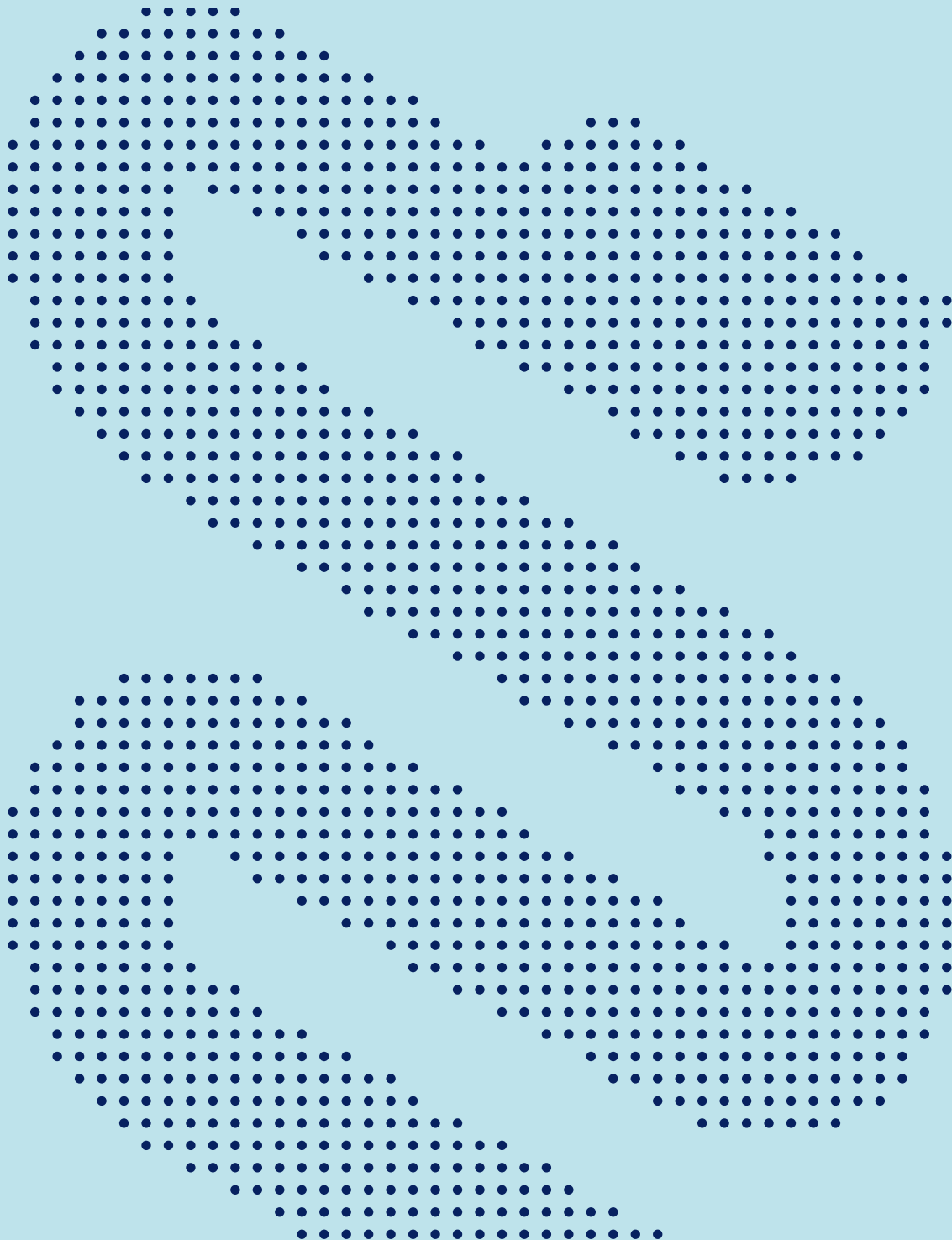
## **4. Kamienie milowe**

- 1) badanie ankietowe doświadczeń i opinii pacjentów jest prowadzone;
- 2) badanie jest prowadzone z wykorzystaniem ankiety wymaganej w ustawie o jakości i bezpieczeństwie pacjenta;
- 3) jeżeli badanie jest prowadzone według innej ankiety, powinna ona zawierać co najmniej zakres pytań określony w opisie wymagań do standardu i obejmować wszystkie etapy hospitalizacji;
- 4) osoby odpowiedzialne za koordynowanie przeprowadzenia badania są określone;
- 5) zwrotność ankiet na podstawie których prowadzone są analizy wynosi co najmniej 1%;
- 6) zakres informacji przekazywanych do wiadomości publicznej jest określony;
- 7) podsumowanie badania i wnioski przedstawiane są raz w roku;
- 8) wyniki badania są publikowane na stronie internetowej szpitala;
- 9) problemy zidentyfikowane w badaniu są wykorzystywane w planowaniu projektów i programów poprawy jakości i bezpieczeństwa.

Co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

# BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA





# BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA

<b>BP 1</b>	Szpital wdrożył system poprawy bezpieczeństwa pacjenta.
<b>BP 1.1</b>	Szpital wdrożył politykę bezpieczeństwa pacjenta (standard obligatoryjny).
<b>BP 1.2</b>	Szpital identyfikuje zdarzenia niepożądane, które dosięgnęły pacjenta.
<b>BP 1.3</b>	Szpital identyfikuje zdarzenia niepożądane, które nie dosięgnęły pacjenta.
<b>BP 1.4</b>	Szpital prowadzi analizę zaistniałych i niedoszłych zdarzeń niepożądanych (standard obligatoryjny).
<b>BP 1.5</b>	Szpital wdraża zalecenia z analiz RCA, służące poprawie funkcjonowania.
<b>BP 2</b>	Szpital minimalizuje ryzyko pomylenia pacjenta.
<b>BP 3</b>	Szpital minimalizuje ryzyko wykonywanych zabiegów (standard obligatoryjny; standard może być wyłączony).
<b>BP 4</b>	Szpital wdrożył skuteczne metody komunikacji wśród personelu (standard może być wyłączony).

# BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA

## BP 1

### SZPITAL WDROŻYŁ SYSTEM POPRAWY BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA.

Zdarzenia niepożądane w lecnictwie szpitalnym dotyczą około 10% hospitalizacji i stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie; wielu takim zdarzeniom można zapobiegać. Uznaną metodą poprawy bezpieczeństwa pacjenta, a także personelu oraz szpitala, jako organizacji opieki zdrowotnej, jest prowadzenie monitorowania zdarzeń niepożądanych.

Szpital poprzez:

- 1) identyfikowanie zdarzeń niepożądanych,
- 2) ich analizowanie,
- 3) formułowanie wniosków i zaleceń,
- 4) wdrażanie nowych rozwiązań,
- 5) nadzorowanie skuteczności i trwałości ich wdrożenia

– dąży do zmniejszania ryzyka związanego z hospitalizacją.

Źródło identyfikowanych zdarzeń niepożądanych stanowią:

- 1) zgłoszenia do szpitalnego systemu raportowania zdarzeń niepożądanych, gdzie informacja na temat wystąpienia zdarzenia uzyskiwana jest poprzez zgłoszenia, uzyskiwane od osób, które uczestniczą w zdarzeniu lub je obserwują. Osoba zgłaszająca zdarzenie niepożądane powinna uzyskać informację zwrotną, dotyczącą zmian wprowadzonych w wyniku przeprowadzonej analizy zdarzenia,
- 2) przegląd dokumentacji medycznej,
- 3) analizowanie poszczególnych kategorii działalności klinicznej, takich jak np. reoperacje, powtórne hospitalizacje, przedłużone pobyty,
- 4) dane i informacje zawarte w szpitalnym systemie skarg i wniosków; sprawach rozpatrywanych przez Rzecznika Praw Pacjenta, sprawach sądowych.

Zdarzenia niepożądane podlegające identyfikacji obejmują:

- 1) zdarzenia niepożądane, które dosięgnęły pacjenta i wywołały szkodę;
- 2) zdarzenia niepożądane, które dosięgnęły pacjenta i nie wywołały szkody;
- 3) zdarzenia niepożądane niedoszłe, czyli zdarzenia, które nie dosięgnęły pacjenta.

Szpital analizuje poważne zdarzenia niepożądane według modelu analizy przyczyn źródłowych RCA (*ang. root cause analysis*), zwanego też analizą przyczynowo-skutkową i z wykorzystaniem oceny ciężkości i częstotliwości zdarzenia według matrycy SAC (*ang. Safety Assessment Code*).

Najważniejszym elementem systemu poprawy bezpieczeństwa pacjenta jest wdrażanie wniosków, wynikających z analizy RCA i wprowadzanie usprawnień w funkcjonowaniu, zapobiegających ponownemu wystąpieniu podobnych zdarzeń.

## SZPITAL WDROŻYŁ POLITYKĘ BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA (STANDARD OBLIGATORYJNY).

### 1. Opis wymagań

Cechą warunkującą efektywne działanie systemu poprawy bezpieczeństwa pacjenta jest zapewnienie wsparcia i ochrony osobom, które uczestniczą w procesie poprawy.

Dlatego Szpital wdraża politykę bezpieczeństwa pacjenta która uwzględnia:

- 1) zasady zgłaszania i analizowania zdarzeń niepożądanych oraz wdrażania wniosków wynikających z przeprowadzonych analiz;
- 2) umożliwienie zgłaszania zdarzeń niepożądanych również anonimowo przez personel celem wdrożenia działań zapobiegawczych w atmosferze otwartości, uczciwości i nie wymierzania sankcji;
- 3) umożliwienie zgłaszania zdarzeń niepożądanych przez pacjentów, ich rodziny i opiekunów, także anonimowo;
- 4) określenie osób odpowiedzialnych za monitorowanie zdarzeń niepożądanych;
- 5) określenie stanowiska kierownictwa szpitala w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa osobom zaangażowanym w poprawę bezpieczeństwa pacjenta z uwzględnieniem wyraźnego przekazu, że system ten nie służy do identyfikowania i penalizacji osób, ale do identyfikowania natury i przyczyn zdarzeń niepożądanych.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) przegląd dokumentacji medycznej.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Wprowadzono szpitalną politykę bezpieczeństwa pacjenta zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Nie wprowadzono szpitalnej polityki bezpieczeństwa pacjenta.

**Waga standardu – 0,75**

## SZPITAL IDENTYFIKUJE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE, KTÓRE DOSIĘGNĘŁY PACJENTA.

### 1. Opis wymagań

W systemie poprawy bezpieczeństwa pacjenta, szpital powinien szczególnie identyfikować te zdarzenia niepożądane, które wystąpiły i bezpośrednio spowodowały szkodę u pacjenta, jak również mogły w sposób pośredni przyczynić się do zaistnienia tej szkody.

Obejmują one między innymi aspekty związane z:

- 1) działalnością kliniczną;
- 2) farmakoterapią;
- 3) przetaczaniem krwi i jej składników;
- 4) sprzętem medycznym, wyposażeniem;
- 5) zasobami ludzkimi.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) obserwacja bezpośrednia;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) przegląd dokumentacji medycznej.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital identyfikuje zdarzenia niepożądane zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie identyfikuje zdarzeń niepożądanych.

**Waga standardu – 0,75**

**BP 1.3**

## **SZPITAL IDENTYFIKUJE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE, KTÓRE NIE DOSIĘGNĘŁY PACJENTA.**

### 1. Opis wymagań

W trakcie hospitalizacji może dochodzić do sytuacji, w której wszystko zmierzało do wystąpienia zdarzenia niepożądanego, ale ostatecznie udało się go uniknąć, czyli do wystąpienia tzw. niedosłego zdarzenia niepożądanego.

Analizowanie takich zdarzeń jest użyteczne i poznawcze, gdyż istotna jest nie tylko informacja na temat wyniku lub rezultatu działania czy procesu, ale także wiedza, dotycząca przebiegu działania lub procesu, który wymaga skorygowania i zmiany.

Obejmują one między innymi aspekty związane z:

- 1) działalnością kliniczną;
- 2) farmakoterapią;
- 3) przetaczaniem krwi i jej składników;
- 4) sprzętem medycznym, wyposażeniem;
- 5) zasobami ludzkimi.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital identyfikuje niedosłe zdarzenia niepożądane zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie identyfikuje niedoszłych zdarzeń niepożądanych dotyczących działalności klinicznej.

**Waga standardu – 0,5**

## **SZPITAL PROWADZI ANALIZĘ ZAISTNIAŁYCH I NIEDOSZŁYCH ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH (STANDARD OBLIGATORYJNY).**

### **1. Opis wymagań**

Szpital przeprowadza analizę przyczynowo-skutkową RCA dla zdarzeń niepożądanych, których wynik oceny ciężkości i częstości występowania, oceniono na 3 w skali SAC.

Analiza RCA prowadzona jest również dla bezszkodowych i niedoszłych zdarzeń niepożądanych, które mogłyby istotnie zagrażać zdrowiu i życiu pacjentów.

Celem analizy jest:

- 1) wskazanie przyczyn zdarzenia;
- 2) określenie stopnia, w jakim poszczególne przyczyny doprowadziły do wystąpienia zdarzenia;
- 3) sformułowanie wniosków dotyczących zmiany sposobu postępowania.

Właściwe przeprowadzenie analizy RCA jest znacznym wyzwaniem dla szpitala, wymaga wsparcia kierownictwa i zaangażowania uczestników działania lub procesu.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z zespołem ds. jakości.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital prowadzi analizę zdarzeń niepożądanych, w tym zdarzeń bezszkodowych i niedoszłych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie prowadzi analizy zdarzeń niepożądanych.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) analiza przyczynowo-skutkowa RCA dla zdarzeń niepożądanych, których wynik oceny ciężkości i częstości występowania oceniono na 3 w skali SAC;
- 2) analiza przyczynowo-skutkowa RCA jest prowadzona również dla zdarzeń niepożądanych bezszkodowych;
- 3) analiza przyczynowo-skutkowa RCA jest prowadzona również dla zdarzeń niepożądanych niedoszłych, które mogłyby istotnie zagrażać zdrowiu i życiu pacjentów;
- 4) uczestnicy procesu i kierownictwo jest zaangażowane w analizy.

Co najmniej 60% stanowi 3 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,75**

## SZPITAL WDRAŻA ZALECENIA Z ANALIZ RCA, SŁUŻĄCE POPRAWIE FUNKCJONOWANIA.

### 1. Opis wymagań

Za wprowadzanie zaleceń i rozwiązań, jakie wynikają z analizy poważnych zdarzeń niepożądanych, odpowiedzialne jest kierownictwo szpitala.

Zmiany i rozwiązania służące poprawie bezpieczeństwa funkcjonowania, określone w wyniku analizy RCA wymagają:

- 1) wdrożenia, wspieranego przez kierownictwo;
- 2) monitorowania wdrożenia;
- 3) oceny skuteczności wdrożenia zaleceń i rekomendowanych rozwiązań;
- 4) rozpowszechnienia informacji na temat korzyści wynikających z wprowadzonych zmian na poziomie lokalnym i systemowym.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z zespołem ds. jakości.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital wdraża zalecenia z analiz RCA, służące poprawie funkcjonowania zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie wdraża zaleceń z analiz RCA, służących poprawie funkcjonowania zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 1**

## SZPITAL MINIMALIZUJE RYZYKO POMYLENIA PACJENTA.

### 1. Opis wymagań

Ryzyko pomylenia pacjenta dotyczy wszystkich aspektów diagnostyki i leczenia. Pacjenci mogą znajdować się pod wpływem sedacji, być zdezorientowani, nie w pełni świadomi, w stanie śpiączki, mogą zmieniać sale chorych i być przekazywani na inne oddziały. Mogą nie pamiętać swojej tożsamości lub znajdować się w sytuacjach, które sprzyjają błędnej identyfikacji, np. posiadanie tego samego lub zbliżonego imienia i nazwiska lub tej samej daty urodzenia. Dlatego też szpital minimalizuje ryzyko pomylenia pacjenta poprzez wprowadzenie jednoznacznej identyfikacji, prowadzonej z wykorzystaniem przynajmniej dwóch różnych identyfikatorów, takich jak np.:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) data urodzenia;
- 3) numer historii choroby;
- 4) kod kreskowy na identyfikatorze nadgarstkowym, gdy w oddziale jest dostateczna liczba czytników, które przyłóżkowo skutecznie odczytują dane pacjenta na identyfikatorze;
- 5) nazwa oddziału.

Proces identyfikowania pacjentów za pomocą dwóch różnych identyfikatorów powinien być ujednolicony w całym szpitalu.

Należy też określić przyjętą metodę poprawnego identyfikowania pacjentów w sytuacjach szczególnych, np. gdy pacjent o nieustalonej tożsamości jest przyjmowany do szpitala jako nieprzytomny lub w stanie śpiączki.

Dla poprawy bezpieczeństwa w trakcie hospitalizacji, pacjenci zwiększonego ryzyka, dotyczącego np. upadków, odleżyn, niedożywienia:

- 1) są identyfikowani opaskami zakładanymi na nadgarstku;
- 2) opisanymi i w kolorze zgodnym z przyjętym w szpitalu kodem oznaczeń.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital minimalizuje ryzyko pomylenia pacjenta zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie minimalizuje ryzyka pomylenia pacjenta zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) jednoznaczna identyfikacja prowadzona z wykorzystaniem co najmniej dwóch różnych identyfikatorów określonych w opisie wymagań standardu jest stosowana;
- 2) proces identyfikowania pacjentów za pomocą dwóch różnych identyfikatorów jest ujednolicony w całym szpitalu;
- 3) metoda poprawnego identyfikowania pacjentów w sytuacjach szczególnych (np. nieustalonej tożsamości, nieprzytomny) jest ustalona;
- 4) pacjenci zwiększonego ryzyka (np. upadków, odleżyn, niedożywienia) są identyfikowani opaskami zakładanymi na nadgarstku opisanymi i w kolorze zgodnym z przyjętym w szpitalu kodem oznaczeń.

Co najmniej 60% stanowi 3 kamienie milowe.

**Waga standardu – 1**

**BP 3**

## **SZPITAL MINIMALIZUJE RYZYKO WYKONYWANYCH ZABIEGÓW (STANDARD OBLIGATORYJNY; STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### 1. Opis wymagań

Szpital dokłada wszelkich starań, aby nie występowały przypadki wykonywania niewłaściwego zabiegu, w tym zabiegu u niewłaściwego pacjenta.

Stosowanie odpowiedniej zapobiegawczej procedury u każdego pacjenta, u którego planuje się wykonanie operacji lub innego zabiegu inwazyjnego obniża ryzyko wystąpienia takich przypadków. Postępowanie zapobiegawcze w oddziale powinno obejmować:

- 1) zgromadzenie i weryfikację pełnej niezbędnej informacji, dokumentacji i badań pacjenta,
- 2) weryfikację rodzaju planowanej procedury zabiegowej, miejsca zabiegu i jeżeli to zasadne, rodzaju implantu jaki zostanie użyty,
- 3) zaznaczenie miejsca operowanego, dla jednoznacznego wskazania miejsca dostępu: nacięcia lub nakłucia. Miejsce operowane należy oznaczyć markerem, którego znaki będą widoczne

też wtedy, gdy skóra pacjenta zostanie przygotowana i obłożona do zabiegu, szczególnie w przypadku procedur dotyczących wyboru prawa/lewa strona, struktur wielokrotnych (takich jak palce) lub poziomemu (jak procedury w obrębie kręgosłupa).

Jednak oznaczanie miejsca operowanego powinno dotyczyć wszystkich operacji, a nie tylko zabiegów przeprowadzanych na narządach lub organach parzystych.

Postępowanie zapobiegawcze na sali operacyjnej lub zabiegowej powinno obejmować stosowanie Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej (OKK) – narzędzia służącego do zmniejszania ryzyka okołozabiegowego.

Kolejność poszczególnych elementów OKK jest zgodna z przebiegiem zabiegu i dotyczy:

- 1) etapu przed indukcją znieczulenia;
- 2) etapu przed nacięciem powłok;
- 3) etapu przed wyjazdem pacjenta z sali operacyjnej.

Na każdym z etapów koordynator OKK musi uzyskać od zespołu wyraźne potwierdzenie, że zrealizowano poszczególne wymogi. Uzyskanie potwierdzenia warunkuje przejście do kolejnego etapu zabiegu. Karta umożliwia też wstrzymanie zabiegu w sytuacjach zagrażających bezpieczeństwu operowanego pacjenta.

Korzyści, jakie wynikają ze stosowania OKK są uwarunkowane poprawnością wdrożenia, zgodną z metodologią opracowaną przez CMJ na podstawie wytycznych WHO. Forma checklisty narzuca konieczność werbalizacji poszczególnych elementów, istotnych dla bezpieczeństwa okołozabiegowego. Oznacza to, że największą i jedyną wartość ma stosowanie OKK w rzeczywistym czasie trwania poszczególnych etapów zabiegu – tylko takie zastosowanie jest poprawne.

Prowadzenie OKK powinno być spójne z zapisami w historii choroby, dotyczącymi przykładowo:

- 1) okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej;
- 2) profilaktyki przeciwzakrzepowej;
- 3) alergii i nadwrażliwości na leki.

Wprowadzenie lub przywrócenie właściwego stosowania OKK wymaga:

- 1) określenia osoby odpowiedzialnej za poprawne stosowanie OKK w szpitalu;
- 2) przeszkolenia zespołów operacyjnych w zakresie stosowania OKK;
- 3) nadzorowania stosowania OKK.

OKK powinna być stosowana nie tylko dla zabiegów z udziałem anestezjologa, ale także dla zabiegów kardiologii interwencyjnej oraz sejsmoterapii.

Standard jest obligatoryjny dla szpitali realizujących procedury zabiegowe, dla pozostałych szpitali może podlegać wyłączeniu.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z kierownikiem;
- 4) wywiad z personelem;
- 5) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital minimalizuje ryzyko wykonywanych zabiegów zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie minimalizuje ryzyka wykonywanych zabiegów zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,75**



## **SZPITAL WDROŻYŁ SKUTECZNE METODY KOMUNIKACJI WŚRÓD PERSONELU (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

### **1. Opis wymagań**

Przekaz istotnych informacji zdrowotnych pomiędzy zespołami terapeutycznymi oraz przejęcie odpowiedzialności za opiekę nad pacjentem w istotnym zakresie wpływa na bezpieczny przebieg hospitalizacji.

Nieskuteczna komunikacja wśród personelu jest istotną przyczyną występowania incydentów i problemów w opiece nad pacjentem. Dobre porozumiewanie wymaga stosowania skutecznych i uznanych metod komunikowania się, takich jak np. SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), ISOBAR (*Identification, Situation, Observation, Background, Assessment, Readback*).

Szpital:

- 1) zapoznaje personel ze skutecznymi metodami komunikacji, np. SBAR, ISOBAR;
- 2) wprowadza informacje na temat skutecznej komunikacji do programu adaptacji nowoza-trudnionych;
- 3) uwzględnia ocenę skuteczności komunikacji wśród personelu w badaniu opinii personelu.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wyniki badania opinii personelu;
- 5) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital wdrożył skuteczne metody komunikacji wśród personelu zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Personel komunikuje się w sposób zwyczajowy.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) personel jest zapoznawany ze skutecznymi metodami komunikacji np. SBAR, ISOBAR;
- 2) informacje na temat skutecznej komunikacji do programu adaptacji nowo zatrudnionych są wprowadzone;
- 3) ocena skuteczności komunikacji wśród personelu w badaniu opinii personelu jest uwzględniona.

Co najmniej 60% stanowi 2 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

# JAKOŚĆ OBSŁUGI



## JAKOŚĆ OBSŁUGI

<b>JO 1</b>	Szpital zapewnia dostęp do informacji związanych z hospitalizacją.
<b>JO 2</b>	Szpital zapewnia dogodny warunki pobytu w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć.
<b>JO 2.1</b>	Szpital zapewnia dogodny warunki pobytu w punkcie przyjęć lub recepcji.
<b>JO 3</b>	Opieka nad pacjentami jest sprawowana z zachowaniem zasad prywatności.
<b>JO 4</b>	Szpital zabezpiecza własność pacjentów.
<b>JO 5</b>	Posiłki są dystrybuowane i podawane w sposób bezpieczny i higieniczny.
<b>JO 6</b>	Szpital zapewnia odpowiednie warunki pobytu w salach chorych.
<b>JO 7</b>	Sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana i sprawna we wszystkich obszarach pobytu pacjentów (standard obligatoryjny).
<b>JO 8</b>	Toalety dla osób odwiedzających są dostępne.
<b>JO 9</b>	Szpital zapewnia czystą pościel.
<b>JO 10</b>	Pomieszczenia szpitalne są czyste, prawidłowo ogrzane lub schłodzone i wentylowane.
<b>JO 11</b>	Szpital posiada funkcjonalny system informacji wizualnej.
<b>JO 11.1</b>	Dojazd i dojście do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć są wygodne i dobrze oznakowane (standard może być wyłączony).
<b>JO 12</b>	Szpital zapewnia możliwość korzystania z wygodnego parkingu.

# JAKOŚĆ OBSŁUGI

Usługi, które pacjenci, lub osoby bliskie, lub przedstawiciele ustawowi mogą trafnie i wiarygodnie ocenić należą do obszaru jakości konsumenckiej, na którą składają się warunki i sposób obsługi z jakimi spotykają się pacjenci w szpitalach. Ocena jakości obsługi dotyczy środowiska opieki pacjenta, określanego czasem jako warunki „hotelowe” i obejmuje warunki oczekiwania na przyjęcie do szpitala, niezbędne wyposażenie, czystość, właściwą wentylację sal chorych. Pacjenci powinni mieć zapewnioną możliwość korzystania ze zdrowych i smacznych posiłków, oraz przechowywania swojej żywności. Szpital powinien zapewnić informacje na temat hospitalizacji, system informacji wizualnej ułatwiający sprawne przemieszczanie się oraz dogodne i dobrze oznakowane dojście do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć. Istotne jest też umożliwienie dogodnego dojazdu do szpitala i możliwość korzystania z parkingu.

## JO 1

### SZPITAL ZAPEWNI DOSTĘP DO INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z HOSPITALIZACJĄ.

#### 1. Opis wymagań

Szpital udostępnia pacjentom praktyczne informacje, dotyczące:

- 1) struktury organizacyjnej;
- 2) danych kontaktowych do oddziałów;
- 3) rodzaju wykonywanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) obowiązujących zasad obsługi pacjentów;
- 5) dokumentów, rzeczy osobistych potrzebnych podczas pobytu.

Informacje zamieszczone są na stronie internetowej szpitala, przystosowanej dla osób z niepełnosprawnością lub udostępnione w formie ulotek.

Osoby nieuprawnione do korzystania ze świadczeń ze środków publicznych lub zainteresowane uzyskaniem świadczeń poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego, powinny mieć możliwość uzyskania informacji o kosztach realizowanych świadczeń zdrowotnych, w tym badań diagnostycznych, usług ambulatoryjnych oraz procedur zabiegowych, o ile takie są oferowane przez szpital. Informacja taka jest aktualizowana i dostępna.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

#### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapewnia dostęp do informacji związanych z hospitalizacją zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia dostępu do informacji związanych z hospitalizacją zgodnie z wymogami standardu.

#### 4. Kamienie milowe

- 1) wszystkie praktyczne informacje określone w opisie wymagań do standardu są udostępniane pacjentom;

- 2) praktyczne informacje związane z hospitalizacją są zamieszczone na stronie internetowej szpitala;
- 3) strona internetowa jest przystosowana dla osób z niepełnosprawnością lub informacje przekazywane są za pośrednictwem ulotek;
- 4) informacje o kosztach świadczeń realizowanych na rzecz osób nieuprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych zgodnie z wymogami standardu są udostępniane;
- 5) informacja o kosztach świadczeń realizowanych na rzecz osób nieuprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych zgodnie z wymogami standardu jest aktualizowana.

Co najmniej 60% stanowi 3 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,25**

## JO 2

### **SZPITAL ZAPEWNIĄ DOGODNE WARUNKI POBYTU W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM LUB IZBIE PRZYJĘĆ.**

#### **1. Opis wymagań**

Pobyt w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć jest dostosowany do rodzaju udzielanych świadczeń poprzez:

- 1) dobrze oznakowane i przejezdne trakty komunikacyjne;
- 2) dogodne warunki oczekiwania w poczekalni, gdzie zapewniono:
  - a) dostateczną liczbę miejsc siedzących,
  - b) komfort cieplny i wentylację,
  - c) swobodny dostęp do toalety,
  - d) dostęp do wody pitnej,
  - e) dostęp do Internetu;
- 3) dostateczną liczbę łatwo dostępnych wózków i foteli transportowych;
- 4) wyraźnie oznakowany dojazd do wejścia na szpitalny oddział ratunkowy i izbę przyjęć od wjazdu do szpitala;
- 5) wyraźne oznakowanie traktu do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 6) oznakowanie traktu do miejsca zakupu posiłku.

Wnętrza zapewniają zachowanie prywatności i funkcjonalności podczas:

- 1) rejestracji;
- 2) triażu i retriażu;
- 3) konsultacji lekarskich;
- 4) pobytu na sali obserwacyjnej.

#### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) wywiad z personelem;
- 2) wywiad z pacjentami lub osobami bliskimi, lub przedstawicielami ustawowymi pacjenta;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

#### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital zapewnia dogodne warunki pobytu w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia dogodnych warunków pobytu w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) dobrze oznakowane i przejezdne trakty komunikacyjne są dostępne;
- 2) dogodne warunki oczekiwania w poczekalni zgodnie z opisem wymagań w standardzie są zapewnione;
- 3) dostateczna liczba wózków i foteli transportowych jest zapewniona;
- 4) wyraźnie oznakowany dojazd do wejścia na SOR lub IP jest zapewniony;
- 5) wyraźne oznakowanie traktu do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej jest zapewnione;
- 6) trakty do miejsca zakupu posiłku są oznakowane;
- 7) zachowanie prywatności i funkcjonalności wewnątrz podczas rejestracji, triażu i retriażu, konsultacji lekarskich, pobytu na sali obserwacyjnej jest zapewnione.

Co najmniej 60% stanowi 4 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

### JO 2.1

## SZPITAL ZAPEWNIĄ DOGODNE WARUNKI POBYTU W PUNKCIE PRZYJĘĆ LUB RECEPCJI.

### 1. Opis wymagań

*Standard dotyczy szpitali, w których przyjęcia pacjentów odbywają się w Punkcie Przyjęć lub Recepcji.*

Warunki pobytu w punkcie przyjęć lub recepcji obejmują:

- 1) zapewnienie prywatności podczas rejestracji i przyjmowania skierowań do szpitala;
- 2) możliwość rozmowy z osobą przyjmującą bez obecności osób postronnych;
- 3) wdrożenie rozwiązań prowadzących do eliminowania kolejki oczekujących na przyjęcie.
- 4) dogodne warunki oczekiwania:
  - a) dostateczną liczbę miejsc siedzących,
  - b) łatwo dostępną toaletę,
  - c) dostęp do wody pitnej.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) wywiad z pacjentami lub osobami bliskimi, lub przedstawicielami ustawowymi pacjenta;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapewnia dogodne warunki pobytu w punkcie przyjęć zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia dogodnych warunków pobytu w punkcie przyjęć zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) prywatność podczas rejestracji i przyjmowania skierowań do szpitala jest zapewniona;
- 2) możliwość rozmowy z osobą przyjmującą bez obecności osób postronnych jest zapewniona;
- 3) rozwiązania prowadzące do eliminacji kolejki oczekujących na przyjęcie są wdrożone;
- 4) dogodne warunki oczekiwania w poczekalni zgodnie z opisem wymagań w standardzie są zapewnione.

Co najmniej 60% stanowi 3 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

**JO 3**

## **OPIEKA NAD PACJENTAMI JEST SPRAWOWANA Z ZACHOWANIEM ZASAD PRYMATNOŚCI.**

### **1. Opis wymagań**

Zapewnienie warunków, które minimalizują uczucie skępowania i ograniczenie prywatności stanowi powinność szpitala. Na zachowanie intymności i godności pacjenta duży wpływ mają nawyki personelu, nie tylko podczas badania lekarskiego, czy realizacji opieki pielęgnarskiej, ale także w trakcie przeprowadzania wywiadu, pobierania świadomej zgody na planowane zabiegi, udzielania informacji o stanie zdrowia, udostępniania indywidualnej dokumentacji medycznej. Struktura i wyposażenie pomieszczeń szpitala powinny zapewniać zachowanie prywatności, czemu służy wykorzystywanie parawanów, zasłon, pokoi badań; pobyty w salach nie większych niż dwuosobowe.

Szczególną troską należy otoczyć osoby starsze, małoletnie i osoby z niepełnosprawnością, które nie zawsze mogą o siebie zadbać.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) wywiad z personelem;
- 2) wywiad z pacjentami;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Opieka nad pacjentami jest sprawowana z zachowaniem zasad prywatności zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Opieka nad pacjentami nie jest sprawowana z zachowaniem zasad prywatności zgodnie z wymogami standardu.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) warunki minimalizujące uczucie skępowania i ograniczenie prywatności są spełnione;
- 2) zasady prywatności podczas badania lekarskiego są zapewnione;
- 3) zasady prywatności podczas realizacji opieki pielęgnarskiej są zapewnione;
- 4) zasady prywatności w trakcie przeprowadzania wywiadu są zapewnione;
- 5) zasady prywatności podczas uzyskiwania świadomej zgody na planowane zabiegi są zapewnione;
- 6) zasady prywatności podczas udzielania informacji o stanie zdrowia są zapewnione;
- 7) zasady prywatności podczas uzyskiwania świadomej zgody na planowane zabiegi są zapewnione;
- 8) zasady prywatności podczas udostępniania indywidualnej dokumentacji medycznej są zapewnione;
- 9) w celu zachowania prywatności parawany lub zasłony lub pokoje badań są stosowane;
- 10) w celu zachowania prywatności pobyty w salach nie większych niż dwuosobowe są zapewnione.

Co najmniej 60% stanowi 6 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,75**

**1. Opis wymagań**

Szpital opracował i wdrożył zasady zabezpieczenia własności pacjentów przy planowym i nieplanowym przyjęciu, jak również w trakcie pobytu w oddziale np. przed zabiegiem, porodem, konsultacją zewnętrzną. Właściwe zabezpieczenie obejmuje przedmioty użytku osobistego, takie jak np.: protezy zębowe, szkła korekcyjne, laptop, dokumenty. Zasady powinny uwzględniać postępowanie z depozytem także w przypadku zgonu pacjenta i depozytu nieodebranego.

**2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z pacjentami;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

**3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital zabezpiecza własność pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie zabezpiecza własności pacjentów zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

**1. Opis wymagań**

Szpital prowadzi nadzór nad dystrybucją posiłków w zakresie:

- 1) warunków transportu;
- 2) czasu dostarczenia;
- 3) temperatury dostarczanych posiłków;
- 4) pomocy udzielanej przez pielęgniarki lub opiekunów medycznych podczas karmienia.

Należy określić warunki i zasady podawania posiłków, w tym nadzór dietetyka, dotyczący przestrzegania indywidualnych zaleceń żywieniowych. W każdym oddziale powinna być możliwość podgrzania indywidualnego posiłku pacjenta.

**2. Sposób sprawdzenia**

- 1) wywiad z personelem;
- 2) wywiad z pacjentami;
- 3) wyniki badania doświadczeń i opinii pacjentów;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

**3. Ocena punktowa**

- 5 Posiłki są dystrybuowane i podawane w sposób bezpieczny i higieniczny zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).



- 1) Posiłki nie są dystrybuowane i podawane w sposób bezpieczny i higieniczny zgodnie z wymogami standardu.

#### **4. Kamienie milowe**

- 1) warunki i zasady podawania posiłków są określone;
- 2) nadzór dietetyka dotyczący przestrzegania indywidualnych zaleceń żywieniowych jest zapewniony;
- 3) nadzór nad dystrybucją posiłków zgodnie z wymogami standardu jest prowadzony;
- 4) jest zapewniona możliwość podgrzania posiłku w oddziale szpitalnym.

Co najmniej 60% stanowi 3 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

**JO 6**

### **SZPITAL ZAPEWNIĄ ODPOWIEDNIE WARUNKI POBYTU W SALACH CHORYCH.**

#### **1. Opis wymagań**

Szpital powinien przestrzegać wymagań związanych z powierzchnią sal chorych. Poza sytuacjami szczególnymi, jak np.: intensywna terapia, sale wzmożonego nadzoru, sale pooperacyjne, właściwe warunki pobytu pacjenta w trakcie hospitalizacji zapewniają sale wyposażone w:

- 1) węzeł sanitarny (umywalka, bezprogowy lub niskoprogowy prysznic, WC);
- 2) w razie potrzeby dodatkowe miejsce do spania dla osoby bliskiej lub dla przedstawiciela ustawowego pacjenta w oddziałach pediatrycznych;
- 3) umeblowanie ułatwiające przechowywanie rzeczy osobistych;
- 4) miejsce siedzące dla pacjenta;
- 5) miejsce do spożywania posiłku.

Łóżka powinny być wygodne i zapewniać możliwość odpowiedniego ułożenia pacjentów, zależnie od aktualnych potrzeb, możliwość dostępu do pacjenta z trzech stron, możliwość jak najniższego obniżenia łóżka oraz zabezpieczenie przed wypadnięciem z łóżka pacjenta z ograniczoną samokontrolą.

#### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) wywiad z pacjentami;
- 2) obserwacja bezpośrednia.

#### **3. Ocena punktowa**

- 5) Szpital zapewnia odpowiednie warunki pobytu w salach chorych zgodnie z wymogami standardu.
- 1) Szpital nie zapewnia odpowiednich warunków pobytu w salach chorych zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

## **SYGNALIZACJA PRZYZYWOWA JEST ZAINSTALOWANA I SPRAWNA WE WSZYSTKICH OBSZARACH POBYTU PACJENTÓW (STANDARD OBLIGATORYJNY).**

### **1. Opis wymagań**

Sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana w salach chorych i salach obserwacyjnych, toaletach, łazienkach, w sposób umożliwiający jej łatwe użycie. Instalacja przywoławcza jest sprawna, a sygnały alarmowe dobrze słyszalne i widoczne.

### **2. Sposób sprawdzenia**

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

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana i sprawna we wszystkich obszarach pobytu pacjentów zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Sygnalizacji przyzywowej nie zainstalowano lub nie jest sprawna we wszystkich obszarach pobytu pacjentów.

**Waga standardu – 0,5**

## **TOALETY DLA OSÓB ODWIEDZAJĄCYCH SĄ DOSTĘPNE.**

### **1. Opis wymagań**

Toaleta powinna być łatwo dostępna dla osób odwiedzających. Toalety powinny być odrębne od toalet dedykowanych pacjentom. W każdym oddziale znajduje się co najmniej jedna taka toaleta.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) obserwacja bezpośrednia;
- 2) wywiad z pacjentami.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Toalety są łatwo dostępne dla osób odwiedzających.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych)
- 1 Toalety nie są łatwo dostępne.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) toalety dla osób odwiedzających są łatwo dostępne;
- 2) toalety dla osób odwiedzających są odrębne od toalet dla pacjentów;
- 3) przynajmniej jedna toaleta dla odwiedzających w oddziale jest dostępna.

Co najmniej 60% stanowi 2 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

**JO 9**

## **SZPITAL ZAPEWNIĄ CZYSTĄ POŚCIEL.**

### **1. Opis wymagań**

Szpital powinien określić sposób postępowania z pościelą, tak czystą jak i brudną. Procedura powinna uwzględniać m.in.:

- 1) częstość prania bielizny pościelowej;
- 2) zasady zdejmowania z łóżek brudnej i nakładania czystej bielizny;
- 3) zasady segregowania pościeli;
- 4) sposób znakowania;
- 5) przechowywanie i magazynowanie pościeli;
- 6) sposób transportu;
- 7) rodzaj środków piorących;
- 8) sposób prania;
- 9) monitorowanie i dokumentowanie pościeli oddanej do prania;
- 10) w przypadku własnej pralni – opis stosowanej technologii prania.

Bielizna szpitalna powinna być prana w pralni z barierą higieniczną.

Jeżeli usługę prania świadczy usługodawca zewnętrzny, szpital przedstawia dokumenty potwierdzające spełnianie wymagań standardu akredytacyjnego przez podmiot zewnętrzny: opis technologii prania, znakowania, pakowania, wykaz stosowanych środków do prania i dezynfekcji, protokoły z kontroli sanitarnej w pralni oraz dokumenty z własnego nadzoru nad usługą powierzoną w postaci: kontroli mikrobiologicznej dostarczonej czystej bielizny, kontroli czystości środków transportu, jakości dostarczonej bielizny.

Szpital jest zobowiązany do kontrolowania usługi pralniczej co najmniej raz w roku, co jest udokumentowane.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z zespołem kontroli zakażeń;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital zapewnia czystą pościel zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia czystej pościeli zgodnie z wymogami standardu.

### **4. Kamienie milowe**

#### **I. Pralnia własna:**

- 1) sposób postępowania z pościelą czystą jest określony zgodnie z wymogami standardu;
- 2) sposób postępowania z bielizną brudną jest określony zgodnie z wymogami standardu;
- 3) bielizna szpitalna jest prana w pralni z barierą higieniczną.

Co najmniej 60% stanowi 2 kamienie milowe.

## **II. Pralnia zewnętrzna:**

- 1) podmiot zewnętrzny spełnia warunki standardu akredytacyjnego zgodnie z opisem wymagań;
- 2) szpital posiada dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań standardu przez podmiot zewnętrzny;
- 3) bielizna szpitalna jest prana w pralni z barierą higieniczną;
- 4) usługa pralnicza jest kontrolowana przynajmniej raz w roku.

Co najmniej 60% stanowi 3 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,5**

### **JO 10**

## **POMIESZCZENIA SZPITALNE SĄ CZYSTE, PRAWIDŁOWO OGRZANE LUB SCHŁODZONE I WENTYLOWANE.**

### **1. Opis wymagań**

W salach chorych należy zastosować materiały ułatwiające utrzymanie higieny oraz dostosować częstość sprzątania do potrzeb. Pomieszczenia szpitala są ogrzewane lub schładzane do właściwej temperatury. Powietrze znajdujące się w nich jest wolne od uciążliwych zapachów, stosuje się rozwiązania techniczne pozwalające na wzmożoną wentylację.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) obserwacja bezpośrednia;
- 2) wywiad z pacjentami;
- 3) wyniki badania opinii i doświadczeń pacjentów.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Sale chorych są czyste, prawidłowo ogrzewane oraz schładzane i wentylowane zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Sale chorych są czyste, prawidłowo ogrzewane, lecz nie zapewniono schładzania lub wzmożonej wentylacji.
- 1 Sale chorych nie są czyste lub prawidłowo ogrzewane.

**Waga standardu – 0,5**

### **JO 11**

## **SZPITAL POSIADA FUNKCJONALNY SYSTEM INFORMACJI WIZUALNEJ.**

### **1. Opis wymagań**

Komunikacja i sprawne przemieszczanie są istotne dla pacjentów, rodzin, osób odwiedzających oraz personelu. Przejrzysty i czytelny system informacji wizualnej ułatwia dotarcie do określonego celu osobom nieznającym topografii obiektu; jest też pomocny w przypadku wystąpienia zdarzeń nadzwyczajnych.

Szpital stosuje piktogramy o charakterze medycznym lub w formie przystępniejszej dla pacjentów – piktogramu wraz z opisem.

Stosowane są tablice i zawieszki o charakterze informacyjnym.

Szpital prowadzi ocenę efektywności systemu informacji wizualnej.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z pacjentami;
- 2) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital posiada funkcjonalny system informacji wizualnej zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie posiada funkcjonalnego systemu informacji wizualnej.

**Waga standardu – 0,25**

JO 11.1

### **DOJAZD I DOJŚCIE DO SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO LUB IZBY PRZYJĘĆ SĄ DOGODNE I DOBRZE OZNAKOWANE (STANDARD MOŻE BYĆ WYŁĄCZONY).**

#### 1. Opis wymagań

Wejście do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć jest zadaszone, dobrze oznakowane i dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Wejście jest wyraźnie oznakowane, a droga do SOR lub IP jednoznacznie wskazana wizualnie od bramy wjazdowej na teren szpitala, umożliwiając łatwy dojazd transportu sanitarnego oraz prywatnego. W bezpośrednim sąsiedztwie szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć znajduje się parking zapewniający łatwy dostęp do SOR lub IP, także osobom z niepełnosprawnością.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Dojazd i dojście do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć są dogodne i dobrze oznakowane, zapewniono parking w bezpośrednim sąsiedztwie SOR lub IP.
- 1 Dojazd i dojście do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć nie są dogodne lub dobrze oznakowane lub nie zapewniono parkingu w bezpośrednim sąsiedztwie SOR lub IP.

**Waga standardu – 0,25**

JO 12

### **SZPITAL ZAPEWNIŁ MOŻLIWOŚĆ KORZYSTANIA Z DOGODNEGO PARKINGU.**

#### 1. Opis wymagań

Pacjenci przyjeżdżający transportem własnym powinni mieć możliwość zaparkowania w pobliżu szpitala. Parking powinien być dobrze oznakowany, pojemny i dogodnie zlokalizowany, teren parkingu uporządkowany i zapewniający dostateczną liczbę stanowisk dla osób z niepełnosprawnością. Miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnością powinny być zlokalizowane jak najbliżej wejścia do budynku i jako skrajne w ciągu miejsc postojowych.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) obserwacja bezpośrednia;
- 2) wywiad z pacjentami.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapewnia możliwość korzystania z dogodnego parkingu zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia możliwości korzystania z dogodnego parkingu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) możliwość zaparkowania jest zapewniona;
- 2) możliwość zaparkowania jest zapewniona w pobliżu szpitala na parkingu;
- 3) parking jest dobrze oznakowany;
- 4) parking jest pojemny i zapewnia dostateczną liczbę miejsc parkingowych;
- 5) teren parkingu jest uporządkowany;
- 6) zapewniona jest dostateczna liczba miejsc dla osób z niepełnosprawnością;
- 7) miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnością są zlokalizowane jak najbliżej wejścia do budynku;
- 8) miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnością są zlokalizowane jako skrajne w ciągu miejsc postojowych.

Co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,25**



# INFORMACJA MEDYCZNA





## INFORMACJA MEDYCZNA

<b>IM 1</b>	W szpitalu określono system gromadzenia danych i przetwarzania informacji.
<b>IM 2</b>	Zapewniono bezpieczny dostęp do sieci Internet dla pacjentów i personelu.
<b>IM 3</b>	System informatyczny jest funkcjonalny i wspiera działania kliniczne.
<b>IM 3.1</b>	Medyczny system informatyczny szpitala jest przyjazny dla użytkownika.
<b>IM 3.2</b>	Szpitalny system informatyczny jest kompleksowy.
<b>IM 3.3</b>	Szpital określił zasady dokonywania wpisów i autoryzacji dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej.
<b>IM 3.4</b>	Szpital określił zasady bezpieczeństwa dotyczące informacji medycznej, w tym sposób postępowania w sytuacjach krytycznych
<b>IM 3.5</b>	Rozwiązania organizacyjne zapewniają ciągłość działania szpitala w przypadku braku dostępu do systemu informatycznego (standard obowiązkowy).
<b>IM 4</b>	Dokumentacja archiwalna jest łatwo dostępna i przechowywana w sposób bezpieczny.
<b>IM 5</b>	Szpital wdrożył mechanizmy zapewniające jakość dokumentacji medycznej.
<b>IM 6</b>	Szpital dostarcza dane dla obszaru zdrowia publicznego.

# INFORMACJA MEDYCZNA

Opieka zdrowotna jest kompleksowym działaniem, którego wynik w znacznym stopniu zależy od informacji. Zarządzanie informacją w szpitalu powinno być efektywne. Służy temu system, który obejmuje:

- 1) gromadzenie danych;
- 2) sposoby ich przetwarzania;
- 3) zarządzanie;
- 4) udostępnianie;
- 5) przechowywanie;
- 6) mechanizmy zapewniające bezpieczeństwo informacji.

Zadaniem dobrego medycznego systemu informatycznego jest:

- 1) ułatwienie personelowi podejmowania prawidłowych decyzji medycznych, łącznie z dysponowaniem funkcjami wspierania w podejmowaniu decyzji (*DSS, CDSS*);
- 2) minimalizacja obciążenia pracą administracyjną personelu;
- 3) dokumentowanie stanu pacjenta i jego zmian oraz dokumentowanie podejmowanych działań.

Pacjenci mają dostęp do sieci Internet. Szpital prowadzi nadzór nad dokumentowaniem opieki nad pacjentem.

IM 1

## W SZPITALU OKREŚLONO SYSTEM GROMADZENIA DANYCH I PRZETWARZANIA INFORMACJI.

### 1. Opis wymagań

Szpital powinien określić system gromadzenia danych i przetwarzania informacji, który obejmuje:

- 1) opis rodzaju i zakresu gromadzonych danych;
- 2) sposób oznaczania i przechowywania danych;
- 3) czas przechowywania poszczególnych dokumentów i danych;
- 4) formy zabezpieczenia, w tym zasady dostępu do poszczególnych typów danych;
- 5) zasady udostępniania danych i dokumentacji wewnątrz i na zewnątrz szpitala;
- 6) sposób komunikacji z personelem, pacjentami, środowiskiem lokalnym, zewnętrznymi współpracownikami, mediami itp.

System obejmuje dane medyczne i niemedyczne gromadzone przez szpital. Strona internetowa szpitala spełnia wymogi dostępności cyfrowej.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Określono szpitalny system gromadzenia i przetwarzania informacji zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).

- 1 W szpitalu nie określono systemu gromadzenia danych i przetwarzania informacji zgodnie z wymogami standardu.

#### 4. Kamienie milowe

- 1) szpital posiada procedurę, którą określa kształt systemu gromadzenia danych i przetwarzania informacji;
- 2) procedura gromadzenia danych i przetwarzania informacji obejmuje opis rodzaju i zakresu gromadzonych danych;
- 3) procedura gromadzenia danych i przetwarzania informacji obejmuje sposób oznaczania danych;
- 4) procedura gromadzenia danych i przetwarzania informacji obejmuje sposób przechowywania danych;
- 5) procedura gromadzenia danych i przetwarzania informacji obejmuje czas przechowywania poszczególnych dokumentów i danych;
- 6) procedura gromadzenia danych i przetwarzania informacji obejmuje formy zabezpieczenia, w tym zasady dostępu do poszczególnych typów danych;
- 7) procedura gromadzenia danych i przetwarzania informacji obejmuje zasady udostępniania danych i dokumentacji wewnątrz szpitala;
- 8) procedura gromadzenia danych i przetwarzania informacji obejmuje zasady udostępniania danych i dokumentacji na zewnątrz szpitala;
- 9) procedura gromadzenia danych i przetwarzania informacji obejmuje sposób komunikacji z personelem;
- 10) procedura gromadzenia danych i przetwarzania informacji obejmuje sposób komunikacji z pacjentami;
- 11) procedura gromadzenia danych i przetwarzania informacji obejmuje sposób komunikacji ze środowiskiem lokalnym;
- 12) procedura gromadzenia danych i przetwarzania informacji obejmuje sposób komunikacji z zewnętrznymi współpracownikami;
- 13) procedura gromadzenia danych i przetwarzania informacji obejmuje sposób komunikacji z mediami;
- 14) system obejmuje dane medyczne gromadzone przez szpital;
- 15) system obejmuje dane niemedyczne gromadzone przez szpital;
- 16) strona internetowa szpitala spełnia wymogi dostępności cyfrowej.

Co najmniej 60% stanowi 10 kamieni milowych.

**Waga standardu – 1**

**IM 2**

### **ZAPEWNIONO BEZPIECZNY DOSTĘP DO SIECI INTERNET DLA PACJENTÓW I PERSONELU.**

#### 1. Opis wymagań

Szpital opracowuje zasady dostępu do sieci Internet dla pacjentów i personelu. Udostępnienie umożliwia korzystanie z zasobów również osobom z niepełnosprawnością, np. niedowidzącym lub niedosłyszącym. Zasady dostępu obejmują:

- 1) zapewnienie bezpiecznego dostępu do sieci Internet dla pacjentów w oddziałach szpitalnych, szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć;
- 2) zapewnienie dostępu do szpitalnego systemu informatycznego przeznaczonego dla pacjentów, np. e-rejestracji, także dla osób z niepełnosprawnością;
- 3) zapewnienie dostępu do sieci Internet personelowi, z określeniem zasad dostępu pod kątem bezpieczeństwa systemu informatycznego.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad z pacjentami.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Zapewniono bezpieczny dostęp do sieci Internet dla pacjentów i personelu zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Nie zapewniono bezpiecznego dostępu do sieci Internet dla personelu lub pacjentów.

## 4. Kamienie milowe

- 1) szpital opracował zasady dostępu do sieci Internet dla pacjentów;
- 2) zasady dostępu do sieci Internet dla pacjentów uwzględniają potrzeby osób z niepełnosprawnością np. niedowidzącym lub niedosłyszącym;
- 3) szpital opracował zasady dostępu do sieci Internet dla personelu;
- 4) zasady dostępu do sieci Internet dla personelu obejmują aspekty bezpieczeństwa systemu informatycznego;
- 5) zasady dostępu do sieci Internet dla pacjentów uwzględniają zapewnienie bezpiecznego dostępu do sieci Internet dla pacjentów w oddziałach szpitalnych;
- 6) zasady dostępu do sieci Internet dla pacjentów uwzględniają zapewnienie bezpiecznego dostępu do sieci Internet dla pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym i izbie przyjęć;
- 7) szpital zapewnia dostęp do usług szpitalnego systemu informatycznego przeznaczonego dla pacjentów, np. e-rejestracji;
- 8) szpital zapewnia dostęp do usług szpitalnego systemu informatycznego przeznaczonego dla pacjentów, np. e-rejestracji z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnością.

Co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,25**

**IM 3**

## **SYSTEM INFORMATYCZNY JEST FUNKCJONALNY I WSPIERA DZIAŁANIA KLINICZNE.**

### 1. Opis wymagań

Opieka zdrowotna jest kompleksowym działaniem, którego wynik w znacznym stopniu zależy od jakości i aktualności informacji, w tym szczególnie informacji o stanie pacjenta, czynnikach ryzyka, rozważanych i podjętych decyzjach, wynikach badań oraz o prowadzonym leczeniu i jego rezultatach. Efektywne gromadzenie, przetwarzanie, przechowywanie, wyszukiwanie i udostępnianie potrzebnej informacji wymaga sprawnego systemu informatycznego. Wysoką jakość informacji medycznej może zapewnić jedynie system informatyczny, który jest:

- 1) przyjazny;
- 2) kompleksowy;
- 3) elastyczny;
- 4) użyteczny;
- 5) bezpieczny.

Zadaniem dobrego medycznego systemu informatycznego jest:

- 1) ułatwienie personelowi podejmowanie prawidłowych decyzji medycznych;
- 2) minimalizacja obciążenia pracą administracyjną personelu;
- 3) dokumentowanie stanu pacjenta i jego zmian oraz dokumentowanie podejmowanych działań.

### IM 3.1

## MEDYCZNY SYSTEM INFORMATYCZNY SZPITALA JEST PRZYJAZNY DLA UŻYTKOWNIKA.

### 1. Opis wymagań

System informatyczny, z którego użytkownicy są zadowoleni i na który nie narzekają, zmniejsza ryzyko niekompletności informacji i sprzyja większej zgodności rejestrowanych informacji ze stanem faktycznym. Przyjazny system elektroniczny powinien umożliwiać:

- 1) łatwy dostęp dla osób uprawnionych;
- 2) intuicyjne korzystanie;
- 3) minimalizowanie opóźnień pomiędzy obserwacją, a sporządzaniem zapisu.

System informatyczny zapewnia:

- 1) skrócenie czasu przeznaczonego na dokumentowanie przebiegu opieki;
- 2) niekłopotliwe logowanie do systemu: jeden login do wszystkich podsystemów medycznych funkcjonujących w szpitalu;
- 3) brak redundancji we wprowadzaniu danych;
- 4) możliwość obsługi systemu z urządzeń mobilnych, co najmniej dla przyłóżkowej obsługi pacjenta;
- 5) autoryzowanie dokumentów na żądanie użytkownika i w sposób widoczny;
- 6) integrację ze wszystkimi systemami medycznymi w tym, przysyłanie wyników badań do historii choroby elektronicznego rekordu pacjenta EHR.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) obserwacja bezpośrednia;
- 3) wyniki badania opinii personelu.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Medyczny system informatyczny szpitala jest przyjazny dla użytkownika zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Medyczny system informatyczny szpitala nie jest przyjazny dla użytkownika zgodnie z wymogami standardu.

### 4. Kamienie milowe

- 1) system informatyczny szpitala zawiera funkcjonalności gwarantujące łatwy dostęp dla osób uprawnionych;
- 2) system informatyczny szpitala zawiera funkcjonalności gwarantujące intuicyjne korzystanie;
- 3) system informatyczny szpitala zawiera funkcjonalności gwarantujące minimalizowanie opóźnień pomiędzy obserwacją, a sporządzaniem zapisu;
- 4) system informatyczny szpitala zawiera funkcjonalności gwarantujące skrócenie czasu przeznaczonego na dokumentowanie przebiegu opieki;
- 5) system informatyczny szpitala zawiera funkcjonalności gwarantujące niekłopotliwe logowanie do systemu: jeden login do wszystkich podsystemów medycznych funkcjonujących w szpitalu;
- 6) system informatyczny szpitala zawiera funkcjonalności gwarantujące brak redundancji we wprowadzaniu danych;

- 7) system informatyczny szpitala zawiera funkcjonalności gwarantujące możliwość obsługi systemu z urządzeń mobilnych, co najmniej dla przyłóżkowej obsługi pacjenta;
- 8) system informatyczny szpitala zawiera funkcjonalności gwarantujące autoryzowanie dokumentów na żądanie użytkownika;
- 9) system informatyczny szpitala zawiera funkcjonalności gwarantujące autoryzowanie dokumentów w sposób widoczny;
- 10) system informatyczny szpitala zawiera funkcjonalności gwarantujące integrację ze wszystkimi systemami medycznymi.

Co najmniej 60% stanowi 6 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,75**

### IM 3.2

## SZPITALNY SYSTEM INFORMATYCZNY JEST KOMPLEKSOWY.

### 1. Opis wymagań

Medyczny system informatyczny zapewnia różnorodne funkcje, istotne dla oceny pacjenta i sprawowanej nad nim opieki. W tym celu powinien integrować poszczególne bazy danych, w których gromadzone są dane o pacjencie i stosowanym postępowaniu diagnostycznym lub terapeutycznym. Kompleksowość systemu oznacza m.in., że obejmuje on co najmniej następujące funkcjonalności związane z procesem opieki:

- 1) historie chorób;
- 2) kalkulatory ryzyka, kalkulatory prawdopodobieństw klinicznych;
- 3) karty obserwacyjne podstawowych parametrów (np. karta gorączkowa);
- 4) elektronicznie przesyłane zlecenia na badania, w tym laboratoryjne, obrazowe, czynnościowe i patologiczne;
- 5) elektronicznie przesyłane wyniki badań laboratoryjnych, obrazowych i innych;
- 6) raporty z dyżurów lekarskich i pielęgniarskich;
- 7) karty zleceń wykonywanych w oddziale;
- 8) harmonogram zabiegów;
- 9) elektronicznie przesyłane zlecenia na zabiegi;
- 10) raporty operacyjne – księgi zabiegów;
- 11) ewidencję wykonywanych zabiegów;
- 12) wystawianie recept z dostępem do lekospisu;
- 13) ostrzeganie o interakcjach lekowych;
- 14) ostrzeganie o innych kluczowych ryzykach, np. uczuleniach;
- 15) automatyczne aktualizowanie wprowadzonych danych dotyczących pacjenta;
- 16) funkcjonalności pomocne w sprawozdawczości;
- 17) wspieranie analizy wybranych standardów akredytacyjnych np. reoperacji, readmisji, zgonów, przedłużonych pobytów;
- 18) podejmowanie decyzji klinicznych.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpitalny system informatyczny jest kompleksowy zgodnie z wymogami standardu: spełnia wszystkie wskazane w standardzie funkcjonalności.

- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpitalny system informatyczny nie jest kompleksowy zgodnie z wymogami standardu, obejmuje mniej niż 10 funkcjonalności wskazanych w standardzie.

#### 4. Kamienie milowe

- 1) system informatyczny szpitala integruje poszczególne bazy danych, w których gromadzone są dane o pacjencie i stosowanym postępowaniu diagnostycznym lub terapeutycznym;
- 2) system informatyczny obejmuje historie chorób;
- 3) system informatyczny obejmuje kalkulatory ryzyka, kalkulatory prawdopodobieństw klinicznych;
- 4) system informatyczny obejmuje karty obserwacyjne podstawowych parametrów (np. karta gorączkowa);
- 5) system informatyczny obejmuje elektronicznie przesyłane zlecenia na badania laboratoryjne;
- 6) system informatyczny obejmuje elektronicznie przesyłane zlecenia na badania obrazowe;
- 7) system informatyczny obejmuje elektronicznie przesyłane zlecenia na badania czynnościowe;
- 8) system informatyczny obejmuje elektronicznie przesyłane zlecenia na badania patologiczne;
- 9) system informatyczny obejmuje elektronicznie przesyłane wyniki badań laboratoryjnych;
- 10) system informatyczny obejmuje elektronicznie przesyłane wyniki badań obrazowych;
- 11) system informatyczny obejmuje raporty z dyżurów lekarskich;
- 12) system informatyczny obejmuje raporty z dyżurów pielęgniarskich;
- 13) system informatyczny obejmuje karty zleceń wykonywanych w oddziale;
- 14) system informatyczny obejmuje harmonogram zabiegów;
- 15) system informatyczny obejmuje elektronicznie przesyłane zlecenia na zabiegi;
- 16) system informatyczny obejmuje raporty operacyjne – księgi zabiegów;
- 17) system informatyczny obejmuje ewidencję wykonywanych zabiegów;
- 18) system informatyczny obejmuje wystawianie recept z dostępem do lekospisu;
- 19) system informatyczny obejmuje ostrzeganie o interakcjach lekowych;
- 20) system informatyczny obejmuje ostrzeganie o innych kluczowych ryzykach, np. uczuleniach;
- 21) system informatyczny obejmuje automatyczne aktualizowanie wprowadzonych danych dotyczących pacjenta;
- 22) system informatyczny obejmuje funkcjonalności pomocne w sprawozdawczości;
- 23) system informatyczny obejmuje wspieranie analizy wybranych standardów akredytacyjnych np. reoperacji, readmisji, zgonów, przedłużonych pobyków;
- 24) system informatyczny obejmuje wspieranie podejmowania decyzji klinicznych.

Co najmniej 60% stanowi 15 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,75**

#### IM 3.3

### SZPITAL OKREŚLIŁ ZASADY DOKONYWANIA WPISÓW I AUTORYZACJI DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W WERSJI ELEKTRONICZNEJ.

#### 1. Opis wymagań

Dla dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej wymagane jest:

- 1) zabezpieczenie przed możliwością dokonywania wstecznych wpisów – korekty zatwierdzonych wpisów powinny być dokonywane w sposób widoczny dla użytkowników końcowych z zachowaniem pierwotnego zapisu;
- 2) określenie zasad i zakresu dostępu personelu w zależności od pełnionej funkcji;
- 3) autoryzowanie wpisów – w momencie zatwierdzenia wpisu, adnotacja o autorze wraz z datą i godziną wpisu powinna pojawiać się automatycznie.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital określił zasady dokonywania wpisów i autoryzacji dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Zasady dokonywania wpisów i autoryzacji dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej nie zostały określone zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) dokumentacja medyczna w wersji elektronicznej uwzględnia zabezpieczenie przed możliwością dokonywania wstecznych wpisów – korekty zatwierdzonych wpisów powinny być dokonywane w sposób widoczny dla użytkowników końcowych z zachowaniem pierwotnego zapisu;
- 2) system informatyczny zawiera funkcjonalności zgodne z określonymi przez szpital zasadami i zakresami dostępu personelu w zależności od pełnionej funkcji;
- 3) dokumentacja medyczna w wersji elektronicznej zawiera autoryzowanie wpisów – w momencie zatwierdzenia wpisu, adnotacja o autorze wraz z datą i godziną wpisu pojawia się automatycznie.

Co najmniej 60% stanowi 2 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,25**

IM 3.4

## SZPITAL OKREŚLIŁ ZASADY BEZPIECZEŃSTWA DOTYCZĄCE INFORMACJI MEDYCZNEJ, W TYM SPOSÓB POSTĘPOWANIA W SYTUACJACH KRYTYCZNYCH

### 1. Opis wymagań

Dokumentacja medyczna jest zabezpieczona we wszystkich miejscach przechowywania. Należy opracować zasady zabezpieczenia przed utratą, zniszczeniem, zamianą, nieupoważnionym wykorzystaniem oraz zasady dostępu do poszczególnych rodzajów dokumentacji medycznej i sposób postępowania w sytuacjach krytycznych. Zasady te powinny umożliwić dostęp do danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej przez 24 godziny na dobę w przypadkach, gdy brak jest połączenia z centralną bazą danych.

W szpitalu opracowano i wdrożono program ochrony dokumentacji medycznej przed utratą zawartości w wyniku:

- 1) wadliwego działania programu;
- 2) działania wirusów komputerowych;
- 3) uszkodzenia sprzętu;
- 4) kradzieży sprzętu;
- 5) zdarzeń niespodziewanych, np. pożaru, braku prądu.

Konieczne jest regularne tworzenie kopii zapasowych i przechowywanie ich w bezpiecznym miejscu.



## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital określił zasady bezpieczeństwa dotyczące dokumentacji medycznej, w tym sposób postępowania w sytuacjach krytycznych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie określił zasad bezpieczeństwa dotyczących informacji medycznej, w tym sposobu postępowania w sytuacjach krytycznych zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) dokumentacja medyczna jest zabezpieczona we wszystkich miejscach przechowywania – zabezpieczenie archiwum;
- 2) dokumentacja medyczna jest zabezpieczona we wszystkich miejscach przechowywania – zabezpieczenie na oddziałach;
- 3) dokumentacja medyczna jest zabezpieczona we wszystkich miejscach przechowywania – zabezpieczenie serwerów;
- 4) dokumentacja medyczna jest zabezpieczona we wszystkich miejscach przechowywania – zabezpieczenia przeciw włamaniom informatycznym;
- 5) zakres zabezpieczenia dokumentacji medycznej obejmuje zabezpieczenia przed utratą;
- 6) zakres zabezpieczenia dokumentacji medycznej obejmuje zabezpieczenia przed zniszczeniem;
- 7) zakres zabezpieczenia dokumentacji medycznej obejmuje zabezpieczenia przed zamianą;
- 8) zakres zabezpieczenia dokumentacji medycznej obejmuje zabezpieczenia przed nieupoważnionym wykorzystaniem;
- 9) zakres zabezpieczenia dokumentacji medycznej obejmuje zasady dostępu do poszczególnych rodzajów dokumentacji medycznej;
- 10) zakres zabezpieczenia dokumentacji medycznej obejmuje sposób postępowania w sytuacjach krytycznych;
- 11) system wsparcia systemu informatycznego zapewnia dostęp do danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej przez 24 godziny na dobę także w razie braku połączenia z centralną bazą danych;
- 12) w szpitalu opracowano i wdrożono program ochrony dokumentacji medycznej przed utratą zawartości w wyniku wadliwego działania programu;
- 13) w szpitalu opracowano i wdrożono program ochrony dokumentacji medycznej przed utratą zawartości w wyniku działania wirusów komputerowych;
- 14) w szpitalu opracowano i wdrożono program ochrony dokumentacji medycznej przed utratą zawartości w wyniku uszkodzenia sprzętu;
- 15) w szpitalu opracowano i wdrożono program ochrony dokumentacji medycznej przed utratą zawartości w wyniku kradzieży sprzętu;
- 16) w szpitalu opracowano i wdrożono program ochrony dokumentacji medycznej przed utratą zawartości w wyniku zdarzeń niespodziewanych, np. pożaru, braku prądu;
- 17) w szpitalu tworzone są regularnie kopie zapasowe danych systemu;
- 18) kopie zapasowe przechowywane są w sposób bezpieczny.

Co najmniej 60% stanowi 11 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

## **ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE ZAPEWNIAJĄ CIĄGŁOŚĆ DZIAŁANIA SZPITALA W PRZYPADKU BRAKU DOSTĘPU DO SYSTEMU INFORMATYCZNEGO (STANDARD OBOWIĄZKOWY).**

### **1. Opis wymagań**

Szpital opracował zasady zapewnienia ciągłości działania w przypadku niedostępności systemu informatycznego, które obejmują:

- 1) sposób przyjmowania i wypisywania pacjentów;
- 2) sposób prowadzenia dokumentacji medycznej;
- 3) sposób zlecania dostępu do diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej;
- 4) sposób uzupełniania dokumentacji elektronicznej po przywróceniu dostępności systemu informatycznego.

Szpital gromadzi dane o częstotliwości i przyczynach braku dostępu do systemu informatycznego, analizuje je i wdraża stosowne wnioski.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Rozwiązania organizacyjne zapewniają ciągłość działania szpitala w przypadku niedostępności systemu informatycznego zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Rozwiązania organizacyjne nie zapewniają ciągłości działania szpitala w przypadku niedostępności systemu informatycznego zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

## **DOKUMENTACJA ARCHIWALNA JEST ŁATWO DOSTĘPNA I PRZECHOWYWANA W SPOSÓB BEZPIECZNY.**

### **1. Opis wymagań**

Przechowywanie dokumentacji medycznej w archiwum wymaga spełnienia wymogów szczegółowo określonych przepisami. Szpital powinien określić sposób dostępu do archiwalnej dokumentacji medycznej w szczególności, w przypadku powtórnej hospitalizacji, a także zasady wypożyczania i udostępniania dokumentacji medycznej.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Dokumentacja archiwalna jest łatwo dostępna i przechowywana w sposób bezpieczny zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Dokumentacja archiwalna nie jest łatwo dostępna ani przechowywana w sposób bezpieczny.

**Waga standardu – 0,25**

#### IM 5

### SZPITAL WDROŻYŁ MECHANIZMY ZAPEWNIAJĄCE JAKOŚĆ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.

#### 1. Opis wymagań

Szpital powinien prowadzić regularną, nie rzadziej niż raz w roku, ocenę zawartości dokumentacji medycznej. Przegląd historii chorób, dokonywany przez lekarzy i pielęgniarki powinien dotyczyć merytorycznych elementów procesu opieki i obejmować 1% dokumentacji z każdego oddziału. Wnioski z oceny powinny być znane kierownictwu szpitala, kierującym oddziałami i wykorzystywane dla poprawy jakości dokumentowania przebiegu hospitalizacji.

#### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z kierownikiem;
- 4) wywiad z personelem.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital wdrożył mechanizmy zapewniające jakość dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie wdrożył mechanizmów zapewniających jakość dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

#### IM 6

### SZPITAL DOSTARCZA DANE DLA OBSZARU ZDROWIA PUBLICZNEGO.

#### 1. Opis wymagań

Szpital terminowo przekazuje dane określone w Programie Badań Statystycznych Statystyki Publicznej (dział Zdrowie i Ochrona Zdrowia). Dane na potrzeby badania Hospitalizacja przekazywane są co miesiąc do Urzędu Wojewódzkiego lub Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

Szpital zapewnia przekazanie informacji w zakresie karty statystycznej szpitalnej ogólnej MZ/Szp-11 (dane jednostkowe w postaci elektronicznej), co jest potwierdzone zaświadczeniem wydanym przez Państwowy Zakład Higieny.

Szpital identyfikuje i terminowo przekazuje wymagane przez aktualne przepisy prawa dane na potrzeby analiz z obszaru zdrowia publicznego.

## 2. Sprawdzanie

- 1) przegląd dokumentacji szpitala.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital terminowo dostarcza dane dla obszaru zdrowia publicznego.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie dostarcza terminowo danych dla obszaru zdrowia publicznego.

## 4. Kamienie milowe

- 1) szpital terminowo przekazuje dane określone w Programie Badań Statystycznych Statystyki Publicznej (dział: Zdrowie i Ochrona Zdrowia);
- 2) dane na potrzeby badania Hospitalizacja przekazywane są co miesiąc do urzędu wojewódzkiego lub Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH;
- 3) szpital zapewnia przekazanie informacji w zakresie karty statystycznej szpitalnej ogólnej MZ/Szp-11;
- 4) szpital posiada potwierdzenie przekazania danych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH;
- 5) szpital identyfikuje inne wymagane przez aktualne przepisy prawa dane na potrzeby analiz z obszaru zdrowia publicznego;
- 6) szpital terminowo przekazuje inne wymagane przez aktualne przepisy prawa dane na potrzeby analiz z obszaru zdrowia publicznego.

Co najmniej 60% stanowi 4 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,25**



# JAKOŚĆ ZARZĄDZANIA



# JAKOŚĆ ZARZĄDZANIA

<b>JZ 1</b>	Strategia szpitala jest spójna, zrozumiała dla personelu i buduje kulturę organizacyjną.
<b>JZ 1.1</b>	Szpital posiada plan strategiczny.
<b>JZ 1.2</b>	Szpital wspiera zarządzanie poprzez poprawę jakości i bezpieczeństwa opieki.
<b>JZ 1.3</b>	W szpitalu funkcjonuje plan zatrudnienia.
<b>JZ 1.4</b>	Szpital określił pożądane kwalifikacje i oczekiwany poziom jakości i efektywności dla wszystkich stanowisk pracy.
<b>JZ 1.5</b>	Szpital prowadzi ocenę liczby i kwalifikacji zatrudnionego personelu.
<b>JZ 1.6</b>	Kwalifikacje i liczba personelu pozwalają na zapewnienie jakości i bezpieczeństwa opieki.
<b>JZ 1.7</b>	Każdy dział ma wyznaczoną osobę odpowiedzialną za organizację i zarządzanie.
<b>JZ 1.8</b>	Szpital posiada aktualny schemat organizacyjny.
<b>JZ 2</b>	Szpital zapewnia personelowi dostęp do informacji organizacyjnych, umożliwiających sprawne wykonywanie obowiązków i możliwość zgłaszania potrzeby zmian.
<b>JZ 3</b>	Szpital zapewnia kadry kierowniczej i personelowi uzyskanie umiejętności postępowania w sytuacji trudnej.
<b>JZ 4</b>	Szpital prowadzi program adaptacji zawodowej.
<b>JZ 5</b>	W szpitalu opracowano system zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych.
<b>JZ 6</b>	Szpital prowadzi badanie opinii personelu.
<b>JZ 7</b>	Szpital prowadzi politykę stałego podnoszenia kwalifikacji osób zatrudnionych.
<b>JZ 7.1</b>	Szpital zapewnia szkolenia dla osób zatrudnionych.
<b>JZ 8</b>	Szpital skutecznie dba o infrastrukturę i jej stan techniczny.
<b>JZ 8.1</b>	Infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością.
<b>JZ 8.2</b>	Szpital wdrożył program zapobiegania wypadkom i urazom.
<b>JZ 9</b>	Szpital określił zasady przechowywania i bezpiecznego stosowania substancji i materiałów niebezpiecznych.
<b>JZ 10</b>	W szpitalu funkcjonuje plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych.
<b>JZ 11</b>	Szpital spełnia wymogi przeciwpożarowe (standard obligatoryjny).
<b>JZ 12</b>	Szpital posiada regularnie sprawdzane systemy zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną, wodę i gazy medyczne.
<b>JZ 13</b>	Urządzenia medyczne są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy.
<b>JZ 14</b>	Personel jest przeszkolony na temat zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu i urządzeń do pracy.
<b>JZ 15</b>	Szpital wdrożył politykę zarządzania odpadami.

# JAKOŚĆ ZARZĄDZANIA

Sprawne i skuteczne zarządzanie wymaga:

- 1) zaangażowanego przywództwa,
- 2) spójnej, zrównoważonej strategii rozwoju,
- 3) dobrej komunikacji między wszystkimi poziomami organizacji,
- 4) adaptacji, umiejętności szybkiego dostosowania się do zmieniających się warunków rynkowych i wewnętrznych,
- 5) kultury organizacyjnej, dostosowanej do warunków otoczenia,
- 6) zespołu szkolonych, zaangażowanych i motywowanych pracowników,
- 7) dostatecznych zasobów wewnętrznych: kadrowych, strukturalnych, finansowych,
- 8) rozwoju zasobów ludzkich (inwestowania w rozwój i szkolenie pracowników),
- 9) monitorowania i oceny osiągniętych wyników w celu zapewnienia zgodności z przyjętą strategią lub planami organizacji.

Kierownictwo szpitala, kadra zarządzająca i pracownicy winni dbać o bezpieczeństwo i satysfakcję pacjentów oraz dobrą współpracę z klientami zewnętrznymi, a strategia rozwoju szpitala powinna być oparta o analizę otoczenia. Kierownictwo powinno określić kompetencje i zakresy odpowiedzialności osób zatrudnionych w zakresie:

- 1) zarządzania,
- 2) udziału w procesach podstawowych, związanych z opieką nad pacjentem oraz
- 3) procesach pomocniczych, w tym pozamedycznych, z uwzględnieniem stałej poprawy jakości opieki, bezpieczeństwa pacjenta i personelu.

Szpital powinien określić swoją misję, wskazując na charakterystykę i elementy, które odróżniają jednostkę od innych szpitali. Wszyscy zatrudnieni powinni wiedzieć, czemu służy praca w organizacji, w której pracują i jakie są jej podstawowe cele. Wiedza na ten temat powinna być adekwatna do odpowiedzialności i roli pełnionej przez pracownika. Istotne jest badanie opinii personelu oraz zapewnienie kadrze zarządzającej i personelowi nabycie umiejętności komunikowania się w zespole terapeutycznym oraz z pacjentem i osobą bliską lub przedstawicielem ustawowym pacjenta w sytuacji trudnej.

Zarządzanie obejmuje także nadzór nad infrastrukturą, w tym sprawne działanie systemów zasilania awaryjnego, sprawność i konserwację urządzeń medycznych, gospodarkę odpadami, bezpieczeństwo przeciwpożarowe.

JZ 1

## STRATEGIA SZPITALA JEST SPÓJNA, ZROZUMIAŁA DLA PERSONELU I BUDUJE KULTURĘ ORGANIZACYJNĄ.

### 1. Opis wymagań

Osoby zatrudnione znają kierunki rozwoju i cele strategiczne szpitala, a także zasady, które kształtują kulturę organizacyjną i regulują postępowanie wobec pacjentów, osób bliskich lub przedstawicieli ustawowych pacjenta, odwiedzających oraz personelu. Cały zespół zna i respektuje wartości, na których opiera się świadczenie usług zdrowotnych i współpraca między poszczególnymi działami i uznaje je w codziennej praktyce.



## **1. Opis wymagań**

Długofalowe działanie i rozwój szpitala oparte są o planowanie strategiczne. Istotnym elementem planu strategicznego jest polityka poprawy jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta. W planie strategicznym należy zdefiniować metody zarządzania szpitalem z określeniem metod pomiaru oraz podnoszenia jakości, bezpieczeństwa i efektywności uzyskiwania dobrych efektów klinicznych i organizacyjnych. Przyjęta metoda zarządzania wspiera racjonalizację kosztów i systematyczną poprawę wykorzystywania zasobów. Plan strategiczny winien uwzględniać wyniki analizy potrzeb zdrowotnych obsługiwanej populacji oraz działania z uwzględnieniem tych potrzeb i finansowych możliwości realizacji planu. Plan strategiczny podlega cyklicznym aktualizacjom co trzy lata oraz koniecznym modyfikacjom lub potwierdzeniu aktualności nie rzadziej niż raz w roku, co jest dokumentowane.

Plan strategiczny zawiera:

- 1) określenie celów strategicznych i operacyjnych z uwzględnieniem polityki poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta, w tym realizacji wymogów standardów akredytacyjnych;
- 2) wskazanie istniejących ograniczeń;
- 3) określenie prawdopodobieństwa realizacji założonych celów;
- 4) wskazanie metod oceny uzyskiwanych rezultatów;
- 5) harmonogram realizacji działań;
- 6) wskazanie osób odpowiedzialnych za realizację poszczególnych celów;
- 7) informacje na temat sposobu podejmowania optymalnych decyzji.

## **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

## **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital posiada plan strategiczny zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie posiada planu strategicznego zgodnie z wymogami standardu.

## **4. Kamienie milowe**

- 1) szpital posiada dokument zwany planem strategicznym;
- 2) plan strategiczny kreuje kierunki rozwoju i cele strategiczne szpitala;
- 3) plan strategiczny obejmuje politykę poprawy jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta, również w zakresie realizacji wymogów standardów akredytacyjnych;
- 4) plan strategiczny określa prawdopodobieństwo realizacji założonych celów;
- 5) plan strategiczny definiuje metody zarządzania szpitalem;
- 6) metody zarządzania szpitalem określają sposoby pomiaru oraz podnoszenia jakości, bezpieczeństwa i efektywności uzyskiwania dobrych efektów klinicznych;
- 7) metody zarządzania szpitalem określają sposoby pomiaru oraz podnoszenia jakości, bezpieczeństwa i efektywności uzyskiwania dobrych efektów organizacyjnych;
- 8) przyjęta metoda zarządzania szpitalem wspiera racjonalizację kosztów i systematyczną poprawę wykorzystania zasobów;
- 9) plan strategiczny wskazuje metody oceny uzyskiwanych rezultatów;
- 10) plan strategiczny zawiera harmonogram realizacji działań;
- 11) plan strategiczny wskazuje osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych celów;

- 12) plan strategiczny obejmuje wskazanie istniejących ograniczeń;
- 13) plan strategiczny zawiera informacje dotyczące sposobu podejmowania optymalnych decyzji;
- 14) plan strategiczny uwzględnia wyniki analizy potrzeb zdrowotnych obsługiwanej populacji oraz działania uwzględniające te potrzeby;
- 15) plan strategiczny uwzględnia finansowe możliwości realizacji planu;
- 16) plan strategiczny jest aktualizowany cyklicznie co 3 lata oraz podlega koniecznym modyfikacjom lub potwierdzeniu aktualności nie rzadziej niż raz na rok;
- 17) cykliczne aktualizacje oraz modyfikacje lub potwierdzenia aktualizacji, o których mowa powyżej są dokumentowane.

Co najmniej 60% stanowi 11 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,75**

## JZ 1.2

# SZPITAL WSPIERA ZARZĄDZANIE POPRZEC POPRAWĘ JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI.

## 1. Opis wymagań

Działania poprawy jakości powinny dotyczyć nie tylko ustalania zasad finansowania usług zdrowotnych, zatwierdzania planów budżetowych, poprawy warunków strukturalnych czy poszerzania diagnostyczno-terapeutycznych możliwości szpitala. Istotna jest identyfikacja głównych obszarów wymagających poprawy w oparciu o:

- 1) wiedzę na temat klinicznej działalności szpitala w zakresie uzyskiwanych wyników opieki;
- 2) prowadzone w szpitalu projekty poprawy jakości;
- 3) informacje o rezultatach badania doświadczeń i opinii pacjentów i personelu.

Prowadzenie pomiaru wykorzystywania zasobów szpitala umożliwia identyfikację obszarów i działów wykorzystywanych optymalnie lub nieoptymalnie. To wspomaga skuteczne i realizowane z wyprzedzeniem reagowanie na potrzeby pacjentów i personelu z uwzględnieniem możliwości szpitala.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital wspiera zarządzanie przez poprawę jakości i bezpieczeństwa opieki zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie wspiera zarządzania przez poprawę jakości i bezpieczeństwa opieki zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) działania poprawy jakości dotyczą ustalenia zasad finansowania usług zdrowotnych;
- 2) działania poprawy jakości dotyczą zatwierdzenia planów budżetowych;
- 3) działania poprawy jakości dotyczą polepszania warunków strukturalnych;
- 4) działania poprawy jakości dotyczą poszerzania diagnostyczno-terapeutycznych możliwości szpitala;
- 5) szpital identyfikuje główne obszary wymagające poprawy w oparciu o wiedzę na temat klinicznej działalności szpitala w zakresie uzyskiwanych wyników opieki;

- 6) szpital identyfikuje główne obszary wymagające poprawy w oparciu o prowadzone w szpitalu projekty poprawy jakości;
- 7) szpital identyfikuje główne obszary wymagające poprawy w oparciu o informacje o rezultatach badania doświadczeń i opinii pacjentów i personelu;
- 8) szpital prowadzi pomiary wykorzystania zasobów;
- 9) prowadzone pomiary umożliwiają identyfikację obszarów i działań wykorzystywanych optymalnie lub nieoptymalnie.
- 10) identyfikacja obszarów i działań wykorzystywanych optymalnie lub nieoptymalnie wspomaga skuteczne i realizowane z wyprzedzeniem reagowanie na potrzeby pacjentów i personelu z uwzględnieniem możliwości szpitala.

Co najmniej 60% stanowi 6 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

### JZ 1.3

## W SZPITALU FUNKCJONUJE PLAN ZATRUDNIENIA.

### 1. Opis wymagań

Plan zatrudnienia powinien być opracowany we współpracy kierownictwa szpitala z kierującymi oddziałami i kierownikami działów, z uwzględnieniem strategii rozwoju.

Plan zatrudnienia obejmuje:

- 1) strukturę zatrudnienia: aktualną i planowaną;
- 2) pożądane kwalifikacje i inne wymogi z uwzględnieniem specyfiki pracy.

Powinien uwzględniać osoby nabywające uprawnienia emerytalne, a także absencję związaną z macierzyństwem i świadczeniami rehabilitacyjnymi.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad w dziale kadr.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu funkcjonuje plan zatrudnienia zgodnie z wymogami standardu.
- 1 W szpitalu nie funkcjonuje plan zatrudnienia zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

### JZ 1.4

## SZPITAL OKREŚLIŁ POŻĄDANE KWALIFIKACJE I OCZEKIWANY POZIOM JAKOŚCI I EFEKTYWNOŚCI DLA WSZYSTKICH STANOWISK PRACY.

### 1. Opis wymagań

W szpitalu opracowano opisy dla wszystkich stanowisk pracy uwzględniające pożądane kwalifikacje i inne wymagania nieuwzględnione przepisami prawa. Aby móc zweryfikować czy pracownik

posiada wymagane kwalifikacje, należy zdefiniować zakres niezbędnych wymagań. Wymagania powinny dotyczyć zdolności do uzyskiwania wyników, które są kluczowe na danym stanowisku pracy. Aktualny zakres obowiązków znajdujący się w aktach osobowych lub będący elementem umowy cywilno-prawnej, powinien obejmować rzeczywisty zakres wykonywanych czynności.

Opisy powinny być aktualne i faktycznie odzwierciedlające zadania na stanowisku pracy oraz potrzebne kwalifikacje.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad w dziale kadr.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital określił pożądane kwalifikacje i oczekiwany poziom jakości i efektywności dla wszystkich stanowisk pracy zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie określił pożądanych kwalifikacji i oczekiwanego poziomu jakości i efektywności dla wszystkich stanowisk pracy.

## 4. Kamienie milowe

- 1) w szpitalu opracowano opisy dla wszystkich stanowisk pracy;
- 2) opisy stanowisk pracy uwzględniają pożądane kwalifikacje i inne wymagania nieuwzględnione przepisami prawa;
- 3) opisy stanowisk definiują zakres niezbędnych wymagań potrzebnych do weryfikacji czy pracownik posiada wymagane kwalifikacje;
- 4) niezbędne wymagania, o których mowa wyżej dotyczą zdolności do uzyskiwania wyników, które są kluczowe na danym stanowisku pracy;
- 5) aktualny zakres obowiązków znajdujący się w aktach osobowych lub będący elementem umowy cywilno-prawnej obejmuje rzeczywisty zakres wykonywanych czynności;
- 6) opisy stanowisk pracy są aktualne oraz faktycznie odzwierciedlają zadania na stanowisku oraz potrzebne kwalifikacje.

Co najmniej 60% stanowi 4 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,25**

JZ 1.5

## SZPITAL PROWADZI OCENĘ LICZBY I KWALIFIKACJI ZATRUDNIONEGO PERSONELU.

### 1. Opis wymagań

Szpital:

- 1) przyjął metodologię, która pozwala na określenie jaka liczba i jakie kwalifikacje personelu pozwalają na zapewnienie pacjentom właściwej jakości opieki;
- 2) dokonuje corocznej oceny liczby i kwalifikacji zatrudnionego personelu w oparciu o przyjętą metodologię;
- 3) przedstawia wnioski z oceny.

Wnioski z oceny są wykorzystywane we wspieraniu inicjatyw nakierowanych na organizację pracy, w tym na racjonalizację dokumentowania świadczonej opieki, tak by personel większość czasu pracy kierował na sprawowanie bezpośredniej opieki nad leczonymi chorymi. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje: uprawnienia, certyfikaty, świadectwa, zaświadczenia, powinny znajdować się w aktach osobowych lub stanowić załącznik do umów cywilno-prawnych.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad w dziale kadr;
- 5) wyniki badania opinii personelu.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital prowadzi ocenę liczby i kwalifikacji zatrudnionego personelu zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie prowadzi oceny liczby i kwalifikacji zatrudnionego personelu zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) szpital przyjął metodologię, która pozwala na określenie jaka liczba personelu pozwala na zapewnienie pacjentom właściwej jakości opieki;
- 2) szpital przyjął metodologię, która pozwala na określenie jakie kwalifikacje personelu pozwalają na zapewnienie pacjentom właściwej jakości opieki;
- 3) szpital dokonuje corocznej oceny liczby i kwalifikacji zatrudnionego personelu w oparciu o przyjętą metodologię;
- 4) szpital przedstawia wnioski z oceny;
- 5) wnioski z oceny są wykorzystywane we wspieraniu inicjatyw nakierowanych na organizację pracy, w tym na racjonalizację dokumentowania świadczonej opieki, w ten sposób by personel przeznaczał większość czasu na sprawowanie bezpośredniej opieki nad leczonymi chorymi;
- 6) dokumenty potwierdzające kwalifikacje: uprawnienia, certyfikaty, świadectwa i zaświadczenia znajdują się w aktach osobowych lub stanowią załącznik do umów cywilno-prawnych.

Co najmniej 60% stanowi 4 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,25**

JZ 1.6

## KWALIFIKACJE I LICZBA PERSONELU POZWALAJĄ NA ZAPEWNIENIE JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI.

### 1. Opis wymagań

We wszystkich miejscach sprawowania opieki, kwalifikacje i liczba personelu pozwalają na świadczenie opieki w sposób bezpieczny.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad w personelem;
- 2) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 We wszystkich miejscach sprawowania opieki kwalifikacje i liczba personelu pozwalają na zapewnienie jakości i bezpieczeństwa opieki.
- 1 Nie we wszystkich miejscach sprawowania opieki kwalifikacje i liczba personelu pozwalają na zapewnienie jakości i bezpieczeństwa opieki.

**Waga standardu – 0,75**

**JZ 1.7**

## **KAŻDY DZIAŁ MA WYZNACZONĄ OSOBĘ ODPOWIEDZIALNĄ ZA ORGANIZACJĘ I ZARZĄDZANIE.**

### 1. Opis wymagań

Każdy dział powinien mieć kierownika. Zakres odpowiedzialności i obowiązków kierowników oddziałów i działów jest szczegółowo określony w aktach osobowych i zgodny ze schematem organizacyjnym.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) wywiad w dziale kadr.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Każdy dział ma wyznaczoną osobę, odpowiedzialną za organizację i zarządzanie zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Nie wszystkie działy mają wyznaczoną osobę odpowiedzialną za organizację i zarządzanie.

**Waga standardu – 0,25**

**JZ 1.8**

## **SZPITAL POSIADA AKTUALNY SCHEMAT ORGANIZACYJNY.**

### 1. Opis wymagań

Schemat organizacyjny powinien przedstawiać:

- 1) aktualną strukturę komórek organizacyjnych;
- 2) aktualny wykaz samodzielnych stanowisk pracy;
- 3) przejrzysty zakres podległości i odpowiedzialności.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital posiada aktualny schemat organizacyjny zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie posiada aktualnego schematu organizacyjnego.

**Waga standardu – 0,25**

**JZ 2**

## **SZPITAL ZAPEWNIĄ PERSONELOWI DOSTĘP DO INFORMACJI ORGANIZACYJNYCH, UMOŻLIWIAJĄCYCH SPRAWNE WYKONYWANIE OBOWIĄZKÓW I MOŻLIWOŚĆ ZGŁASZANIA POTRZEBY ZMIAN.**

### 1. Opis wymagań

Szpital opracował i wdrożył skuteczny system komunikacji z personelem na temat spraw zawodowych. Ocena skuteczności funkcjonowania tego systemu powinna stanowić element badania opinii osób zatrudnionych. Zarządzenia, plany i procedury istotne dla funkcjonowania szpitala, w tym poszczególnych działów, powinny znajdować się w jednostkach organizacyjnych szpitala i być łatwo dostępne dla osób zatrudnionych oraz autoryzowane i co trzy lata, lub w razie potrzeby powinny podlegać aktualizacji. Szpital powinien wykorzystywać wiedzę i doświadczenia klinicystów oraz innych praktyków i wdrażać najlepsze sposoby realizacji świadczeń. Personel dostrzegający potrzebę zmian, powinien być zachęcany do takiej inicjatywy i otrzymywać informację zwrotną dotyczącą skutku zgłoszenia.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia;
- 5) wyniki badania opinii personelu.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapewnia personelowi dostęp do informacji organizacyjnych umożliwiających sprawne wykonywanie obowiązków i możliwość zgłaszania potrzeby zmian zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Szpital nie zapewnia personelowi dostępu do informacji organizacyjnych umożliwiających sprawne wykonywanie obowiązków ani możliwości zgłaszania potrzeby zmian zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,25**

**JZ 3**

## **SZPITAL ZAPEWNIĄ KADRZE KIEROWNICZEJ I PERSONELOWI UZYSKANIE UMIEJĘTNOŚCI POSTĘPOWANIA W SYTUACJI TRUDNEJ.**

### 1. Opis wymagań

Problemy dotyczące interakcji i współdziałania w pracy czy zespole, a także sytuacje trudne, dotyczące pacjentów i ich bliskich, wymagają szczególnych umiejętności postępowania. W odniesieniu do pacjentów sytuacja trudna może dotyczyć np.:

- 1) braku spodziewanych efektów zabiegu lub leczenia;
- 2) złego wyniku leczenia;
- 3) niepomyślnego rokowania;
- 4) niespodziewanego zgonu;
- 5) konieczności wykonania autopsji;
- 6) pobrania narządów do transplantacji.

Konieczna jest wtedy znajomość narzędzi i posiadanie umiejętności, które będą pomocne w:

- 1) okazywaniu empatii i otwartości w stosunku do pacjenta lub jego rodziny;
- 2) prowadzeniu rozmowy w sposób zmniejszający napięcie i agresję;
- 3) inicjowaniu rozmowy z pacjentem lub jego bliskimi i wyjaśnieniu co się stało;
- 4) wyrażaniu współczucia, bez przesądzania o odpowiedzialności;
- 5) uważnym wysłuchaniu;
- 6) otwartym odpowiadaniu na pytania;
- 7) upewnieniu pacjenta i jego bliskich, o dążeniu do obiektywnego wyjaśnienia przyczyn niepożądanego efektu leczenia;
- 8) szybkim odpowiadaniu na próby kontaktu ze strony pacjenta lub jego bliskich.

Szpital zapewnia kadrze kierowniczej i personelowi szkolenie w zakresie umiejętności postępowania w sytuacji trudnej.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala, w tym dokumentacji szkolenia;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z pacjentami.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital zapewnia kadrze kierowniczej i personelowi uzyskanie umiejętności postępowania w sytuacji trudnej zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia kadrze kierowniczej i personelowi uzyskania umiejętności postępowania w sytuacji trudnej zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) szpital zapewnia szkolenia dla kadry kierowniczej i personelu w zakresie radzenia sobie z problemami dotyczącymi interakcji i współdziałania w pracy czy zespole;
- 2) szpital zapewnia szkolenia dla personelu w zakresie radzenia sobie w sytuacjach trudnych dotyczących pacjentów i ich bliskich, z uwzględnieniem braku spodziewanych efektów zabiegu lub leczenia;
- 3) szpital zapewnia szkolenia dla personelu w zakresie radzenia sobie w sytuacjach trudnych dotyczących pacjentów i ich bliskich z uwzględnieniem złego wyniku leczenia;
- 4) szpital zapewnia szkolenia dla personelu w zakresie radzenia sobie w sytuacjach trudnych dotyczącymi pacjentów i ich bliskich, z uwzględnieniem niepomyślnego rokowania;
- 5) szpital zapewnia szkolenia dla personelu w zakresie radzenia sobie w sytuacjach trudnych dotyczącymi pacjentów i ich bliskich, z uwzględnieniem niespodziewanego zgonu;
- 6) szpital zapewnia szkolenia dla personelu w zakresie radzenia sobie w sytuacjach trudnych dotyczącymi pacjentów i ich bliskich, z uwzględnieniem konieczności wykonania autopsji;
- 7) szpital zapewnia szkolenia dla personelu w zakresie radzenia sobie w sytuacjach trudnych dotyczącymi pacjentów i ich bliskich, z uwzględnieniem pobrania narządów do transplantacji;
- 8) szpital zapewnia szkolenia dla personelu w zakresie okazywania empatii i otwartości w stosunku do pacjenta lub jego rodziny;
- 9) szpital zapewnia szkolenia dla personelu w zakresie prowadzenia rozmowy w sposób zmniejszający napięcie i agresję;



- 10) szpital zapewnia szkolenia dla personelu w zakresie wyrażania współczucia, bez przesądzania o odpowiedzialności;
- 11) szpital zapewnia szkolenia dla personelu w zakresie uważnego wysłuchania;
- 12) szpital zapewnia szkolenia dla personelu w zakresie otwartego odpowiadania na pytania;
- 13) szpital zapewnia szkolenia dla personelu w zakresie upewnieniu pacjenta i jego bliskich, o dążeniu do obiektywnego wyjaśnienia przyczyn niepożądanego efektu leczenia;
- 14) szpital zapewnia szkolenia dla personelu w zakresie szybkiego i efektywnego odpowiadania na próby kontaktu ze strony pacjenta lub jego bliskich.

Co najmniej 60% stanowi 9 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,75**

**JZ 4**

## **SZPITAL PROWADZI PROGRAM ADAPTACJI ZAWODOWEJ.**

### **1. Opis wymagań**

Przygotowanie do wykonywania pracy, czyli adaptacja zawodowa powinna dotyczyć wszystkich nowo zatrudnionych, zarówno osób fizycznych jak i osób reprezentujących podmioty zewnętrzne, udzielające świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów cywilno-prawnych, a także personel medyczny w trakcie stażu i specjalizacji. Program adaptacji powinien zapewniać wiedzę o funkcjonowaniu szpitala, zapoznać z obowiązującymi zasadami i sposobami postępowania (adaptacja ogólna). Zatrudniani na nowych stanowiskach 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 szpitala.

Adaptacja obejmuje szkolenie z zakresu specyfiki pracy, a także zapoznanie z:

- 1) kierunkami rozwoju i strategią szpitala;
- 2) zakresem oferowanych świadczeń;
- 3) zakresem odpowiedzialności i uprawnień;
- 4) wytycznymi stosowania elektronicznego rekordu pacjenta i zabezpieczeń systemu informacyjnego;
- 5) Programem Akredytacji Szpitali Ministra Zdrowia;
- 6) szpitalnym programem poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta;
- 7) procedurami kontroli zakażeń;
- 8) topografią szpitala;
- 9) zasadami higieny i bezpieczeństwa pracy;
- 10) systemem oceniania i nagradzania personelu;
- 11) procedurami postępowania w przypadkach zdarzeń mnogich i masowych, a w szpitalach znajdujących się na liście jednostek wojewódzkiego planu działania systemu PRM także z postępowaniem w przypadku katastrof;
- 12) wytycznymi ochrony i bezpieczeństwa osobistego.

Zakres informacji powinien być adekwatny do przyszłej odpowiedzialności i roli w szpitalu.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z nowoprzyjętymi pracownikami;
- 4) wywiad w dziale kadr.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital prowadzi program adaptacji zawodowej zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie prowadzi programu adaptacji zawodowej zgodnie z wymogami standardu.

### 4. Kamienie milowe

- 1) szpital przeprowadza adaptację zawodową, polegającą na przygotowaniu do wykonywania pracy wszystkich nowozatrudnionych pracowników, osób fizycznych jak i osób reprezentujących podmioty zewnętrzne, udzielające świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów cywilno-prawnych a także personelu w trakcie stażu i specjalizacji;
- 2) program adaptacji zapewnia wiedzę o funkcjonowaniu szpitala oraz zapoznaje z obowiązującymi zasadami i sposobami postępowania (adaptacja ogólna);
- 3) program adaptacji przygotowuje do wykonywania powierzonych obowiązków pracowników zatrudnianych na nowych stanowiskach pracy (adaptacja stanowiskowa);
- 4) program adaptacji zakończony jest oceną pozwalającą stwierdzić, czy poziom umiejętności i wiedzy zatrudnionych odpowiada wymaganiom szpitala;
- 5) adaptacja obejmuje szkolenie z zakresu specyfiki pracy;
- 6) adaptacja obejmuje zapoznanie się z kierunkami rozwoju i strategią szpitala;
- 7) adaptacja obejmuje zapoznanie się z zakresem oferowanych świadczeń;
- 8) adaptacja obejmuje zapoznanie się z zakresem odpowiedzialności i uprawnień;
- 9) adaptacja obejmuje zapoznanie się z wytycznymi stosowania elektronicznego rekordu pacjenta;
- 10) adaptacja obejmuje zapoznanie się z wytycznymi zabezpieczeń systemu informatycznego;
- 11) adaptacja obejmuje zapoznanie się z zasadami akredytacji w ochronie zdrowia zgodnie z ustawą o jakości i bezpieczeństwie pacjenta;
- 12) adaptacja obejmuje zapoznanie się ze szpitalnym programem poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta;
- 13) adaptacja obejmuje zapoznanie się z procedurami kontroli zakażeń;
- 14) adaptacja obejmuje zapoznanie się z topografią szpitala;
- 15) adaptacja obejmuje zapoznanie się z zasadami higieny i bezpieczeństwa pracy;
- 16) adaptacja obejmuje zapoznanie się z systemem oceniania i nagradzania personelu;
- 17) adaptacja obejmuje zapoznanie się z procedurami postępowania w przypadkach zdarzeń mnogich i masowych, a w szpitalach znajdujących się na liście jednostek wojewódzkiego planu działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego także z postępowaniem w przypadku katastrof;
- 18) adaptacja obejmuje zapoznanie się z wytycznymi ochrony i bezpieczeństwa osobistego;
- 19) zakres informacji objętych w adaptacji jest adekwatny do przyszłej odpowiedzialności i roli w szpitalu.

Co najmniej 60% stanowi 12 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,25**

**JZ 5**

## **W SZPITALU OPRACOWANO SYSTEM ZASTĘPSTW I WZYWANIA PERSONELU W SYTUACJACH NAGŁYCH.**

### 1. Opis wymagań

Przez sytuacje nagłe rozumie się nieobecności w pracy, jak niespodziewane zwiększenie zapotrzebowania na realizację świadczeń np. na SOR lub IP, jak również zdarzenia losowe i sytuacje nadzwyczajne: pożar czy zdarzenie masowe. Zasady określające zastępstwa i wzywanie personelu powinny obejmować informację o możliwości bezpośredniego kontaktu telefonicznego. Informacja na temat zastępstw, wzywania, zadań i roli pracowników w sytuacjach nagłych powinna być znana personelowi.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad w dziale kadr.

## 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu opracowano system zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych zgodnie z wymogami standardu.
- 1 W szpitalu nie opracowano systemu zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych zgodnie z wymogami standardu.

**Waga standardu – 0,5**

**JZ 6**

## **SZPITAL PROWADZI BADANIE OPINII PERSONELU.**

### 1. Opis wymagań

Badanie opinii personelu dotyczy:

- 1) obszarów rozwoju osobistego;
- 2) środowiska pracy;
- 3) komunikacji z kierownictwem i współpracownikami;
- 4) relacji między personelem;
- 5) doświadczenia z opieki nad pacjentami;
- 6) etyki;
- 7) reagowania kierownictwa na zgłaszane potrzeby zmian;
- 8) możliwości pracy w oparciu o standardy.

Wyniki badania powinny podlegać analizie i służyć kierownictwu szpitala do opracowania wniosków i podejmowania stosownych działań. Badanie powinno być przeprowadzane co najmniej raz na trzy lata i obejmować wszystkie grupy zawodowe.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital prowadzi badanie opinii osób zatrudnionych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie prowadzi badania opinii osób zatrudnionych zgodnie z wymogami standardu.

### 4. Kamienie milowe

- 1) szpital prowadzi badanie opinii personelu;
- 2) badanie opinii personelu dotyczy obszarów rozwoju osobistego;
- 3) badanie opinii personelu dotyczy środowiska pracy;
- 4) badanie opinii personelu dotyczy komunikacji z kierownikiem i współpracownikami;
- 5) badanie opinii personelu dotyczy relacji między personelem;
- 6) badanie opinii personelu dotyczy doświadczenia z opieki nad pacjentami;

- 7) badanie opinii personelu dotyczy etyki;
- 8) badanie opinii personelu dotyczy reagowania kierownika na zgłaszane potrzeby zmian;
- 9) badanie opinii personelu dotyczy możliwości pracy w oparciu o standardy;
- 10) wyniki badania podlegają analizie i służą kierownikowi szpitala do opracowywania wniosków i podejmowania stosownych działań;
- 11) badanie przeprowadzane jest co najmniej raz na 3 lata;
- 12) badanie obejmuje wszystkie grupy zawodowe.

Co najmniej 60% stanowi 8 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,25**

**JZ 7**

## **SZPITAL PROWADZI POLITYKĘ STAŁEGO PODNOSZENIA KWALIFIKACJI OSÓB ZATRUDNIONYCH.**

W oparciu o zapotrzebowanie oraz plany szkoleń, szpital realizuje politykę podnoszenia kwalifikacji personelu. Każdy zatrudniony powinien mieć możliwość doskonalenia swoich umiejętności zgodnie z potrzebami szpitala w tym zakresie. Podnoszenie kwalifikacji dotyczy również poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki. Kierownik zatwierdza plany szkoleń oraz zapewnia środki na realizację szkoleń. Podnoszenie kwalifikacji obejmuje szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne. Szkolenia powinny dotyczyć zróżnicowanej tematyki, która obejmuje np. umiejętności:

- 1) szkolenia menadżerskie;
- 2) szkolenia w zakresie umiejętności miękkich;
- 3) wprowadzania nowych technik i procedur;
- 4) użytkowania nowego sprzętu i urządzeń;
- 5) postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia;
- 6) bezpiecznego stosowania aparatury medycznej;
- 7) kontroli zakażeń szpitalnych;
- 8) poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki.

Szpital zapewnia urlopy szkoleniowe, zgodnie z odrębnymi przepisami.

### **Kamienie milowe**

- 1) szpital realizuje politykę podnoszenia kwalifikacji personelu;
- 2) polityka podnoszenia kwalifikacji personelu prowadzona jest w oparciu o zapotrzebowanie oraz plany szkoleń;
- 3) osoba zatrudniona ma możliwość doskonalenia swoich umiejętności zgodnie z potrzebami szpitala w tym zakresie;
- 4) podnoszenie kwalifikacji dotyczy również poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki;
- 5) kierownik zatwierdza plany szkoleń;
- 6) kierownik zapewnia środki na realizację szkoleń;
- 7) podnoszenie kwalifikacji obejmuje szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne;
- 8) szkolenia dla personelu obejmują szkolenia menedżerskie;
- 9) szkolenia dla personelu obejmują szkolenia w zakresie umiejętności miękkich;
- 10) szkolenia dla personelu obejmują wprowadzania nowych technik i procedur;
- 11) szkolenia dla personelu obejmują użytkowanie nowego sprzętu i urządzeń;
- 12) szkolenia dla personelu obejmują postępowanie w stanach nagłego zagrożenia życia;
- 13) szkolenia dla personelu obejmują bezpieczne stosowanie aparatury medycznej;
- 14) szkolenia dla personelu obejmują kontrolę zakażeń szpitalnych;
- 15) szkolenia dla personelu obejmują poprawę jakości i bezpieczeństwa opieki;
- 16) szpital zapewnia urlopy szkoleniowe zgodnie z odrębnymi przepisami.

Co najmniej 60% stanowi 10 kamieni milowych.

## **SZPITAL ZAPEWNIĄ SZKOLENIA DLA OSÓB ZATRUDNIONYCH.**

### **1. Opis wymagań**

Szpital aktywnie zarządza procesem kształcenia personelu poprzez:

- 1) określenie potrzeb edukacyjnych dla poszczególnych grup zawodowych;
- 2) określenie rocznego planu szkoleń obowiązkowych i dodatkowych;
- 3) realizację planu szkoleń.

Kierownik szpitala posiada informacje dotyczące zidentyfikowanych potrzeb edukacyjnych i związanych z tym kosztów przed opracowaniem corocznych planów szkoleń, które powinny uwzględniać tematykę poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Kierujący oddziałami oraz kierownicy działów opracowują pisemny plan szkoleń na nadchodzący rok w oparciu o potrzeby szpitala i oczekiwania osób zatrudnionych. Szkolenia wewnętrzne personelu powinny być zaplanowane nie rzadziej niż raz na kwartał. Osoby zatrudnione w szpitalu powinny wymieniać między sobą informacje uzyskane na zjazdach i konferencjach naukowych, co stanowi istotny element szkoleń wewnętrznych.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital zapewnia szkolenia dla osób zatrudnionych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie zapewnia szkoleń dla osób zatrudnionych zgodnie z wymogami standardu.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) szpital aktywnie zarządza procesem kształcenia personelu poprzez określenie potrzeb edukacyjnych dla poszczególnych grup zawodowych;
- 2) szpital aktywnie zarządza procesem kształcenia personelu poprzez określenie rocznego planu szkoleń obowiązkowych i dodatkowych;
- 3) szpital aktywnie zarządza procesem kształcenia personelu poprzez realizację planu szkoleń;
- 4) kierownik szpitala posiada informacje dotyczące zidentyfikowanych potrzeb edukacyjnych i związanych z tym kosztów przed opracowaniem corocznych planów szkoleń, które powinny uwzględniać tematykę poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta;
- 5) kierujący oddziałami oraz kierownicy działów opracowują pisemny plan szkoleń na nadchodzący rok;
- 6) pisemny plan szkoleń, o którym mowa wyżej powstaje w oparciu o potrzeby szpitala i oczekiwania osób zatrudnionych;
- 7) szkolenia wewnętrzne personelu są zaplanowane nie rzadziej niż raz na kwartał;
- 8) osoby zatrudnione w szpitalu wymieniają między sobą informacje uzyskane na zjazdach i konferencjach naukowych, co stanowi istotny element szkoleń wewnętrznych.

Co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

## SZPITAL SKUTECZNIE DBA O INFRASTRUKTURĘ I JEJ STAN TECHNICZNY.

### 1. Opis wymagań

Dobry stan techniczny oraz zadbane infrastruktura szpitala zwiększają komfort pobytu pacjentów, bezpieczeństwo chorych, osób bliskich lub przedstawicieli ustawowych pacjenta, odwiedzających oraz osób zatrudnionych. Należy dążyć do bieżącej likwidacji zaniedbań dotyczących infrastruktury. Ocena stanu technicznego i naprawy powinny być prowadzone nie rzadziej niż raz w roku i obejmować:

- 1) otoczenie szpitala;
- 2) elewację zewnętrzną;
- 3) stolarkę okienną, drzwiową;
- 4) stan podłóg, ścian;
- 5) stan armatury sanitarnej;
- 6) zabezpieczenie instalacji;
- 7) inne elementy infrastruktury mające wpływ na bezpieczeństwo i komfort pobytu pacjentów.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z kierownikiem;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital dba o infrastrukturę i jej stan techniczny zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie dba o infrastrukturę i jej stan techniczny zgodnie z wymogami standardu.

### 4. Kamienie milowe

- 1) szpital dąży do bieżącej likwidacji zaniedbań dotyczących infrastruktury;
- 2) ocena stanu technicznego i naprawy są prowadzone nie rzadziej niż raz w roku;
- 3) ocena i naprawy, o których mowa w pkt 2, dotyczą otoczenia szpitala;
- 4) ocena i naprawy, o których mowa w pkt 2, dotyczą elewacji zewnętrznej;
- 5) ocena i naprawy, o których mowa w pkt 2, dotyczą stolarki okiennej, drzwiowej;
- 6) ocena i naprawy, o których mowa w pkt 2, dotyczą stanu podłóg, ścian;
- 7) ocena i naprawy, o których mowa w pkt 2, dotyczą stanu armatury sanitarnej;
- 8) ocena i naprawy, o których mowa w pkt 2, dotyczą zabezpieczenia instalacji;
- 9) ocena i naprawy, o których mowa w pkt 2, dotyczą innych elementów infrastruktury mających wpływ na bezpieczeństwo i komfort pobytu pacjentów.

Co najmniej 60% stanowi 6 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

## INFRASTRUKTURA SZPITALA JEST DOSTOSOWANA DO POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ.

### 1. Opis wymagań

Szpital zapewnia dogodne warunki korzystania ze swoich usług, zwracając szczególną uwagę na osoby z niepełnosprawnością. W przypadku osób z niepełnosprawnością konieczna jest likwidacja barier architektonicznych i stosowanie udogodnień, takich jak np. ścieżki, plany dotykowe, komunikaty dźwiękowe, aby umożliwić:

- 1) łatwe zaparkowanie samochodu;
- 2) dotarcie do oddziałów i administracji szpitala;
- 3) swobodne korzystanie z infrastruktury szpitalnej.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Infrastruktura szpitala nie jest dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

### 4. Kamienie milowe

- 1) szpital zapewnia dogodne warunki korzystania ze swoich usług likwidując bariery architektoniczne i stosując udogodnienia takie jak np. ścieżki, plany dotykowe lub komunikaty dźwiękowe umożliwiające łatwe zaparkowanie samochodu;
- 2) szpital zapewnia dogodne warunki korzystania ze swoich usług likwidując bariery architektoniczne i stosując udogodnienia takie jak np. ścieżki, plany dotykowe lub komunikaty dźwiękowe umożliwiające dotarcie do oddziałów i administracji szpitala;
- 3) szpital zapewnia dogodne warunki korzystania ze swoich usług likwidując bariery architektoniczne i stosując udogodnienia takie jak np. ścieżki/plany dotykowe lub komunikaty dźwiękowe umożliwiające swobodne korzystanie z infrastruktury szpitalnej.

Co najmniej 60% stanowią 2 kamienie milowe.

**Waga standardu – 0,25**

## SZPITAL WDROŻYŁ PROGRAM ZAPOBIEGANIA WYPADKOM I URAZOM.

### 1. Opis wymagań

Szpital powinien identyfikować istniejące zagrożenia i wdrożyć program zapobiegania wypadkom i urazom. Strategia zapobiegania ich wystąpieniu obejmuje:

- 1) oznakowanie miejsc mokrych lub śliskich;
- 2) zabezpieczenie przed porażeniem elektrycznym;
- 3) zabezpieczenie ostrych krawędzi;

- 4) instalowanie poręczy, uchwytów;
- 5) wyposażenie łóżek w barierki;
- 6) oświetlenie i oznakowanie stopni;
- 7) odśnieżanie dachów;
- 8) zakładanie nakładek przeciwślizgowych.

Program zapobiegania upadkom i urazom dotyczy pacjentów, osób odwiedzających oraz personelu.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) obserwacja bezpośrednia;
- 3) wywiad z personelem.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital wdrożył program zapobiegania wypadkom i urazom zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie wdrożył programu zapobiegania wypadkom i urazom zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) szpital identyfikuje istniejące zagrożenia zwiększające ryzyko wypadków i urazów;
- 2) szpital wdrożył program zapobiegania wypadkom i urazom;
- 3) strategia zapobiegania występowania upadków i urazów obejmuje oznakowanie miejsc mokrych lub śliskich;
- 4) strategia zapobiegania występowania upadków i urazów obejmuje zabezpieczenie przed porażeniem elektrycznym;
- 5) strategia zapobiegania występowania upadków i urazów obejmuje zabezpieczenie ostrych krawędzi;
- 6) strategia zapobiegania występowania upadków i urazów obejmuje instalowanie poręczy, uchwytów;
- 7) strategia zapobiegania występowania upadków i urazów obejmuje wyposażenie łóżek w barierki;
- 8) strategia zapobiegania występowania upadków i urazów obejmuje oświetlenie i oznakowanie stopni;
- 9) strategia zapobiegania występowania upadków i urazów obejmuje odśnieżanie dachów;
- 10) strategia zapobiegania występowania upadków i urazów obejmuje zakładanie nakładek przeciwślizgowych;
- 11) program zapobiegania upadkom i urazom dotyczy pacjentów;
- 12) program zapobiegania upadkom i urazom dotyczy osób odwiedzających oraz personelu.

Co najmniej 60% stanowi 8 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

**JZ 9**

## **SZPITAL OKREŚLIŁ ZASADY PRZECHOWYWANIA I BEZPIECZNEGO STOSOWANIA SUBSTANCJI I MATERIAŁÓW NIEBEZPIECZNYCH.**

### 1. Opis wymagań

Należy określić, jakie substancje i materiały niebezpieczne mogą stanowić zagrożenie dla pacjentów, osób odwiedzających lub personelu. W miejscu ich przechowywania i użytkowania należy zapewnić:



- 1) warunki przechowywania zgodne z zaleceniem producenta;
- 2) środki ochrony osobistej;
- 3) informacje dotyczące bezpiecznego użytkowania;
- 4) informacje dotyczące postępowania w wypadku np.: spożycia, poparzenia błon śluzowych, skóry.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital określił zasady przechowywania i bezpiecznego stosowania substancji i materiałów niebezpiecznych zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Zasady postępowania z substancjami i materiałami niebezpiecznymi nie zostały ustalone lub nie są przestrzegane.

**Waga standardu – 0,25**

**JZ 10**

## **W SZPITALU FUNKCJONUJE PLAN POSTĘPOWANIA NA WYPADEK ZDARZEŃ NADZWYCZAJNYCH.**

### 1. Opis wymagań

Zdarzenia nadzwyczajne na terenie szpitala, np. pożar, awaria systemu ciepłowniczego w okresie grzewczym, poważna awaria sieci wodno-kanalizacyjnej uniemożliwiająca eksploatację budynku, powódź, naruszenie konstrukcji, atak terrorystyczny, wymagają opracowania planu postępowania. Plan ten obejmuje:

- 1) określenie osób kierujących akcją i ich kompetencji;
- 2) zabezpieczenie niezbędnego sprzętu;
- 3) określenie sposobu postępowania i ewakuacji.

Plan powinien uwzględniać współdziałanie ze służbami zewnętrznymi np. Państwową Strażą Pożarną, Policją, przedsiębiorstwem usług komunikacyjnych i być tworzony we współpracy z tymi służbami.

Sposób sprawdzenia założeń planu obejmuje przeprowadzenie ćwiczebnej ewakuacji na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych. Ćwiczenia powinny być prowadzone corocznie i dostarczać wniosków do modyfikacji planu postępowania.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

### 3. Ocena punktowa

- 5 W szpitalu funkcjonuje plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 W szpitalu nie funkcjonuje plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych.

## 4. Kamienie milowe

- 1) szpital opracował plan postępowania na wypadek wystąpienia zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala;
- 2) plan postępowania jest opracowany do zdarzeń takich jak:
  - a) pożar,
  - b) awaria systemu ciepłowniczego w okresie grzewczym,
  - c) poważna awaria sieci wodno-kanalizacyjnej uniemożliwiająca eksploatację budynku,
  - d) powódź,
  - e) naruszenie konstrukcji,
  - f) atak terrorystyczny;
- 3) plan postępowania określa osoby kierujące akcją oraz ich kompetencje;
- 4) plan postępowania obejmuje zabezpieczenie niezbędnego sprzętu;
- 5) plan postępowania określa sposób postępowania i ewakuacji;
- 6) plan postępowania uwzględnia współdziałanie ze służbami zewnętrznymi, np. Państwową Strażą Pożarną, Policją;
- 7) plan postępowania jest tworzony we współpracy z wymienionymi służbami;
- 8) założenia planu postępowania są sprawdzane przez przeprowadzenie ćwiczebnej ewakuacji na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych;
- 9) ćwiczenia prowadzone są corocznie;
- 10) ćwiczenia dostarczają wniosków do modyfikacji planu postępowania.

Co najmniej 60% stanowi 6 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

JZ 11

## SZPITAL SPEŁNIA WYMOGI PRZECIWPOŻAROWE (STANDARD OBLIGATORYJNY).

### 1. Opis wymagań

Szpital powinien spełniać wymogi przeciwpożarowe, co jest udokumentowane. Ocena standardu uwzględnia m.in.: środki zabezpieczenia przeciwpożarowego, obecność czujników dymu, niezablokowane drogi ewakuacyjne i wyjścia awaryjne, oznakowanie dróg ewakuacyjnych, system komunikacji z Państwową Strażą Pożarną.

### 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

### 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital spełnia wymogi przeciwpożarowe.
- 3 Szpital realizuje zalecenia dotyczące spełniania wymogów przeciwpożarowych.
- 1 Szpital nie realizuje zaleceń dotyczących spełniania wymogów przeciwpożarowych i/lub obserwuje się zaniedbania w spełnianiu wymogów przeciwpożarowych.

**Waga standardu – 0,5**

## **SZPITAL POSIADA REGULARNIE SPRAWDZANE SYSTEMY ZABEZPIECZENIA AWARYJNEGO W ENERGIĘ ELEKTRYCZNĄ, WODĘ I GAZY MEDYCZNE.**

### **1. Opis wymagań**

Szpital posiada systemy zabezpieczenia awaryjnego, będące niezależnymi źródłami zasilania w:

- 1) energię elektryczną;
- 2) wodę;
- 3) gazy medyczne.

System zasilania awaryjnego w energię elektryczną służy do zapewnienia dostawy energii elektrycznej, gdy zanika napięcie w źródle podstawowym. Zabezpieczenie stałej dostawy energii elektrycznej jest szczególnie istotne w obszarach zabiegowych i opieki nad krytycznie chorymi; winno też obejmować sprzęt i urządzenia chłodnicze w serologii, laboratorium czy aptecę.

Szpital powinien określić zabezpieczenie w wodę na wypadek awarii, braku lub zanieczyszczenia wody. Pobór wody z miejskiej sieci wodociągowej nawet w przypadku dwóch różnych ujęć oznacza tożsame źródło zasilania w wodę i nie spełnia kryterium bezpieczeństwa w przypadku awarii. Podobnie jest w przypadku awaryjnego źródła zasilania w formie przepływowego, rezerwowego zbiornika wodnego zasilanego z tej samej sieci wodociągowej.

Gospodarka gazami medycznymi – lekami, wyrobami medycznymi powinna obejmować zasady nadzoru, bezpiecznego transportu i przechowywania, z uwzględnieniem terminu ważności użycia gazu oraz sprawności rozprężalni rezerwowej.

Systemy zasilania awaryjnego powinny być regularnie sprawdzane.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Szpital posiada systemy zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną, wodę i gazy medyczne zgodnie z wymogami standardu i są one regularnie sprawdzane.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych z każdego obszaru zabezpieczenia jest spełnionych).
- 1 Szpital nie posiada systemów zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną, wodę i gazy medyczne zgodnie z wymogami standardu lub nie są one regularnie sprawdzane.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego będący niezależnym źródłem zasilania w energię elektryczną;
- 2) zasilanie awaryjne w energię elektryczną zapewnia jej dostawę, gdy zanika napięcie w źródle podstawowym;
- 3) zasilanie awaryjne w energię elektryczną obejmuje obszary zabiegowe i opieki nad krytycznie chorymi;
- 4) zasilanie awaryjne w energię elektryczną obejmuje sprzęt i urządzenia chłodnicze w serologii, laboratorium i aptecę;
- 5) system zasilania awaryjnego w energię elektryczną jest regularnie sprawdzany;
- 6) regularne sprawdzanie systemu zasilania awaryjnego w energię elektryczną jest udokumentowane;
- 7) szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego będący niezależnym źródłem zasilania w wodę. Pobór wody z miejskiej sieci wodociągowej nawet w przypadku dwóch różnych ujęć

oznacza tożsame źródło zasilania w wodę i nie spełnia kryterium bezpieczeństwa w przypadku awarii. Podobnie jest w przypadku awaryjnego źródła zasilania w formie przepływowego, rezerwowego zbiornika wodnego zasilanego z tej samej sieci wodociągowej;

- 8) zabezpieczenie szpitala w wodę dostępne jest na wypadek awarii, braku lub zanieczyszczenia wody;
- 9) system zasilania awaryjnego w wodę jest regularnie sprawdzany;
- 10) regularne sprawdzanie systemu zasilania awaryjnego w wodę jest udokumentowane;
- 11) szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego będący niezależnym źródłem zasilania w gazy medyczne;
- 12) gospodarka gazami medycznymi – lekami, wyrobami medycznymi obejmuje zasady nadzoru, bezpiecznego transportu i przechowywania, z uwzględnieniem terminu ważności użycia gazu oraz sprawności rozprężalni rezerwowej;
- 13) system zasilania awaryjnego w gazy medyczne jest regularnie sprawdzany;
- 14) regularne sprawdzanie systemu zasilania awaryjnego w gazy medyczne jest udokumentowane.

Co najmniej 60% stanowi 9 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

**JZ 13**

## **URZĄDZENIA MEDYCZNE SĄ ZABEZPIECZANE I KONSERWOWANE W SPOSÓB PLANOWY.**

### **1. Opis wymagań**

Wszystkie urządzenia medyczne powinny podlegać ocenie sprawności i konserwacji według określonego harmonogramu. Częstotliwości przeglądów jest określona na podstawie zaleceń producenta sprzętu.

Realizacja zaplanowanych przeglądów powinna zostać udokumentowana, np. w systemach zarządzania aparaturą medyczną czy w formie adnotacji w paszportach technicznych.

Przeglądy konserwacyjne powinny być realizowane przez serwisy firmowe lub osoby o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach, potwierdzonych stosownym zaświadczeniem. Urządzenia używane sporadycznie podlegają także regularnym przeglądom i ocenie sprawności. Sprzęt, który uległ awarii jest wyraźnie i czytelnie oznakowany, a niesprawne urządzenia medyczne nie mogą być przechowywane w dotychczasowym miejscu użytkowania.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Urządzenia medyczne są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Urządzenia medyczne nie są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy zgodnie z wymogami standardu.

### **4. Kamienie milowe**

- 1) wszystkie urządzenia medyczne podlegają ocenie sprawności i konserwacji;
- 2) ocena sprawności i konserwacja przebiegają według określonego harmonogramu;
- 3) częstotliwość przeglądów określona jest na podstawie zaleceń producenta sprzętu;

- 4) realizacja zaplanowanych przeglądów jest udokumentowana, np. w systemie zarządzania aparaturą medyczną czy w formie adnotacji w paszportach technicznych;
- 5) przeglądy konserwacyjne realizowane są przez serwisy firmowe lub osoby o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach, potwierdzonych stosownym zaświadczeniem;
- 6) urządzenia używane sporadycznie również podlegają regularnym przeglądom i ocenie sprawności;
- 7) sprzęt, który uległ awarii jest wyraźnie i czytelnie oznakowany;
- 8) niesprawne urządzenia medyczne nie są przechowywane w dotychczasowym miejscu użytkowania.

Co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,5**

**JZ 14**

## **PERSONEL JEST PRZESZKOLONY NA TEMAT ZASAD BEZPIECZNEGO UŻYTKOWANIA SPRZĘTU I URZĄDZEŃ DO PRACY.**

### **1. Opis wymagań**

Personel obsługujący aparaturę medyczną, która może oddziaływać na stan zdrowia, powinien odbywać okresowe szkolenia dotyczące zasad bezpiecznej obsługi i ewentualnych zagrożeń płynących z niewłaściwego użytkowania aparatury medycznej. Wprowadzenie do użytkowania nowego sprzętu wymaga przeszkolenia osób obsługujących, co jest udokumentowane. Instrukcja obsługi w języku polskim powinna być łatwo dostępna dla personelu obsługującego urządzenia medyczne.

### **2. Sposób sprawdzenia**

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

### **3. Ocena punktowa**

- 5 Personel jest przeszkolony na temat zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu i urządzeń do pracy zgodnie z wymogami standardu.
- 1 Personel nie jest przeszkolony na temat zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu i urządzeń do pracy.

**Waga standardu – 0,5**

**JZ 15**

## **SZPITAL WDROŻYŁ POLITYKĘ ZARZĄDZANIA ODPADAMI.**

### **1. Opis wymagań**

Szpitalna polityka dotycząca odpadów powinna określać:

- 1) zasady postępowania z odpadami medycznymi, w tym:
  - a) nadzór nad właściwą segregacją,

- b) zasady transportu,
- c) zasady i warunki przechowywania i przekazywania;
- 2) działania w zakresie unieszkodliwiania, jeśli dotyczy;
- 3) ewidencjonowanie podejmowanych działań;
- 4) zasady kontroli wykonywania umów przez podmioty zewnętrzne.

## 2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji szpitala;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

## 3. Ocena punktowa

- 5 Szpital wdrożył politykę zarządzania odpadami zgodnie z wymogami standardu.
- 3 Szpital podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
- 1 Szpital nie wdrożył polityki zarządzania odpadami zgodnie z wymogami standardu.

## 4. Kamienie milowe

- 1) szpital opracował politykę dotyczącą odpadów;
- 2) polityka dotycząca odpadów określa zasady postępowania z odpadami medycznymi, uwzględniając nadzór nad właściwą segregacją;
- 3) polityka dotycząca odpadów określa zasady postępowania z odpadami medycznymi, uwzględniając zasady transportu;
- 4) polityka dotycząca odpadów określa zasady postępowania z odpadami medycznymi, uwzględniając zasady i warunki przechowywania;
- 5) polityka dotycząca odpadów określa zasady postępowania z odpadami medycznymi, uwzględniając zasady i warunki przekazywania;
- 6) polityka dotycząca odpadów określa działania w zakresie unieszkodliwiania, jeżeli dotyczy;
- 7) polityka dotycząca odpadów określa ewidencjonowanie podejmowanych działań;
- 8) polityka dotycząca odpadów określa zasady kontroli wykonywania umów przez podmioty zewnętrzne.

Co najmniej 60% stanowi 5 kamieni milowych.

**Waga standardu – 0,25**



# TERMINY I OKREŚLENIA





# Terminy i określenia

**ATC** – klasyfikacja anatomiczno-terapeutyczno-chemiczna. Polega na przypisaniu leków do odpowiednich grup anatomicznych, terapeutycznych i chemicznych i określeniu czynnej substancji chemicznej. Klasyfikacji ATC podlegają także środki i produkty stosowane w celach leczniczych.

**BMI** (*ang. Body Mass Index*) – współczynnik służący do obliczenia, czy proporcje masy ciała w stosunku do wzrostu są właściwe.

**CMJ, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia** – jednostka podległa Ministrowi Zdrowia, mająca za zadanie poprawę jakości usług medycznych w systemie ochrony zdrowia.

**DSS** (*ang. decision support system*) – system wspomagania decyzji - system dostarczający informacji i wiedzy, wykorzystywany przy podejmowaniu decyzji, głównie przez kierownictwo średniego i wysokiego szczebla.

**CDSS** – system wspomagania decyzji klinicznych (*ang. clinical decision support system*) system technologii informacyjnej w zakresie zdrowia, który ma na celu zapewnienie lekarzom i innym pracownikom służby zdrowia wsparcia w podejmowaniu decyzji klinicznych (CDS).

**EHR** – elektroniczny rekord pacjenta.

**Eksperyment medyczny** – wyróżnia się dwa rodzaje eksperymentów medycznych – eksperyment leczniczy i eksperyment badawczy. Eksperymentem leczniczym jest wprowadzenie przez lekarza nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej. Może być on przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody medyczne nie są skuteczne lub jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca. Eksperyment leczniczy ma więc na celu polepszenie zdrowia pacjenta i jest niekiedy jedyną szansą wyleczenia. Eksperymentem badawczym jest działanie mające na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej. Może być on przeprowadzany zarówno na osobach chorych, jak i zdrowych. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne wówczas, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu.

**EPA** (*ang. United States Environmental Protection Agency*) – Agencja Ochrony Środowiska Stanów Zjednoczonych.

**Europejska Rada Resuscytacji** – europejska organizacja zajmująca się opracowaniem zasad udzielania pierwszej pomocy i wprowadzania zaawansowanych technik zabiegów reanimacyjnych w oparciu o EBM.

**FSMP** (*ang. food for special medical purposes*) – żywność specjalnego przeznaczenia medycznego.

**IP** – izba przyjęć.

**ISOBAR** (*ang. Identification – Situation and status – Observation – Background and history – Assessment and action – Responsibility and risks*) – narzędzie służące do bezpiecznego przekazywania pacjenta pomiędzy poszczególnymi profesjonalistami, oddziałami, ośrodkami poprzez zastosowanie wystandaryzowanego zakresu i przekazu informacji.

**Katastrofa** – 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.

**Kamienie milowe** – kluczowe elementy zawarte w opisie wymagań, których wypełnienie w określonej części uprawnia do ustalenia, że standard został spełniony w części i pozwala na uzyskanie 3 punktów. Kamienie milowe określone dla pojedynczych standardów zawiera załącznik do niniejszych standardów.

**Kryteria Spauldinga** – klasyfikacja służąca do określenia rodzaju wymaganej dezynfekcji sprzętu medycznego.

**Off-label** – zastosowanie leku off-label polega na jego podaży niezgodnie z Kartą Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL) w zakresie m.in. dawki, drogi podania czy wskazań do stosowania.

**OKK** – Okołooperacyjna Karta Kontrolna – narzędzie służące do zmniejszania ryzyka okołozabiegowego.

**Osoba bliska** – użyte określenie oznacza małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.

**PDCA** (*ang. plan-do-check-act*): zaplanuj-wprowadź-sprawdź-działaj – schemat działania ukierunkowany na poprawę jakości.

**Personel** – pracownicy lub osoby zatrudnione w szpitalu. Dotyczy tak osób zatrudnionych na podstawie stosunku pracy, jak i umowę cywilno-prawną.

**Polipragmazja** – jednoczesne stosowanie co najmniej 2 leków, które nie dodają ani nie potencjalizują swoich efektów farmakologicznych, natomiast podczas ich jednoczesowego stosowania dochodzi do wzrostu ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych.

**PPS** (*ang. Point Prevalence Survey*) – Badanie Punktowe – badanie dotyczące występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną i stosowania antybiotyków.

**Profil PK/PD** – profil farmakokinetyczno-farmakodynamiczny obejmuje cechy leku w zakresie jego mechanizmu działania jak i parametry farmakokinetyczne wpływające na losy leku w ustroju.

**POCT** (*ang. point-of-care testing*) – badanie diagnostyczne wykonywane w miejscu opieki nad pacjentem.

**Przedłużony pobyt** – hospitalizacja, która trwa co najmniej dwukrotnie dłużej niż standardowy pobyt dla danej jednostki chorobowej.

**PUP** (przerwany ucisk pneumatyczny) – urządzenie służące do mechanicznej profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej.

**RCA** (*ang. root-cause analysis*) – analiza przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych, zwana też analizą przyczynowo-skutkową. Służy do określenia przyczyn i okoliczności które doprowadziły do zdarzenia.

**RCKiK** – regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

**Readmisja / powtórna hospitalizacja** – nieplanowane przyjęcie do szpitala do 30 dni od daty poprzedniego wypisu, jeżeli ostatnia (poprzednia) hospitalizacja nie była zakończona wskazaniem do powtórnego przyjęcia.

**Reoperacja** – nieplanowana, powtórna operacja; dokonanie naprawy koniecznej z powodu interwencji pierwotnej.

**SAC** (*ang. Safety Assessment Code*) – służy do oceny kategorii zagrożenia na podstawie ciężkości przypadku w połączeniu z oceną prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia i wskazuje, czy dla tego zdarzenia powinno się przeprowadzić analizę przyczyn źródłowych.

**SBAR** (*ang. Situation – Background – Assessment – Recommendation*) – protokół przekazywania informacji o pacjencie polegający na standaryzacji formy przekazu najważniejszych informacji w ramach oczekiwanych i znanych całemu personelowi ram komunikacyjnych. (S) situation: jasne, krótkie i zwięzłe określenie problemu; (B) background: istotne i krótkie informacje dotyczące sytuacji; (A) Assessment: ocena, analiza i rozważanie opcji; (R) Recommendation: rekomendacja, działanie, zalecenie.

**Skala ALDRETT'A** – określa kryteria przekazania pacjenta z sali nadzoru poznieczulenowego na oddział zabiegowy.

**Skala ASA** (*ang. American Society of Anesthesiology – Physical Status Classification System*) – klasyfikacja oceniająca ryzyko operacyjne związane z wystąpieniem poważnych powikłań lub zgonu pacjenta w czasie znieczulenia albo po nim.

**Skala DASAIM** (*ang. skala Danish Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine*) – skala oceniająca stan pacjenta po zabiegu i znieczuleniu i kwalifikująca go do przekazania z sali nadzoru poznieczuleniowego na oddział.

**Skala Euroscore** (*ang. European System for Cardiac Operative Risk Evaluation*) – skala oceny śmiertelności operacyjnej u pacjentów poddawanych zabiegom kardiochirurgicznym.

**Skala Goldmana** – ocena ryzyka okołoperacyjnego związanego z zabiegiem (ocena chirurgiczna, czyli rodzaj i tryb operacji), jak również związanego ze stanem klinicznym pacjenta poddawanego operacji i jego dotychczasową historią.

**Skala MEWS** (*ang. Modified Early Warning Score*) – zmodyfikowana skala wczesnego ostrzegania.

**Skala NEWS2** (*ang. National Early Warning Score*) – określa stopień choroby pacjenta i inicjuje interwencję w ramach intensywnej opieki.

**Skala PADSS** (*ang. Post Anaesthetic Discharge Scoring System*) – skala używana do oceny stanu pacjenta przed wypisem ze szpitala do domu.

**Skala POSSUM** (*ang. Physiologic and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity*) – służy do oceny ryzyka powikłań i zgonów w zależności od wykonywanej procedury chirurgicznej i stanu chorego przed zabiegiem operacyjnym.

**SLL** (Szpitalna Lista Leków) – spis leków usystematyzowanych zgodnie z międzynarodową klasyfikacją ATC.

**SOP** (*ang. Standard Operating Procedure*) – Standardowa Procedura Operacyjna; wskazuje sposób postępowania diagnostycznego i leczniczego, oparty na aktualnej wiedzy medycznej i dostosowany do warunków lokalnych.

**SOR** – szpitalny oddział ratunkowy.

**Stan nagły lub stan nagłego zagrożenia zdrowotnego** – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

**Symulacja ćwiczebna na wypadek zdarzeń masowych i katastrof** – doskonalenie umiejętności praktycznych personelu szpitala według określonego scenariusza.

**System All-in-One** (AIO) – system jednego pojemnika czyli „Wszystko w Jednym” – jednoczasowa podaż wszystkich składników z jednego pojemnika, jednym dostępem żylnym.

**System Two-in-One** („Dwa w Jednym”) – równoległe podawanie z dwóch różnych pojemników mieszaniny: aminokwasów z glukozą, elektrolitami i pierwiastkami śladowymi oraz mieszaniny emulsji tłuszczowej z witaminami. System stosowany zwykle w żywieniu pozajelitowym dzieci i noworodków, a w szczególnych przypadkach również dorosłych.

**Szpital** – szpital w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, w którym podmiot leczniczy ubiegający się o udzielenie akredytacji wykonuje działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne.

**TAT** (*ang. Turn-Around-Time*) – czas pomiędzy zleceniem badania, a otrzymaniem wyniku.

**Telefoniczna Informacja Pacjenta** – serwis informacyjny czynny 24 godziny na dobę; pod numerem 800-190-590 zapewnia informacje na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w kraju.

**URPL** – Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

**Waga standardu** – wartość mnożnika dla uzyskanych punktów wynikająca ze stopnia, w jakim dany standard oddziałuje na bezpieczeństwo pacjenta i personelu. W odniesieniu do standardów ważonych 0,75 (istotne, ale kosztowne lub trudne we wdrożeniu) oraz 0,5 (formalne i proceduralne, ale ważne dla tworzenia kultury jakości w szpitalu) stosuje się wskazany przelicznik ważony dla punktacji 1 i 3, zaś w odniesieniu do punktacji 5 stosuje się przelicznik ważony 1.

**WHO** (ang. *World Health Organization*) – Światowa Organizacja Zdrowia.

**Zdarzenie masowe** – 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.

**Zdarzenie mnogie** – 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.

**Zdarzenie niepożądane, które dosięgnęło pacjenta i wywołało szkodę** – zdarzenie niepożądane, w wyniku którego pacjent ponosi szkodę. Szkoła oznacza fizyczne lub funkcjonalne upośledzenie organizmu lub wszelkie wynikające z tego szkodliwe konsekwencje (inaczej zdarzenie niepożądane ze szkodą).

**Zdarzenie niepożądane, które dosięgnęło pacjenta i nie wywołało szkody** – zdarzenie niepożądane, które wystąpiło i mogło spowodować fizyczne lub funkcjonalne upośledzenie organizmu lub wszelkie wynikające z tego szkodliwe konsekwencje, lecz ich nie spowodowało (inaczej zdarzenie niepożądane bez szkody).

**Zdarzenie niepożądane niedoszłe, czyli zdarzenie które nie dosięgnęło pacjenta** – zdarzenie niepożądane, które mogło się wydarzyć, ale nie wystąpiło dzięki na czas podjętemu lub zaniechanemu działaniu (inaczej zdarzenie niepożądane niedoszłe).

**Zespół wspierający opiekę paliatywną** – zapewnia specjalistyczną wiedzę i wsparcie dla oddziałów szpitalnych w zakresie prawidłowego prowadzenia opieki nad pacjentami w stanach paliatywnych.

**Zgon okołozabiegowy/okołooperacyjny** – zgon, który wystąpił w czasie pobytu w szpitalu, w okresie od znieczulenia do wypisu.

**ZWR** (Zespół Wczesnego Reagowania) – wyspecjalizowany zespół medyczny, stanowiący element organizacyjny szpitala umożliwiający niezwłoczną identyfikację pacjentów zagrożonych gwałtownym pogorszeniem stanu zdrowia lub zatrzymaniem krążenia/oddychania oraz ich szybkie leczenie.

## AKTY PRAWNE

Ustawa o prawach pacjenta – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

Ustawa o działalności leczniczej – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799).

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty – ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287).

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy – ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 424, z późn. zm.).

Ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta – ustawa z dnia z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692).

# KOMUNIKATY CMJ





# PRZEWODNIK DLA WIZYTATORÓW I PODMIOTÓW LECZNICZYCH

## Wyłączanie standardów akredytacyjnych z oceny

### 1. Wstęp

Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne<sup>1</sup> istnieje możliwość wyłączenia z oceny wybranych standardów akredytacyjnych.

Wyłączenie standardów z oceny akredytacyjnej może nastąpić w dwóch sytuacjach:

- standardy zostają wyłączone z oceny na wniosek podmiotu ubiegającego się o udzielenie akredytacji,
- standardy nie mają zastosowania do podmiotu wnioskującego o udzielenie akredytacji, ze względu na zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Decyzja Rady Akredytacyjnej o umożliwieniu wyłączenia niektórych standardów z oceny akredytacyjnej na wniosek podmiotu leczniczego wynika z potrzeby elastycznego podejścia do specyfiki działalności poszczególnych szpitali.

Standardy akredytacyjne mają za zadanie wspierać podmioty lecznicze w podnoszeniu jakości świadczonych usług. Jednakże nie każdy szpital prowadzi działalność w pełnym zakresie objętym standardami. Takie podejście pozwala zmotywować szpitale do przyjmowania standardów dobrowolnych, które, choć nieobowiązkowe, odgrywają ważną rolę w zapewnieniu jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta.

Standardy dobrowolne są w założeniu elementem innowacyjnym i wymagają od szpitali większego zaangażowania, zarówno organizacyjnego, jak i finansowego. Ich wdrożenie wykracza poza podstawowe wymagania akredytacyjne, co:

- podkreśla dążenie (ambicję) szpitala do ciągłego doskonalenia jakości,
- wskazuje na szczególną troskę o wdrażanie kultury jakości i bezpieczeństwa,
- buduje prestiż placówki jako nowoczesnej i dbającej o najwyższe standardy opieki nad pacjentem.

Przyjęcie takiego podejścia daje szpitalom możliwość indywidualnego kształtowania strategii rozwoju jakości. Ponadto, możliwość składania wniosku o wyłączenie wybranych standardów zachęca podmioty lecznicze do bardziej świadomego podejścia do procesu akredytacji - szpitale mogą skoncentrować swoje zasoby na działaniach przynoszących największe korzyści dla pacjentów.

### 2. Procedura wyłączenia standardu z oceny:

W obu opisanych sytuacjach standardy nie są oceniane i nie będą ujęte w ocenie końcowej z przeglądu akredytacyjnego.

---

1. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne (Dz. Urz. MZ z 2024 r. poz. 73)



**W pierwszej sytuacji, decyzję o wyłączeniu z oceny podejmuje podmiot ubiegający się o akredytację.** Wniosek w tym zakresie należy złożyć przed przeglądem akredytacyjnym na formularzu udostępnionym przez CMJ. Podmiot może wnioskować o wyłączenie całej grupy standardów lub pojedynczych z listy, o której mowa poniżej. Uzasadnienie decyzji nie jest wymagane.

W drugim przypadku, decyzję o wyłączeniu podejmuje ośrodek akredytacyjny na podstawie formularza samooceny podmiotu wnioskującego. Zasadność wyłączenia standardów z oceny weryfikuje zespół wizytujący podmiot leczniczy na podstawie przesłanek merytorycznych. Wyłączenie standardu musi posiadać uzasadnienie, które zostanie zawarte w raporcie końcowym z przeglądu akredytacyjnego.

### **3. Lista standardów akredytacyjnych możliwych do wyłączenia na wniosek podmiotu:**

#### **CO 8: Szpital zapewnia opiekę w razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta po wypisie**

Standard odnosi się do konieczności zapewnienia pacjentowi, który został wypisany po operacji lub zabiegu, możliwości szybkiej konsultacji lub ponownej hospitalizacji, jeśli stan zdrowia pacjenta się pogorszy.

#### **PP 13: Szpital zapewnia możliwość korzystania z opieki duchowej**

Standard wymaga od szpitala zapewnienia pacjentom możliwość korzystania z opieki duchowej, co obejmuje zaspokojenie potrzeb egzystencjalnych takich jak poszukiwanie sensu życia, nadzieja, uszanowanie godności i realizacja osobistych wartości. Standard ten szczególnie dotyczy pacjentów w zaawansowanym stadium choroby, w stanie terminalnym oraz ich bliskich.

#### **LŻ 7: W szpitalu stosowana jest żywność specjalnego przeznaczenia medycznego**

W myśl standardu, apteka szpitalna zapewnia dostęp do leków i preparatów do żywienia pozajelitowego oraz dojelitowego, w tym żywności specjalnego przeznaczenia medycznego (FSMP). FSMP jest stosowana pod nadzorem lekarza i służy pacjentom m.in. z zaburzeniami przyjmowania lub trawienia zwykłej żywności oraz innymi wymaganiami żywieniowymi. Jej zastosowanie umożliwia szybkie rozpoczęcie leczenia żywieniowego, zwiększenie masy ciała, zmniejszenie liczby powikłań i skrócenie czasu hospitalizacji.

#### **LŻ 9: W szpitalu funkcjonuje poradnictwo żywieniowe**

Szpital, zgodnie z wymogiem standardu, powinien zapewnić konsultacje dietetyka, aby doradzać pacjentom w zakresie żywienia i diet.

#### **KZ 4.5: Szpital wykorzystuje powierzchnie przeciwdrobnoustrojowe**

Standard ten odnosi się do konieczności stosowania powierzchni o właściwościach przeciwdrobnoustrojowych w obszarach wzmożonego nadzoru sanitarnego oraz często dotykanych przez personel i pacjentów. Powierzchnie te powinny być wykonane ze stopów metali takich jak miedź, mosiądz czy brąz.

#### **BP 4: Szpital wdrożył skuteczne metody komunikacji wśród personelu medycznego**

Standard dotyczy konieczności zapewnienia skutecznej komunikacji między zespołami terapeutycznymi, dla zapewnienia bezpiecznego przebiegu hospitalizacji. Wymaga to stosowania uznanych metod komunikacji, takich jak SBAR czy ISOBAR. Szpital zapoznaje personel z tymi metodami, wprowadza je do programu adaptacji nowych pracowników oraz ocenia skuteczność komunikacji w badaniach opinii personelu.

#### **ZŻ 7: W szpitalu funkcjonuje system wczesnego reagowania na zagrożenie nagłego pogorszenia stanu zdrowia**

Standard punktowany w ramach standardów ZŻ 7.1 oraz ZŻ 7.2, odnoszący się do funkcjonowania w szpitalu systemu powiadamiania ratunkowego, dla szybkiej identyfikacji pacjentów zagrożonych gwałtownym pogorszeniem stanu zdrowia w celu wdrożenia optymalnego planu postępowania.

##### **ZŻ 7.1: Szpital wdrożył system wczesnej identyfikacji pacjentów zagrożonych nagłym pogorszeniem stanu zdrowia**

System opisany w standardzie nakłada na szpital konieczność wprowadzenia systemu wczesnego powiadamiania ratunkowego, który umożliwia pielęgniarkom i lekarzom szybkie identyfikowanie pacjentów zagrożonych pogorszeniem stanu zdrowia lub nagłym zatrzymaniem krążenia. Monitorowanie czynności życiowych, takich jak częstość oddechów, częstotliwość rytmu serca, ciśnienie krwi, temperatura ciała i stan świadomości, powinno odbywać się regularnie. System obejmuje również kryteria powiadamiania lekarza dyżurnego i wzywania zespołu interwencyjnego.

##### **ZŻ 7.2: W szpitalu funkcjonuje interwencyjny zespół wczesnego reagowania (ZWR)**

Szpital powinien powołać zespół interwencyjny (ZWR) z jasno określonymi celami, zadaniami, składem i kryteriami skuteczności. Zespół ten ma na celu zmniejszenie liczby resuscytacji, zapobieganie nieplanowanym przyjęciom do intensywnej terapii oraz poprawę opieki nad pacjentami w stanie krytycznym. Do jego zadań należy całodobowe konsultowanie i podejmowanie decyzji diagnostyczno-terapeutycznych oraz pomoc w opiece nad pacjentami wypisanymi z intensywnej terapii. Skuteczność działania zespołu zapewnia m.in. wyznaczenie koordynatora i składu osobowego, ustalenie zasad współpracy i wprowadzenie protokołu SBAR do komunikacji.

#### **4. Lista standardów akredytacyjnych możliwych do wyłączenia z oceny ze względu na zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (gdy nie mają zastosowania do podmiotu wnioskującego):**

<b>Symbol i nr standardu</b>	<b>Treść standardu</b>
<b>CO 1</b>	Szpital wdrożył rozwiązania służące do zarządzania ruchem pacjentów.
<b>CO 7</b>	Szpital wdrożył zasady komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie.
<b>PP 3</b>	Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na przeprowadzenie znieczulenia.

Symbol i nr standardu	Treść standardu
PP 4	Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na udział w eksperymencie medycznym.
LA 4	Szpital zapewnia jakość badań wykonywanych w miejscu opieki nad pacjentem.
DO 3	Pacjenci są objęci ochroną radiologiczną.
DO 4	Personel jest objęty ochroną radiologiczną i stosuje indywidualne środki ochrony.
DO 5	W szpitalu regularnie wykonuje się testy kontroli jakości.
DO 6	W pracowniach wykonuje się analizę badań powtórzonych.
DO 7	Szpital organizuje konsultacje radiologiczno-kliniczne.
DO 8	W pracowni przeprowadza się ocenę zgodności opisów wykonywanych badań.
DO 9	Szpital zapewnia konsultacje wyników badań obrazowych.
PAT 1	<b>Szpital wykonuje śródoperacyjne badania histopatologiczne.</b> (standard obligatoryjny)
PAT 2.1	Skierowanie na badanie patomorfologiczne zawiera istotne informacje i dane kliniczne.
PAT 2.2	Materiał do diagnostyki patomorfologicznej jest prawidłowo utrwalany.
PAT 2.3	Materiał do badań patomorfologicznych jest prawidłowo zabezpieczony i przekazywany.
ZŻ 1	Szpital jest przygotowany na przyjęcie pacjenta w ciężkim stanie zdrowia.
ZŻ 6	W szpitalu prowadzona jest analiza czynności resuscytacyjnych.
ZŻ 8.1	Szpital przeprowadza ćwiczebną symulację na wypadek zdarzeń masowych i katastrof.
OP 4	<b>Szpital wdrożył procedurę przetaczania krwi i jej składników.</b> (standard obligatoryjny)
OP 8	Szpital wdrożył zasady opieki nad pacjentami w stanach terminalnych.
ZZ 1	Operator kwalifikuje i proponuje sposób przeprowadzenia zabiegu.
ZZ 1.1	Przed operacją oceniane jest ryzyko związane z zabiegiem.
ZZ 2	Przed znieczuleniem ogólnym lub regionalnym pacjent jest badany przez anestezjologa.
ZZ 2.1	Przed znieczuleniem do zabiegów planowych, pacjent jest konsultowany w poradni anestezjologicznej.
ZZ 2.2	Przed zabiegiem oceniane jest ryzyko związane ze znieczuleniem.
ZZ 3	Parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i dokumentowane w trakcie trwania zabiegu.

<b>Symbol i nr standardu</b>	<b>Treść standardu</b>
<b>ZZ 4</b>	Anestezjolog ocenia stan pacjenta po zabiegu.
<b>ZZ 5</b>	W szpitalu określono odpowiedzialność za opiekę pooperacyjną.
<b>ZZ 6</b>	Raport z przebiegu zabiegu zawiera:
<b>ZZ 6.1</b>	informacje dotyczące zespołu operującego,
<b>ZZ 6.2</b>	informacje dotyczące zespołu prowadzącego znieczulenie,
<b>ZZ 6.3</b>	opis wykonanego zabiegu,
<b>ZZ 6.4</b>	opis pobranego materiału,
<b>ZZ 6.5</b>	rozpoznanie pooperacyjne.
<b>ZZ 7</b>	W szpitalu funkcjonuje sala nadzoru poznieczuleniowego.
<b>ZZ 8</b>	Sprzęt używany do znieczulania i zabiegów podlega systematycznym przeglądom.
<b>ZZ 9</b>	W salach operacyjnych funkcjonuje system zabezpieczający personel przed działaniem wziewnych środków znieczulających.
<b>ZZ 10</b>	W sali operacyjnej funkcjonuje system zapewniający komfort termiczny i czystość mikrobiologiczną powietrza.
<b>ZZ 11</b>	Szpital analizuje przebieg i skutki znieczuleń.
<b>ZZ 12</b>	Szpital analizuje przebieg i bieżące skutki zabiegów.
<b>FA 5.1</b>	Szpital zapewnia warunki do właściwego przygotowania i podawania leków wymagających szczególnych zasad bezpieczeństwa.
<b>LŻ 1</b>	Szpital nadzoruje leczenie żywieniowe.
<b>LŻ 2</b>	W szpitalu stosuje się terapie żywieniowe zgodne z potrzebami pacjentów.
<b>LŻ 3</b>	Szpital monitoruje wyniki i powikłania terapii żywieniowych.
<b>LŻ 4</b>	Żywnienie pozajelitowe jest przygotowywane i podawane w sposób bezpieczny.
<b>KZ 2.2</b>	W szpitalu wdrożono okołozabiegową profilaktykę antybiotykową.
<b>KZ 4.1</b>	Szpital zapewnia sterylne wyroby medyczne wielokrotnego użytku.
<b>KZ 4.2</b>	Szpital wdrożył zasady postępowania z narzędziami chirurgicznymi.
<b>KZ 4.3</b>	Szpital zapewnia bezpieczeństwo wykonywanych badań endoskopowych.
<b>KZ 4.4</b>	Szpital stosuje barierową, jednorazową bieliznę operacyjną.

Symbol i nr standardu	Treść standardu
<b>PJ 4</b>	Szpital analizuje przyczyny przedłużonego pobytu pacjentów.
<b>PJ 6</b>	Oddziały zabiegowe analizują nieplanowe, powtórne zabiegi.
<b>PJ 8.2</b>	Szpital analizuje przyczyny zgonów okołozabiegowych.
<b>BP 3</b>	<b>Szpital minimalizuje ryzyko wykonywanych zabiegów.</b> (standard obligatoryjny)
<b>JO 11.1</b>	Dojazd i dojście do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć są dogodne i dobrze oznakowane.

## 5. Zasady punktowania.

Standardy akredytacyjne, które nie mają zastosowania do podmiotu wnioskującego o udzielenie akredytacji (wyłączone z oceny), nie są oceniane i nie są ujęte w ocenie z przeglądu akredytacyjnego.

Wyłączenie standardu powoduje zmniejszenie mianownika tzn. maksymalnej liczby punktów możliwych do uzyskania w trakcie wizytacji.

Uwzględnienie standardu powoduje zwiększenie mianownika tzn. maksymalnej liczby punktów możliwych do uzyskania w trakcie wizytacji.

# PRZEWODNIK DLA WIZYTATORÓW I PODMIOTÓW LECZNICZYCH

Instrukcja przygotowania dokumentacji medycznej do przeglądu akredytacyjnego na zgodność ze standardami akredytacyjnymi<sup>2,3</sup> wydanymi na podstawie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta<sup>1</sup>.

## 1. Wstęp

Dokument ma na celu wyjaśnienie zasad oceny dokumentacji medycznej, które będą obowiązywać podczas przeglądów akredytacyjnych, w związku ze zmianami w przepisach dotyczących akredytacji podmiotów leczniczych<sup>1</sup> oraz wprowadzeniem nowych standardów akredytacyjnych<sup>2,3</sup>.

Standardy akredytacyjne zostały opracowane w celu podnoszenia jakości opieki zdrowotnej oraz zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów, a dokumentacja medyczna stanowi istotne źródło informacji o udzielanych świadczeniach zdrowotnych i sposobie postępowania z pacjentem w podmiocie leczniczym. Z tego względu ocena indywidualnej dokumentacji medycznej jest ważnym elementem oceny akredytacyjnej.

Wszystkie podmioty lecznicze przystępujące do procesu akredytacji powinny być świadome wymagań dotyczących prowadzenia i oceny dokumentacji medycznej.

## 2. Zakres dokumentacji medycznej podlegającej ocenie

Zakres (okres) dokumentacji medycznej podlegający ocenie podczas przeglądu akredytacyjnego zależy od tego, czy podmiot wnioskujący przystępuje do procedury akredytacyjnej **po raz pierwszy**, czy też **odnawia certyfikat akredytacyjny**.

### a. W przypadku podmiotów przystępujących do procedury akredytacyjnej po raz pierwszy:

- dokumentacja medyczna poddawana ocenie obejmuje okres od momentu złożenia wniosku o akredytację do czasu przeprowadzenia przeglądu akredytacyjnego.
- okres ten nie może być jednak krótszy niż 6 miesięcy.

Decyzji ta związana jest z regulacją zawartą w ustawie o jakości<sup>1</sup> tj. wymogiem dołączenia oświadczenia o spełnianiu standardów akredytacyjnych. Oświadczenie to stanowi potwierdzenie, że standardy te zostały wdrożone, a dokumentacja jest prowadzona zgodnie z wymogami w nich zawartymi.

### b. W przypadku podmiotów odnawiających akredytację:

- dokumentacja medyczna, która będzie podlegała ocenie, mieścić się będzie w ramach czasowych od daty wydania ostatniego certyfikatu do dnia przeglądu akredytacyjnego.
- oznacza to, że ocenie podlegać będzie dokumentacja wytworzona w całym okresie ważności certyfikatu, tj. od daty wydania poprzedniego certyfikatu akredytacyjnego do czasu przeprowadzenia ponownego przeglądu akredytacyjnego.

Status podmiotu	Pierwszy raz w procesie akredytacji	Odnawiający certyfikat akredytacyjny
Okres dokumentacji podlegający ocenie	Od momentu złożenia wniosku do dnia przeglądu (nie krócej niż 6 miesięcy)	Od daty wydania ostatniego certyfikatu do dnia przeglądu

### 3. Dodatkowe wytyczne dot. oceny dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych

W związku z wejściem w życie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta<sup>1</sup> oraz wydaniem na jej podstawie nowych standardów akredytacyjnych<sup>2,3</sup>, informujemy, że wszystkie podmioty lecznicze, które przystępują do przeglądu akredytacyjnego na zgodność z tymi standardami, **będą traktowane jako podmioty przystępujące do przeglądu po raz pierwszy**.

Oznacza to, że ocenie będzie podlegała dokumentacja medyczna zgromadzona od momentu złożenia wniosku o akredytację, przy czym okres ten nie może być krótszy niż 6 miesięcy.

Powyższe dotyczy również podmiotów, które wcześniej posiadały certyfikat akredytacyjny (wydany na podstawie uchylonej ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia<sup>4</sup>), ale przystępują do przeglądu na podstawie nowych standardów (wydanych na podstawie obowiązującej ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta).

### 4. Podsumowując:

Podmioty lecznicze przygotowujące się do przeglądu akredytacyjnego powinny zwrócić uwagę na zasady oceny dokumentacji medycznej. Okres, za jaki dokumentacja medyczna jest oceniana podczas przeglądu akredytacyjnego, jest różny dla podmiotów przystępujących do procedury po raz pierwszy i dla tych, które odnawiają akredytację. W pierwszym przypadku jest to okres od złożenia wniosku (nie krótszy niż 6 miesięcy), a w drugim - cały okres ważności poprzedniego certyfikatu.

Ponadto przyjęto założenie, że wszystkie podmioty przystępujące do przeglądu na zgodność z nowymi standardami<sup>2,3</sup> będą traktowane jak przystępujące do procesu po raz pierwszy.

Ważne jest, aby podmioty lecznicze, zarówno te ubiegające się o akredytację po raz pierwszy, jak i te, które ją odnawiają, prowadziły dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi standardami i wytycznymi, ponieważ jest ona kluczowym elementem oceny w procesie akredytacyjnym.

- 
1. Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692)
  2. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne (Dz. Urz. MZ z 2024 r. poz. 73).
  3. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. MZ z 2024 r. poz. 145).
  4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 2135).



ul. Bobrzyńskiego 12  
30-348 Kraków  
[www.cmj.gov.pl](http://www.cmj.gov.pl)

ISBN: 978-83-974556-1-0