



PROGRAM AKREDYTACJI

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

zestaw standardów

ZESTAW STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

W opracowaniu standardów akredytacyjnych w 2002 roku brali udział:

Michał Bedlicki
Jan Ciećkiewicz
Anna Dzioba
Elżbieta Ganczarska
Maciej Godycki Ćwirko
Agnieszka Jankowska Zduńczyk
Rafał Kacorzyk
Dorota Kiedik
Kacper Krawczyk
Zbigniew J. Król
Halina Kutaj-Wąsikowska
Barbara Kutryba
Rafał Niżankowski
Mirośław Piotrowski
Grzegorz Piskunowicz
Ewa Pomykalska
Marek Słomski
Tomasz Tomasik
Adam Windak
Jan Wolańczyk

Standardy akredytacyjne w 2010 roku znowelizowali:

Michał Bedlicki
Ewa Dudzik-Urbaniak
Jerzy Hennig
Halina Kutaj-Wąsikowska
Barbara Kutryba
Rafał Niżankowski
Mirośław Piotrowski
Jan Wolańczyk

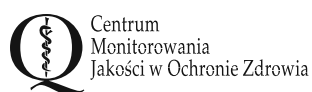
Redakcja

Ewa Dudzik-Urbaniak

© CMJ 2011 – wydanie wznowione 2016

Wydawca

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



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



egzemplarz bezpłatny

Program Akredytacji Podstawowej Opieki Zdrowotnej został po raz pierwszy w Polsce opracowany w 2002 roku przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Narzędziem oceny akredytacyjnej są standardy, określone w mechanizmie konsensusu we współpracy z najważniejszymi organizacjami i towarzystwami medycznymi. Standardy akredytacyjne dla Podstawowej Opieki Zdrowotnej zostały opracowane przez trzy współdziałające organizacje: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej. Zapoczątkowało to zewnętrzną ocenę jakości tego obszaru ochrony zdrowia.

Wymogi akredytacyjne w formie standardów dotyczą kluczowych obszarów udzielania świadczeń w poszczególnych jednostkach POZ m.in.: bezpieczeństwa, wszechstronności opieki, zapewnienia ciągłości świadczeń pomiędzy różnymi podmiotami sprawującymi opiekę nad pacjentem, promocji i edukacji zdrowotnej oraz jakości dokumentacji medycznej. Realizacja wymogów standardów wymaga zaangażowania całej kadry medycznej w działania dla poprawy jakości.

Znowelizowany zestaw standardów akredytacyjnych dla POZ został wprowadzony 7 kwietnia 2011 roku. Zawiera on 123 punktowane standardy, zgrupowane w 8 działach wszechstronnie obejmujących funkcjonowanie jednostki i odpowiadających kluczowym obszarom udzielania świadczeń w zakresie medycyny rodzinnej. Standardy promują sprawną organizację, respektowanie oczekiwań i opinii pacjenta oraz refleksję nad właściwym sposobem postępowania i jego doskonaleniem. Wszystkim świadczeniodawcom stwarzają możliwość sprawdzenia jak pracują. Zestaw standardów akredytacyjnych dla POZ jest ofertą nakierowaną na twórcze kształtowanie lokalnych rozwiązań, a także na dokonywanie pomiaru i prowadzenie analizy własnej działalności medycznej.

Mamy nadzieję, że dostosowanie dotychczasowej praktyki do wymogów standardów przyczyni się do modyfikacji kultury organizacyjnej w POZ, poprzez stopniową zmianę świadomości profesjonalistów medycznych i kadry zarządzającej oraz korzystnie wpłynie na zadowolenie pacjentów ze świadczonej opieki.

Zachęcamy do udziału w Programie Akredytacji Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Mamy nadzieję, że program spotka się z szerokim zainteresowaniem, przyczyniając się do poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki w POZ.

*Centrum Monitorowania Jakości
w Ochronie Zdrowia*

DZIAŁY STANDARDÓW	Skrót	Liczba standardów punktowanych
Wszeghstronność Opieki	WO	17
Prawa Pacjenta	PP	8
Poprawa Jakości	PJ	12
Bezpieczeństwo Opieki	BO	19
Zespół Współpracowników	ZW	8
Dokumentacja Medyczna	DM	24
Organizacja Jednostki	OJ	23
Infrastruktura	IN	12
	Razem	123

Spis treści

WSZECHSTRONNOŚĆ OPIEKI

WO 1	Jednostka zapewnia ciągłość opieki.	11
WO 1.1	Jednostka ocenia częstość przekazywania pacjentów.	
WO 1.2	Jednostka analizuje skierowania.	
WO 2	Lekarze jednostki prowadzą wizyty domowe.	12
WO 3	Jednostka zapewnia domową opiekę pielęgniarki i położnej środowiskowej.	12
WO 4	Pacjenci uzyskują poradę przez telefon.	13
WO 5	Jednostka posiada i realizuje programy opieki dyspanseryjnej.	13
WO 6	Jednostka zapewnia opiekę okołoporodową.	14
WO 7	Jednostka zapewnia opiekę terminalną.	14
WO 8	Jednostka prowadzi edukację pacjentów i ich rodzin.	15
WO 8.1	Została określona lista chorób wymagających szczególnej edukacji pacjenta.	
WO 8.2	Jednostka posiada programy edukacyjne.	
WO 8.3	Jednostka realizuje programy edukacyjne.	
WO 9	Jednostka opracowała standard zgłaszania przypadków szczególnych do instytucji zewnętrznych.	16
WO 10	Szczepienia ochronne.	16
WO 10.1	Jednostka posiada plan szczepień.	
WO 10.2	Jednostka realizuje szczepienia ochronne.	
WO 11	Badania profilaktyczne.	17
WO 11.1	Jednostka posiada i realizuje program badań profilaktyki pierwotnej.	
WO 11.2	Jednostka realizuje badania w zakresie profilaktyki pierwotnej.	
WO 12	Jednostka zapewnia wydzielony czas na promocję zdrowia.	18

PRAWA PACJENTA

PP 1	Przyjęty w jednostce system zachowań odzwierciedla poszanowanie podstawowych praw i potrzeb pacjentów.	21
PP 1.1	Jednostka zapewnia pacjentom opiekę z poszanowaniem ich godności osobistej.	
PP 1.2	Pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach.	
PP 1.3	Wizyta i badanie odbywa się z zachowaniem zasad prywatności i nieskrępowania.	
PP 1.4	Obecność osób trzecich podczas wizyty ma miejsce po uzyskaniu zgody pacjenta.	
PP 2	Pacjent uzyskuje zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia.	23
PP 3	Pacjent może współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji medycznych.	23
PP 4	Pacjent ma dostęp do własnej dokumentacji medycznej.	24
PP 5	Jednostka stworzyła możliwości składania skarg, uwag i wniosków oraz opracowała mechanizm ich analizowania.	24

POPRAWA JAKOŚCI

PJ 1	Jednostka systematycznie poprawia jakość oferowanych świadczeń.	27
PJ 1.1	Jednostka posiada program ciągłej oceny i poprawy jakości.	
PJ 1.2	Jednostka wdrożyła wytyczne postępowania klinicznego.	
PJ 1.3	Jednostka prowadzi analizy dokumentacji medycznej.	
PJ 1.4	Jednostka prowadzi okresową ocenę personelu.	
PJ 1.5	Personel okresowo ocenia działalność jednostki.	
PJ 1.6	Jednostka prowadzi ocenę dostępności i badanie opinii podopiecznych.	
PJ 1.6.1	Jednostka systematycznie prowadzi własne badanie opinii pacjentów lub wykorzystuje zewnętrzne badania.	

PJ 1.6.2	Badania opinii są wykorzystywane dla poprawy jakości świadczeń.	
PJ 1.7	Jednostka ma opracowany program opieki środowiskowej.	
PJ 1.8	Zasady stosowania leków w jednostce zostały opracowane.	
PJ 2	Kierownictwo odpowiada za zapewnienie wysokiej jakości świadczeń.	31
PJ 3	Jednostka wyznaczyła osobę lub zespół realizujący program poprawy jakości.	32
PJ 4	Personel jednostki uczestniczy w szkoleniach z zakresu jakości.	32

BEZPIECZEŃSTWO OPIEKI

BO 1	Jednostka posiada efektywny system postępowania w stanach zagrożenia życia.	35
BO 1.1	Jednostka wdrożyła procedury postępowania w stanach zagrożenia życia.	
BO 1.2	Jednostka posiada produkty lecznicze, wyroby medyczne niezbędne w stanach zagrożenia życia.	
BO 1.3	Personel zna miejsce przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych stosowanych w stanach zagrożenia życia.	
BO 1.4	Jednostka wdrożyła procedurę wzywania pomocy w stanach zagrożenia życia.	
BO 2	Jednostka opracowała i wdrożyła procedury postępowania z produktami leczniczymi.	36
BO 2.1	Jednostka posiada system właściwego przechowywania w szczególności produktów leczniczych wymagających obniżonej temperatury.	
BO 2.2	Tylko wyznaczony personel ma dostęp do miejsca przechowywania produktów leczniczych.	
BO 2.3	Termin ważności posiadanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych jest kontrolowany.	
BO 2.4	Zostały opracowane i wdrożone procedury postępowania z produktami wstrzymanymi i wycofanymi.	
BO 3	Produkty lecznicze są podawane wyłącznie przez uprawniony personel.	38
BO 3.1	Jednostka określiła, jakie produkty lecznicze są w niej podawane.	
BO 3.2	Personel podający leki zna ich możliwe działania niepożądane.	
BO 4	Jednostka wdrożyła zasady postępowania w przypadku ofiar przemocy lub zaniedbania.	39
BO 5	Jednostka przyjęła schemat empirycznego stosowania antybiotyków.	40
BO 6	Jednostka nadzoruje zawartość torby wyjazdowej.	40
BO 6.1	Jednostka określiła zawartość torby wyjazdowej.	
BO 6.2	Zawartość torby wyjazdowej jest odpowiednia.	
BO 7	Jednostka wdrożyła standardy higieniczne dotyczące:	41
BO 7.1	mycia, dezynfekcji lub sterylizacji wyrobów medycznych,	
BO 7.2	dostępności środków ochrony osobistej,	
BO 7.3	dostępności wyrobów medycznych jednorazowego użytku,	
BO 7.4	postępowania z odpadami,	
BO 7.5	utrzymania warunków higieniczno-sanitarnych.	

ZESPÓŁ WSPÓŁPRACOWNIKÓW

ZW 1	Jednostka określiła obowiązki i uprawnienia członków zespołu i zapewnia ich współdziałanie.	47
ZW 1.1	Jednostka określiła uprawnienia i odpowiedzialność członków zespołu.	
ZW 1.2	Jednostka opracowała zakresy obowiązków.	
ZW 1.3	Jednostka określiła zakresy samodzielnych decyzji dotyczących pacjentów.	
ZW 2	Wszystkie osoby udzielające świadczeń medycznych mają prawo wykonywania zawodu a jednostka posiada na to dowód.	48
ZW 3	Jednostka dba o stałe podnoszenie kwalifikacji personelu.	48
ZW 3.1	Personel lekarski uczestniczy w podnoszeniu swoich kwalifikacji.	
ZW 3.2	Pozostali członkowie zespołu podnoszą swoje kwalifikacje.	
ZW 3.3	Personel jest szkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy.	
ZW 4	Pracownicy odbywają regularne spotkania.	50

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

DM 1	Jednostka określiła zawartość dokumentacji medycznej.	53
DM 2	Dokumentacja medyczna jest łatwo dostępna dla personelu medycznego.	53
DM 3	Dokumentacja medyczna jest zabezpieczona przed utratą, zagubieniem, zniszczeniem, sfalszowaniem i dostępem osób nieupoważnionych.	54
DM 4	Dokumentacja medyczna jest prowadzona na bieżąco.	54
DM 5	Dokumentacja medyczna jest wypełniana czytelnie i zrozumiale.	55
DM 6	Każdy wpis do dokumentacji medycznej jest datowany i autoryzowany.	55
DM 7	Dokumentacja medyczna zawiera kluczowe informacje:	55
DM 7.1	dane identyfikacyjne pacjenta,	
DM 7.2	informacje o uzależnieniach,	
DM 7.3	wywiad rodzinny,	
DM 7.4	listę istotnych problemów zdrowotnych, rozpoznań,	
DM 7.5	przebyte zabiegi i hospitalizacje,	
DM 7.6	czynniki ryzyka,	
DM 7.7	uczulenia i nietolerancje,	
DM 7.8	listę leków przewlekłe stosowanych,	
DM 7.9	przeprowadzone szczepienia i stosowane surowice,	
DM 7.10	miejsce w cyklu życiowym rodziny,	
DM 7.11	opis warunków rodzinno-środowiskowych.	
DM 8	Istotne informacje medyczne znajdują się w tym samym miejscu każdej dokumentacji medycznej.	60
DM 9	Każda porada medyczna jest dokumentowana.	60
DM 10	Wpisy dotyczące porad powinny zawierać:	61
DM 10.1	dane subiektywne,	
DM 10.2	dane obiektywne,	
DM 10.3	analiza stanu pacjenta,	
DM 10.4	plan postępowania.	
DM 11	Zlecenie i podanie leku parenteralnego jest dokumentowane.	62

ORGANIZACJA JEDNOSTKI

OJ 1	Jednostka ma zdefiniowaną misję i jest ona znana pracownikom.	65
OJ 2	Jednostka ma wyznaczone cele strategiczne.	65
OJ 3	Jednostka posiada strategię działania.	66
OJ 4	Jednostka określiła posiadaną oraz niezbędną strukturę.	66
OJ 5	Strategia działania uwzględnia potrzeby populacji i jest aktualizowana.	67
OJ 5.1	Jednostka prowadzi analizę problemów zdrowotnych występujących u jej podopiecznych.	
OJ 5.2	Jednostka prowadzi analizę czynników ryzyka występujących u jej podopiecznych.	
OJ 5.3	Jednostka posiada zestawienie informacji demograficznych i epidemiologicznych dotyczących podopiecznych zadeklarowanych do jednostki.	
OJ 5.4	Jednostka wykorzystuje wnioski z analiz epidemiologicznych i demograficznych oraz problemów zdrowotnych najczęściej występujących w zadeklarowanej populacji.	
OJ 6	Strategia uwzględnia programy poprawy jakości opieki.	69
OJ 7	Jednostka posiada aktualny schemat organizacyjny.	69
OJ 8	Jednostka określiła głównych partnerów zewnętrznych.	69
OJ 9	Jednostka posiada harmonogram pracy i przestrzega go.	70
OJ 10	Terminarz wizyt jest elastyczny i funkcjonalny.	70
OJ 11	Jednostka posiada efektywny system rejestracji telefonicznej.	71
OJ 12	Jednostka zapewnia pacjentom pisemne informacje dotyczące:	71
OJ 12.1	zakresu oferowanych świadczeń,	

	OJ 12.2	całodobowej opieki medycznej,	
	OJ 12.3	opłat za świadczone usługi.	
OJ 13		Pacjent ma zapewnioną możliwość zidentyfikowania personelu.	73
OJ 14		Jednostka zapewnia wiarygodność wyników badań laboratoryjnych.	73
	OJ 14.1	Jednostka korzysta z usług wiarygodnego laboratorium.	
	OJ 14.2	Personel jest szkolony w pobieraniu materiału do badań.	
	OJ 14.3	Zasady pobierania, przechowywania i transportowania próbek do laboratorium są znane personelowi jednostki.	
OJ 15		Dokumenty są datowane i autoryzowane oraz łatwo dostępne.	75
OJ 16		Akta osobowe są zabezpieczone i przechowywane w bezpiecznym miejscu.	75

INFRASTRUKTURA

IN 1		Pomieszczenia i wyposażenie jednostki umożliwiają prawidłowe sprawowanie opieki.	79
	IN 1.1	Jednostka posiada wystarczającą liczbę gabinetów dla każdego, aktualnie przyjmującego lekarza, pielęgniarki zabiegowej i punktu szczepień.	
	IN 1.2	Każdy gabinet umożliwia badanie pacjenta w warunkach zapewniających komfort i intymność.	
	IN 1.3	Pomieszczenia są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.	
	IN 1.4	Jednostka posiada sprzęt adekwatny do rodzaju oferowanych świadczeń.	
	IN 1.5	Jednostka zapewnia dogodne i bezpieczne warunki oczekiwania na wizytę.	
IN 2		Infrastruktura jednostki jest przyjazna dla pacjenta.	81
	IN 2.1	Pomieszczenia jednostki są łatwo dostępne, szczególnie dla osób niepełnosprawnych.	
	IN 2.2	Jednostka posiada łatwo dostępne toalety dla pacjentów.	
	IN 2.3	Transport chorego jest funkcjonalny.	
IN 3		Postępowanie w sytuacjach zagrożenia.	82
	IN 3.1	Jednostka posiada plany postępowania w sytuacjach zagrożenia.	
	IN 3.2	Personel zna plan postępowania w sytuacjach zagrożenia i został on przećwiczony.	
IN 4		Urządzenia medyczne są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy.	83
	IN 4.1	Jednostka opracowała i realizuje plan przeglądów i konserwacji sprzętu.	
	IN 4.2	Plan przeglądów i konserwacji jest realizowany.	

W S Z E C H S T R O N N O Ś Ć

O P I E K I

WSZECHSTRONNOŚĆ OPIEKI

- WO 1** Jednostka zapewnia ciągłość opieki.
 - WO 1.1** Jednostka ocenia częstość przekazywania pacjentów.
 - WO 1.2** Jednostka analizuje skierowania.
- WO 2** Lekarze jednostki prowadzą wizyty domowe.
- WO 3** Jednostka zapewnia domową opiekę pielęgniarki i położnej środowiskowej.
- WO 4** Pacjenci uzyskują poradę przez telefon.
- WO 5** Jednostka posiada i realizuje programy opieki dyspenseryjnej.
- WO 6** Jednostka zapewnia opiekę okołoporodową.
- WO 7** Jednostka zapewnia opiekę terminalną.
- WO 8** Jednostka prowadzi edukację pacjentów i ich rodzin.
 - WO 8.1** Została określona lista chorób wymagających szczególnej edukacji pacjenta.
 - WO 8.2** Jednostka posiada programy edukacyjne.
 - WO 8.3** Jednostka realizuje programy edukacyjne.
- WO 9** Jednostka opracowała standard zgłaszania przypadków szczególnych do instytucji zewnętrznych.
- WO 10** Szczepienia ochronne.
 - WO 10.1** Jednostka posiada plan szczepień.
 - WO 10.2** Jednostka realizuje szczepienia ochronne.
- WO 11** Badania profilaktyczne.
 - WO 11.1** Jednostka posiada i realizuje program badań profilaktyki pierwotnej.
 - WO 11.2** Jednostka realizuje badania w zakresie profilaktyki pierwotnej.
- WO 12** Jednostka zapewnia wydzielony czas na promocję zdrowia.

WSZECHSTRONNOŚĆ OPIEKI (WO)

WO 1

Jednostka zapewnia ciągłość opieki.

Wyjaśnienie

Przekazanie pacjenta pod opiekę innego świadczeniodawcy winno odbywać się w sposób umożliwiający zachowanie informacji istotnych dla skutecznej i bezpiecznej opieki. Dotyczy to zwłaszcza kierowania pacjenta do specjalisty, do szpitala, opieki długoterminowej, pielęgniarstwa i położnictwa środowiskowego, ale również wtedy, gdy pacjent wraca pod opiekę lekarza poz.

Skierowanie wystawiane przez lekarza poz. winno jasno precyzować cel przesyłania chorego oraz zawierać istotne informacje, które mogą być przydatne przy udzielaniu konsultacji lub przejęciu pod opiekę.

WO 1.1

Jednostka ocenia częstość przekazywania pacjentów.

Wyjaśnienie

Kierownictwo i zespół jednostki winny mieć wiedzę, do jakich innych świadczeniodawców najczęściej kierują swoich pacjentów. Pożądane jest, aby była to informacja spersonalizowana, tj. aby znane były nazwiska świadczeniodawców, do których kieruje się pacjentów oraz uwzględniała powody skierowania.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Jednostka dysponuje pisemnymi danymi i ocenia częstość przekazywania pacjentów.
- 3 – Jednostka posiada ogólną wiedzę na temat ruchu pacjentów.
- 1 – Jednostka nie ocenia częstości przekazywania pacjentów.

WO 1.2

Jednostka analizuje skierowania.

Wyjaśnienie

Jednostka okresowo winna analizować skierowania wystawiane do szpitala pod względem liczby i częstości odmów hospitalizacji.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Jednostka systematycznie analizuje skierowania wystawiane do szpitala, a z analiz wyciąga wnioski.
- 1 – Jednostka nie analizuje skierowań wystawianych do szpitala.

WO 2

Lekarze jednostki prowadzą wizyty domowe.**Wyjaśnienie**

Wizyty domowe są właściwą formą sprawowania opieki i zapewniają leczenie w sytuacjach, w których udzielenie porady w jednostce jest niemożliwe lub bardzo utrudnione (np. w przypadku obłożnie chorych, chorych po urazach, osób starszych, pacjentów mających problemy w poruszaniu się oraz w nagłych zachorowaniach, gdy utrudnione jest dotarcie chorego do lekarza). Przy przyjmowaniu deklaracji i wpisywaniu na listę podopiecznych, jednostka bierze odpowiedzialność za możliwość przeprowadzenia wizyt domowych u zgłaszającego. Jednostka nie powinna przyjmować deklaracji od osób, którym z uwagi na miejsce zamieszkania nie jest w stanie świadczyć wizyt domowych.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem
- ankietyzacja pacjentów

Punktowanie

- 5 – Jednostka analizuje przyczyny wezwań i odmowy odbycia wizyt domowych.
- 3 – Jednostka analizuje przyczyny wezwań do wizyt domowych.
- 1 – Jednostka nie analizuje problematyki wizyt domowych.

WO 3

Jednostka zapewnia domową opiekę pielęgniarki i położnej środowiskowej.**Wyjaśnienie**

Jednostka winna zapewnić dobrej jakości domową opiekę pielęgniarki i położnej środowiskowej. Podopieczni jednostki winni mieć możliwość korzystania w domu z opieki pielęgniarki i położnej. Jednostka sama świadczy usługi pielęgniarki i położnej lub posiada porozumienie ze świadczącymi tę opiekę podmiotami. Opieka ta musi gwarantować właściwy przepływ informacji pomiędzy lekarzem i pielęgniarką lub położną. Warunkiem koniecznym jest prowadzenie jednolitej dokumentacji pacjentów zawierającej wpisy lekarskie i pielęgniarskie. Konieczne jest istnienie systemu bieżącego przekazywania przez pielęgniarkę (położną) informacji lekarzowi oraz przekazywania zleceń lekarza pielęgniarce (położnej).

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Jednostka zapewnia kompleksową domową opiekę pielęgniarki i położnej środowiskowej oraz prowadzi wspólną dokumentację pacjenta.
- 3 – Opieka lekarska i opieka pielęgniarki i położnej środowiskowej są sprawowane przez odrębne podmioty, ale prowadzona jest wspólna dokumentacja pacjentów.
- 1 – Dokumentacje pacjentów dla opieki pielęgniarskiej i opieki lekarskiej są rozdzielne.

WO 4

Pacjenci uzyskują poradę przez telefon.**Wyjaśnienie**

Pacjent ma możliwość uzyskania informacji telefonicznej (w tym telefonii internetowej). Jednostka określiła godziny, w których możliwy jest kontakt telefoniczny, informacja o tym jest łatwo dostępna dla pacjentów. Osoba odbierająca zgłoszenie telefoniczne posiada odpowiednie przeszkolenie i potrafi selekcjonować problemy zgłaszane przez pacjentów, umie określić sytuacje pilne, w których potrzebny jest natychmiastowy kontakt z lekarzem. Rozmowy telefoniczne są rejestrowane, a przedmiot rozmowy odnotowywany jest w dokumentacji pacjenta.

Sprawdzenie

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

Punktowanie

- 5 – Pacjent ma możliwość uzyskania porady telefonicznej, informacja o tym jest łatwo dostępna dla pacjentów, jednostka posiada dowód świadczenia takich usług.
- 3 – Pacjent ma możliwość uzyskania porady telefonicznej, informacja o tym jest dostępna, ale porady telefoniczne nie są dokumentowane.
- 1 – Brak informacji o możliwości uzyskania porady telefonicznej i udokumentowania rozmów telefonicznych z pacjentami.

WO 5

Jednostka posiada i realizuje programy opieki dyspanseryjnej.**Wyjaśnienie**

Niektóre schorzenia przewlekłe wymagają szczególnej opieki ze strony lekarskiej i/lub pielęgniarskiej. Osoby zaliczane do grupy z takimi schorzeniami wymagają aktywnego oferowania opieki, a nie jedynie oczekiwania na zgłaszanie się pacjenta z dolegliwościami. Jednostka winna ustalić, w jakich schorzeniach tworzy grupy dyspanseryjne, którym oferuje wzmożoną opiekę. Jednostka przygotowała programy opieki dla wszystkich grup dyspanseryjnych. Uwzględniają one rodzaje badań/interwencji częstotliwość ich wykonywania w określonych grupach, częstotliwość wizyt pacjenta, sposób jego powiadamiania lub zapraszania w przypadku, gdy pacjent nie zgłasza się sam oraz postępowanie w przypadku braku kontaktu z osobą z takiej grupy. Programy powinny być oparte o aktualne wytyczne postępowania medycznego. Powinny także obejmować sposób monitorowania realizacji założonych programów, wyznaczać osoby odpowiedzialne za zapewnienie udziału podopiecznych w programach opieki oraz monitorowanie wdrożenia i analizę wyników programu. Wyniki z monitorowania powinny być przekazywane pracownikom w trakcie spotkań zespołu.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentem

Punktowanie

- 5 – Jednostka określiła co najmniej 10 grup dyspanseryjnych i realizuje programy opieki dla wszystkich tych grup.
- 3 – Jednostka określiła i realizuje programy opieki dla co najmniej 5 grup dyspanseryjnych.
- 1 – Jednostka określiła realizuje programy opieki dla mniej niż 5 grup dyspanseryjnych.

WO 6

Jednostka zapewnia opiekę okołoporodową.

Wyjaśnienie

Jednostka winna posiadać harmonogram kontroli kobiet ciężarnych oraz plan opieki okołoporodowej łącznie z harmonogramem poporodowej opieki nad matką i dzieckiem. Niezbędne jest bliskie i efektywne współdziałanie położnej i pielęgniarki środowiskowej z lekarzem. Elementem tego współdziałania jest wspólna dokumentacja medyczna dotycząca konkretnej pacjentki.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada harmonogram kontrolnych badań w ciąży, plan opieki okołoporodowej i poporodowej oraz wspólną dokumentację (lekarsko-pielęgniarską) potwierdzającą realizację programu.
- 3 – Program jest niekompletny, ale istnieje wspólna dokumentacja lekarsko-pielęgniarska.
- 1 – Brak wspólnej dokumentacji lekarsko-pielęgniarskiej.

WO 7

Jednostka zapewnia opiekę terminalną.

Wyjaśnienie

Jednostka posiada opracowane zasady opieki nad pacjentem znajdującym się w stanie terminalnym. Dotyczą one łagodzenia dolegliwości, a w szczególności sposobu zapewnienia pacjentowi dostatecznej analgezji (wystarczającej ilości skutecznych leków przeciwbólowych). Zasady opieki terminalnej winny być znane zarówno personelowi lekarskiemu jak i pielęgniarskiemu, który prowadzi wizyty domowe.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Opracowano zasady opieki terminalnej, a cały personel je dobrze zna i stosuje.
- 3 – Opracowano zasady opieki terminalnej, ale nie cały personel je zna i stosuje.
- 1 – Jednostka nie zapewnia opieki chorym terminalnie.

WO 8

Jednostka prowadzi edukację pacjentów i ich rodzin.**Wyjaśnienie**

Odpowiednie zrozumienie problemów związanych z chorobą przewlekłą pozwala pacjentowi i jego rodzinie postępować w sposób dużo korzystniejszy z medycznego punktu widzenia. Wyniki leczenia chorób przewlekłych wśród pacjentów odpowiednio wyedukowanych są zdecydowanie lepsze. Jednostka winna dysponować materiałami edukacyjnymi (ulotki, broszury, kasety video, programy komputerowe, testy do samooceny poziomu wiedzy, materiały do ćwiczeń) dla kształcenia pacjentów lub ich rodzin, które wykorzystuje w odpowiedni sposób.

WO 8.1

Została określona lista chorób wymagających szczególnej edukacji pacjenta.**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji
- wywiad z personelem
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Została określona lista chorób przewlekłych, wymagających szczególnej edukacji wraz z listą pacjentów.
- 3 – Została określona tylko lista chorób przewlekłych, wymagających szczególnej edukacji bez listy pacjentów.
- 1 – Brak list chorób przewlekłych i pacjentów.

WO 8.2

Jednostka posiada programy edukacyjne**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji
- wywiad z personelem
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada programy edukacyjne dla wszystkich wybranych schorzeń.
- 3 – Jednostka posiada programy edukacyjne dla części wybranych schorzeń.
- 1 – Brak programów edukacyjnych.

WO 8.3

Jednostka realizuje programy edukacyjne.**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji
- wywiad z personelem
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – W dokumentacji istnieje potwierdzenie realizacji wszystkich programów edukacyjnych.
- 3 – W dokumentacji istnieje potwierdzenie realizacji części programów edukacyjnych.
- 1 – Brak potwierdzenia realizacji programów edukacyjnych.

WO 9

Jednostka opracowała standard zgłaszania przypadków szczególnych do instytucji zewnętrznych.**Wyjaśnienie**

Jednostka opracowała standard postępowania w przypadkach zdarzeń wymagających zgłoszenia do odpowiednich instytucji. Dotyczy to w szczególności:

- podejrzenia, iż obrażenia są efektem przemocy lub zaniedbań w rodzinie,
- stwierdzenia ran postrzałowych, lub innych, mogących być efektem przestępstwa,
- pokąsania przez zwierzę,
- podejrzenia chorób zakaźnych, w tym przenoszonych drogą płciową i drogą krwi.

Standard powinien zawierać pisemną instrukcję określającą tryb zgłaszania, rodzaj instytucji, jej dane teleadresowe. Powinien też określić, w jaki sposób postąpić z osobą poszkodowaną. Wszystkie tego rodzaju działania oraz odstępianie od nich winny być odnotowane w dokumentacji pacjenta i jednostki.

Sprawdzenie

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

Punktowanie

- 5 – Opracowany standard zawiera instrukcje postępowania we wszystkich możliwych, szczególnych przypadkach i jednostka posiada rejestr przypadków szczególnych.
- 3 – Opracowana instrukcja zawiera sposób postępowania w niektórych przypadkach szczególnych.
- 1 – Nie opracowano standardu i brak rejestru przypadków szczególnych.

WO 10

Szczepienia ochronne.**Wyjaśnienie**

Jednostka winna określić rodzaje wykonywanych szczepień. Obejmuje to zarówno szczepienia obowiązkowe, jak też szczepienia dobrowolne oferowane dla lepszego zabezpieczenia zdrowia podopiecznych. Opracowany program realizowanych szczepień winien obejmować warunki uzyskania świadczenia – demograficzne, zdrowotne i ekonomiczne (szczepienia odpłatne). Program winien być skonstruowany pod kątem całej rodziny, a więc obejmować wszystkie grupy wiekowe (nie tylko dzieci).

WO 10.1

Jednostka posiada plan szczepień.**Sprawdzenie**

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

Punktowanie

- 5 – Jednostka opracowała kompletny program szczepień, obejmujący wszystkie elementy wyjaśnienia.
- 3 – Jednostka opracowała program, który nie obejmuje niektórych aspektów wymienionych w wyjaśnieniu.
- 1 – Jednostka nie posiada programu szczepień.

WO 10.2

Jednostka realizuje szczepienia ochronne**Sprawdzenie**

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

Punktowanie

- 5 – Jednostka realizuje szczepienia ochronne zgodnie z przyjętym programem i objęte nim są wszystkie grupy wiekowe.
- 3 – Jednostka realizuje szczepienia nie zawsze zgodnie z przyjętym programem.
- 1 – Jednostka doraźnie wykonuje szczepienia.

WO 11

Badania profilaktyczne.**Wyjaśnienie**

Jednostka opracowała i wdrożyła plan działań profilaktycznych z uwzględnieniem wszystkich grup wiekowych i obejmujący całą rodzinę. Plan taki winien wskazywać, jakie badania i z jaką częstotliwością będą wykonywane w określonych grupach wiekowych. Powinien też określać sposób oceny realizacji założonych badań, wyznaczać osoby odpowiedzialne za zapewnienie udziału podopiecznych w badaniach. Włączenie badania do listy realizowanych działań profilaktycznych wymaga posiadania potwierdzenia zgodnie z zasadami krytycznej ewaluacji badań medycznych (EBM), że jest to badanie efektywne, przynoszące niekwestionowane korzyści zdrowotne.

WO 11.1

Jednostka posiada i realizuje program badań profilaktyki pierwotnej.**Sprawdzenie**

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

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada program i harmonogram co najmniej trzech programów profilaktyki pierwotnej.
- 3 – Jednostka posiada program i harmonogram mniej niż trzech programów profilaktyki pierwotnej.
- 1 – Jednostka nie posiada programu badań profilaktyki pierwotnej.

WO 11.2

Jednostka realizuje badania w zakresie profilaktyki pierwotnej.

Sprawdzenie

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

Punktowanie

- 5 – Jednostka realizuje badania profilaktyki pierwotnej zgodnie z posiadanym planem i dokonuje okresowej oceny realizacji.
- 3 – Jednostka realizuje badania profilaktyki pierwotnej zgodnie z posiadanym planem, ale nie dokonuje okresowej oceny realizacji.
- 1 – Jednostka doraźnie wykonuje badania profilaktyki pierwotnej.

WO 12

Jednostka zapewni wydzielony czas na promocję zdrowia.

Wyjaśnienie

Promocja zdrowia jest działaniem zaplanowanym, zmierzającym do zdrowego stylu życia i zmiany niezdrowych nawyków. Tematy mogą być stymulowane bieżącymi kontaktami z pacjentami, również realizowane poza wizytami i inicjatywą pacjentów, w ramach wydzielonych godzin.

Sprawdzenie

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

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada zarezerwowany i podany do wiadomości pacjentów czas (przynajmniej 2 godziny w miesiącu) przyjęć przez lekarza lub pielęgniarkę poświęcony wyłącznie promocji zdrowia (np. mini poradnia otyłości, zdrowej kobiety, planowania rodziny, uzależnień).
- 3 – Jednostka prowadzi aktywne działania z zakresu promocji zdrowia bez wydzielonego i podanego do wiadomości czasu.
- 1 – Jednostka nie prowadzi zadań z zakresu promocji zdrowia.

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

PRAWA PACJENTA

- PP 1** Przyjęty w jednostce system zachowań odzwierciedla poszanowanie podstawowych praw i potrzeb pacjentów.
 - PP 1.1** Jednostka zapewnia pacjentom opiekę z poszanowaniem ich godności osobistej.
 - PP 1.2** Pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach.
 - PP 1.3** Wizyta i badanie odbywa się z zachowaniem zasad prywatności i nieskrępowania.
 - PP 1.4** Obecność osób trzecich podczas wizyty ma miejsce po uzyskaniu zgody pacjenta.
- PP 2** Pacjent uzyskuje zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia.
- PP 3** Pacjent może współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji medycznych.
- PP 4** Pacjent ma dostęp do własnej dokumentacji medycznej
- PP 5** Jednostka stworzyła możliwości składania skarg, uwag i wniosków oraz opracowała mechanizm ich analizowania.

PRAWA PACJENTA (PP)

PP 1

Przyjęty w jednostce system zachowań odzwierciedla poszanowanie podstawowych praw i potrzeb pacjentów.

PP 1.1

Jednostka zapewnia pacjentom opiekę z poszanowaniem ich godności osobistej.

Wyjaśnienie

Personel winien stale respektować godność pacjentów, w szczególności odnosi się to do osób upośledzonych fizycznie, psychicznie. Pacjenci powinni mieć poczucie, że ich godność jest w pełni szanowana bez względu na stan zdrowia, przekonania i sytuację ekonomiczną.

Sprawdzenie

- ankietyzacja pacjentów
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentem

Punktowanie

- 5 – Większość pacjentów wysoko ocenia respektowanie ich godności osobistej.
- 3 – Część pacjentów wysoko ocenia respektowanie ich godności osobistej.
- 1 – Większość pacjentów nisko ocenia respektowanie ich godności osobistej.

PP 1.2

Pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach.

Wyjaśnienie

Prawa pacjenta powinny być spisane i łatwo dostępne. Personel na życzenie pacjenta udziela mu właściwych wyjaśnień dotyczących przysługujących mu praw.

Sprawdzenie

- wywiad z pacjentem
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Prawa pacjenta są spisane i łatwo dostępne dla pacjentów, a personel je zna i umie udzielić informacji o nich.
- 3 – Prawa pacjenta są spisane i łatwo dostępne dla pacjentów.
- 1 – Brak jest spisanych praw pacjenta lub są one trudno dostępne dla pacjentów.

PP 1.3

Wizyta i badanie odbywa się z zachowaniem zasad prywatności i nieskrępowania.**Wyjaśnienie**

Personel medyczny podczas wizyty, badania i wykonywania zabiegów winien zapewnić pacjentowi warunki prywatności i nieskrępowania. Przy omawianiu jego problemów zdrowotnych należy zachować dyskrecję i zwracać uwagę, aby informacje przypadkowo nie dotarły do osób postronnych. Pacjent powinien czuć się bezpiecznie i swobodnie.

Sprawdzenie

- ankietyzacja pacjentów
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Podczas wizyty i badania wszyscy pacjenci nie czują się skrępowani.
- 3 – Większość pacjentów podczas wizyty i badania nie czuje się skrępowana.
- 1 – Jednostka nie zapewnia warunków prywatności w trakcie wizyty i badania.

PP 1.4

Obecność osób trzecich podczas wizyty ma miejsce po uzyskaniu zgody pacjenta.**Wyjaśnienie**

Obecność i asystowanie przy wizycie, badaniu lub zabiegu członków rodziny, osób bliskich, pracowników, studentów, stażystów itp. osób trzecich może mieć miejsce jedynie w przypadku wyraźnej zgody pacjenta. Pacjent ma prawo nie wyrazić zgody na obecność osoby trzeciej podczas badania. Pacjent ma również prawo, aby jego badanie odbywało się w obecności wskazanej przez niego osoby trzeciej.

Sprawdzenie

- ankietyzacja pacjentów
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Większość pacjentów podaje, że obecność osób trzecich podczas badania ma miejsce po uzyskaniu ich zgody.
- 3 – Część pacjentów podaje, że obecność osób trzecich podczas badania ma miejsce po uzyskaniu ich zgody.
- 1 – Większość pacjentów podaje, że lekarz nie pyta ich o zgodę na obecność osób trzecich podczas badania.

Pacjent uzyskuje zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia.**Wyjaśnienie**

Pacjenci korzystający ze świadczeń zdrowotnych mają prawo uzyskać zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia. Informacja o stanie zdrowia powinna umożliwiać pacjentowi podjęcie świadomej decyzji dotyczącej postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Brak udzielenia informacji, uzasadniony np. przeciwwskazaniem medycznym lub wolą pacjenta, winien być odnotowany w dokumentacji medycznej.

Sprawdzenie

– ankietyzacja pacjentów

Punktowanie

5 – Większość pacjentów podaje, że jest właściwie informowana o swoim stanie zdrowia.

3 – Część pacjentów podaje, że jest właściwie informowana o swoim stanie zdrowia.

1 – Większość pacjentów podaje, że nie jest właściwie informowana o swoim stanie zdrowia.

Pacjent może współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji medycznych.**Wyjaśnienie**

Pacjent powinien móc współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji o planowanych badaniach, konsultacjach i leczeniu proponowanym przez zespół jednostki. Powinien być zapoznany z celem, znaczeniem, potencjalnymi korzyściami i ryzykiem związanym z rozważanymi badaniami, konsultacjami lub leczeniem. Istniejące alternatywy postępowania powinny zostać pacjentowi przedstawione tak, aby miał on możliwość wyboru sposobów postępowania.

Sprawdzenie

– ankietyzacja pacjentów

– wywiad z personelem

– wywiad z pacjentem

Punktowanie

5 – Większość pacjentów podaje, że uzyskuje wystarczającą wiedzę o planowanych badaniach, konsultacjach i leczeniu, a także współuczestniczy w podejmowaniu decyzji.

3 – Część pacjentów podaje, że uzyskuje wystarczającą wiedzę o planowanych badaniach, konsultacjach i leczeniu, a także współuczestniczy w podejmowaniu decyzji.

1 – Większość pacjentów podaje, że nie uzyskuje wystarczającej wiedzy o planowanych badaniach, konsultacjach i leczeniu, a także nie współuczestniczy w podejmowaniu decyzji.

PP 4

Pacjent ma dostęp do własnej dokumentacji medycznej.**Wyjaśnienie**

Dokumentacja medyczna jest udostępniana pacjentowi na jego życzenie. Dotyczy to analogicznie przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta. Informacja o możliwości wglądu do historii choroby jest widoczna i łatwo dostępna.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentem

Punktowanie

- 5 – Istnieje wyraźna informacja o dostępności pacjenta do historii choroby i łatwy do niej dostęp.
- 3 – Dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej jest ograniczony.
- 1 – Brak informacji o dostępności historii chorób dla pacjentów.

PP 5

Jednostka stworzyła możliwości składania skarg, uwag i wniosków oraz opracowała mechanizm ich analizowania.**Wyjaśnienie**

Pacjent winien mieć możliwość złożenia skargi, uwagi i wniosku również anonimowo. Jednostka winna zapewnić możliwość złożenia przez pacjenta skargi ustnej, bądź uwagi pisemnej. Skargi, wnioski uwagi pacjentów są poddawane ocenie i w oparciu o nie wyciągane są wnioski. Jeżeli wnioski zakładają potrzebę podjęcia działań, to kierownictwo określa zakres, termin i odpowiedzialnych za ich realizację. Wyniki prowadzonej analizy skarg są dokumentowane, a wszystkie skargi, uwagi i wnioski są archiwizowane przez okres 3 lat.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Pacjent ma możliwość złożenia uwagi, skargi lub wniosku w dogodny sposób; jednostka zbiera i analizuje składane uwagi, skargi i wnioski.
- 3 – W jednostce istnieje system składania skarg, uwag i wniosków, ale brak jest analizy.
- 1 – Brak dogodnego mechanizmu składania skarg, uwag i wniosków.

POPRAWA JAKOŚCI

POPRAWA JAKOŚCI

- PJ 1** Jednostka systematycznie poprawia jakość oferowanych świadczeń.
 - PJ 1.1** Jednostka posiada program ciągłej oceny i poprawy jakości.
 - PJ 1.2** Jednostka wdrożyła wytyczne postępowania klinicznego.
 - PJ 1.3** Jednostka prowadzi analizy dokumentacji medycznej.
 - PJ 1.4** Jednostka prowadzi okresową ocenę personelu.
 - PJ 1.5** Personel okresowo ocenia działalność jednostki.
 - PJ 1.6** Jednostka prowadzi ocenę dostępności i badanie opinii podopiecznych.
 - PJ 1.6.1** Jednostka systematycznie prowadzi własne badanie opinii pacjentów lub wykorzystuje zewnętrzne badania.
 - PJ 1.6.2** Badania opinii są wykorzystywane dla poprawy jakości świadczeń.
 - PJ 1.7** Jednostka ma opracowany program opieki środowiskowej.
 - PJ 1.8** Zasady stosowania leków w jednostce zostały opracowane.
- PJ 2** Kierownictwo odpowiada za zapewnienie wysokiej jakości świadczeń.
- PJ 3** Jednostka wyznaczyła osobę lub zespół realizujący program poprawy jakości.
- PJ 4** Personel jednostki uczestniczy w szkoleniach z zakresu jakości.

POPRAWA JAKOŚCI (PJ)

PJ 1

Jednostka systematycznie poprawia jakość oferowanych świadczeń.

PJ

PJ 1.1

Jednostka posiada program ciągłej oceny i poprawy jakości.

Program oceny i poprawy jakości winien być realizowany w postaci cyklicznie powtarzanej sekwencji: planowanie, wprowadzanie usprawnień, pomiar rezultatów, wyciąganie wniosków (cykl Shewharta-Deminga, czyli cykl PDSA – Plan, Działanie, Sprawdzanie, Adaptacja) w obszarach, które dotyczą:

- jakości i właściwości procedur prewencyjnych diagnostycznych i terapeutycznych,
- zawartości, kompletności i jakości dokumentacji medycznej,
- działalności organizacyjnej,
- poprawy dostępności,
- poprawy opinii podopiecznych,
- opieki środowiskowej,
- stosowania leków.

Program jest ukierunkowany na istotne aspekty opieki (częste występowanie, znaczne ryzyko i/lub możliwości powikłań). Cele programu winny być jasno określone. Realizacja może odbywać się w różnych formach, takich jak: np. udział w Szkole Tutorów, rówieśniczo-koleżeńskich grupach lekarskich, zespołach zadaniowych, przeglądach dokumentacji medycznej, itp. Potwierdzeniem realizacji programu są protokoły spotkań i inna dokumentacja.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada program ciągłej oceny i poprawy jakości.
- 1 – Jednostka nie posiada programu działań na rzecz oceny i poprawy jakości.

PJ 1.2

Jednostka wdrożyła wytyczne postępowania klinicznego.

Wyjaśnienie

Opracowania mające charakter praktycznych wytycznych postępowania mogą bezpośrednio być wykorzystane dla poprawy jakości opieki w POZ. Jednak wytyczne opracowane na poziomie światowym lub europejskim (np. przez WONCA) oraz wytyczne opracowane na poziomie krajowym (Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce) wymagają adaptacji do warunków jednostki. Jednostka dokonuje regularnie oceny wdrożenia wytycznych, tzn. ocenia zgodność własnego postępowania z rekomendacjami zawartymi w wytycznych.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Jednostka okresowo dokonuje oceny wdrożenia wytycznych klinicznych.
- 1 – Jednostka nie posługuje się wytycznymi.

PJ 1.3

Jednostka prowadzi analizy dokumentacji medycznej.

Wyjaśnienie

Zgromadzone dane medyczne są przynajmniej raz w roku poddawane analizie przez kierownictwo jednostki w postaci analiz zbiorczych (np. ilości przepisywanych leków, wydanych skierowań do specjalistów, najczęściej zgłaszanych jednostek chorobowych, wykonanych zabiegów, korzystania z opieki środowiskowej). Analizy te stanowią podstawę modyfikacji strategii jednostki i ciągłej poprawy usług.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji

Punktowanie

- 5 – Jednostka prowadzi analizy dokumentacji medycznej przynajmniej raz w roku i wykorzystuje płynące z niej wnioski.
- 3 – Jednostka prowadzi analizy dokumentacji medycznej przynajmniej raz w roku, lecz nie wykorzystuje płynących z nich wniosków.
- 1 – Jednostka nie prowadzi analiz dokumentacji medycznej przynajmniej raz w roku.

PJ 1.4

Jednostka prowadzi okresową ocenę personelu.

Wyjaśnienie

W małych jednostkach (do 10 osób) okresowa ocena personelu jest dokonywana przez kierownika podczas zebrania zespołu praktyki. W większych jednostkach prowadzona jest ocena wielostopniowo (ocena kierowników komórek jednostki i ocena personelu komórek dokonywana przez ich kierowników). Ocena jest dokumentowana, a dane z oceny są wykorzystywane do poprawy jakości.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji

Punktowanie

- 5 – Jednostka ocenia personel nie rzadziej niż raz w roku.
- 3 – Jednostka ocenia personel rzadziej niż raz w roku.
- 1 – Jednostka nie prowadzi ocen personelu.

PJ 1.5

Personel okresowo ocenia działalność jednostki.**Wyjaśnienie**

Dla zapewnienia jakości zarządzania organizacją ważne jest uzyskanie opinii personelu dotyczącej funkcjonowania jednostki. W małych jednostkach opinia ta jest wyrażana na bieżąco podczas zebrań zespołu praktyki, w większych jednostkach okresowo (corocznie) w formie ankiety. Dane te są analizowane i stanowią element planów poprawy jakości funkcjonowania jednostki.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji

Punktowanie

- 5 – Personel okresowo ocenia działalność jednostki, a wnioski z oceny stanowią element planów poprawy jakości funkcjonowania.
- 3 – Personel okresowo ocenia działalność jednostki, ale wnioski z oceny nie mają odzwierciedlenia w planach poprawy jakości.
- 1 – Personel nie ocenia okresowo działalności jednostki.

PJ 1.6

Jednostka prowadzi ocenę dostępności i badanie opinii podopiecznych.**Wyjaśnienie**

Obraz jakości udzielanych przez jednostkę świadczeń powinien być uzupełniony o ocenę pochodzącą z opinii podopiecznych, uzyskiwanych w trakcie systematycznie powtarzanych badań opinii pacjentów. Prowadzone corocznie badanie opinii pacjenta jest narzędziem służącym do uzyskania wiedzy na temat doświadczeń, oczekiwań i preferencji pacjentów oraz identyfikacji i hierarchizacji problemów występujących w danej placówce, a wyniki służą inicjowaniu działań projakościowych. Istotne jest, aby badanie zostało przeprowadzone zgodnie z określoną i przyjętą metodologią prowadzenia badań społecznych. Właściwa metodologia prowadzenia badania, określenie wielkości grupy badanej (10% zadeklarowanej dorosłej populacji) oraz zwrotności stanowią o wiarygodności uzyskanych wyników. W ramach badania opinii pacjentów jednostka powinna prowadzić ocenę dostępności do opieki.

PJ 1.6.1

Jednostka systematycznie prowadzi własne badanie opinii pacjentów lub wykorzystuje zewnętrzne badania.**Wyjaśnienie**

Jednostka powinna korzystać z ankiet badania opinii pacjenta z zachowaniem anonimowości i właściwej liczby ankietowanych (10% zadeklarowanej dorosłej populacji). Ankietowany powinien wypełniać ją po uzyskaniu świadczenia w jednostce. Opracowana ankieta powinna dotyczyć co najmniej jednego istotnego dla jednostki problemu. W ankiecie anonimowej powinny znaleźć się dane, takie jak płeć, wiek i wykształcenie ankietowanego.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Jednostka prowadzi badanie opinii pacjentów zgodnie z metodologią badań społecznych nie rzadziej niż raz w roku.
- 3 – Jednostka prowadzi badanie opinii pacjentów niezgodnie z metodologią badań społecznych lub rzadziej niż raz w roku.
- 1 – Jednostka nie prowadzi badania opinii pacjentów.

PJ 1.6.2

Badania opinii są wykorzystywane dla poprawy jakości świadczeń.

Wyjaśnienie

Badanie opinii pacjentów zakończone jest analizą. Analiza wyników prowadzi do formułowania z niej wniosków oraz inicjowania działań projakościowych i wprowadzania zmian w działalności; stanowi temat zebrań zespołu jednostki.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Jednostka wykorzystuje wnioski z badań opinii pacjentów.
- 1 – Jednostka nie prowadzi analizy badań opinii pacjentów lub nie wykorzystuje płynących z niej wniosków.

PJ 1.7

Jednostka ma opracowany program opieki środowiskowej.

Wyjaśnienie

W opiece środowiskowej decydującą rolę spełnia współpraca pielęgniarki, położnej, opiekuna społecznego oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Jednostka gromadzi odpowiednią dokumentację i okresowo dokonuje jej przeglądu, a wnioski z tego przeglądu stanowią podstawę opracowania programu opieki środowiskowej.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji

Punktowanie

- 5 – Jednostka ma zgromadzoną prawidłowo prowadzoną dokumentację opieki środowiskowej oraz program opieki środowiskowej.
- 3 – Jednostka ma zgromadzoną prawidłowo prowadzoną dokumentację opieki środowiskowej, lecz nie posiada programu opieki środowiskowej.
- 1 – Jednostka nie posiada odpowiedniej dokumentacji i programu opieki środowiskowej.

PJ 1.8

Zasady stosowania leków w jednostce zostały opracowane.**Wyjaśnienie**

Opracowane zasady stosowania leków (produktów leczniczych) w jednostce powinny zawierać:

- podział na leki stosowane pozajelitowo, doustnie, do inhalacji i zewnętrznie,
- wielkość dawek, częstość i szybkość ich podawania,
- informację, kto może podać lek,
- określenie możliwych wczesnych działań niepożądanych i sposobu postępowania,
- określenie czasu, w którym chory powinien pozostać pod obserwacją personelu,
- zasady przechowywania leków i kontroli ważności leków,
- plan okresowych szkoleń.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji

Punktowanie

- 5 – Zasady stosowania leków w jednostce są opracowane i personel je zna.
- 3 – Zasady stosowania leków w jednostce są opracowane, ale personel ich nie zna.
- 1 – Nie ma opracowanych zasad stosowania leków w jednostce.

PJ 2

Kierownictwo odpowiada za zapewnienie wysokiej jakości świadczeń.**Wyjaśnienie**

Kierownictwo wyznaczyło i uprawomocniło osobę odpowiedzialną za jakość świadczonych usług. Osoba ta zna i wdraża zasady ciągłej poprawy jakości. Poprawa wyników opieki nad pacjentem jest pochodną ulepszanych, reorganizowanych procesów opieki. Udział w kursach, szkoleniach, warsztatach, konferencjach o tematyce dotyczącej jakości zwiększa prawdopodobieństwo właściwego sterowania działaniami na rzecz poprawy. Kierownictwo wspiera program poprawy jakości poprzez:

- popularyzację przekonania, że działania na rzecz poprawy jakości usług mają istotny wpływ na poziom świadczonych usług,
- autoryzację programu i zatwierdzenie bieżącego planu pracy,
- prowadzenie dokumentacji, która potwierdza wiarygodność realizacji i profesjonalizm programu,
- wdrażanie mechanizmów stymulujących i koordynujących przepływ informacji wśród personelu,
- alokację środków umożliwiającą realizację programu poprawy jakości,
- okresowy lub co najmniej doroczny przegląd efektów realizacji programu.

Alokacja odpowiednich środków uwzględnia:

- określenie osoby/osób odpowiedzialnych za realizację programu,
- zapewnienie odpowiedniej ilości czasu dla udziału w działaniach na rzecz poprawy jakości,
- zapewnienie przestrzeni biurowej i materiałów, sprzętu komputerowego, dostępu do danych statystycznych i historii chorób, co ułatwia zbieranie i analizę danych.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji

Punktowanie

- 5 – Kierownictwo wdraża zasady ciągłej poprawy jakości.
- 1 – Kierownictwo nie wdraża zasad ciągłej poprawy jakości.

PJ 3

Jednostka wyznaczyła osobę lub zespół realizujący program poprawy jakości.

Wyjaśnienie

Dla realizacji programu poprawy konieczne jest wyznaczenie osoby, a w większej jednostce zespołu realizatorów. Winni oni kierować działaniami na rzecz jakości i odpowiadać za wdrażanie programu.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji

Punktowanie

- 5 – Wyznaczono osobę lub zespół odpowiedzialny za realizację programu poprawy jakości.
- 1 – Brak osoby lub zespołu odpowiedzialnych za realizację programu poprawy jakości.

PJ 4

Personel jednostki uczestniczy w szkoleniach z zakresu jakości.

Wyjaśnienie

Istotne jest, by pracownicy organizacji stale podnoszącej jakość świadczonych usług byli szkoleni co najmniej raz w roku w prowadzeniu oceny i umiejętności poprawy tych procesów, które prowadzą do uzyskania coraz lepszych wyników opieki. Personel zna priorytety dla poprawy jakości, którymi kieruje się kierownictwo i rozumie, że aktywności dla poprawy są nieodłącznym elementem działalności jednostki. Szkolenia personelu zapewniają wiedzę umożliwiającą prowadzenie poprawy działania (istotność pomiarów w analizie procesu, wykorzystanie danych i informacji, stosowanie narzędzi analitycznych, itp.).

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji

Punktowanie

- 5 – Zespół jest systematycznie szkolony w tematyce zapewnienia jakości.
- 3 – Zespół nie jest systematycznie szkolony w tematyce zapewnienia jakości.
- 1 – Zespół nie jest szkolony w tematyce zapewnienia jakości.

BEZPIECZEŃSTWO

OPIEKI

BEZPIECZEŃSTWO OPIEKI

- BO 1** Jednostka posiada efektywny system postępowania w stanach zagrożenia życia.
 - BO 1.1** Jednostka wdrożyła procedury postępowania w stanach zagrożenia życia.
 - BO 1.2** Jednostka posiada produkty lecznicze, wyroby medyczne niezbędne w stanach zagrożenia życia.
 - BO 1.3** Personel zna miejsce przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych stosowanych w stanach zagrożenia życia.
 - BO 1.4** Jednostka wdrożyła procedurę wzywania pomocy w stanach zagrożenia życia.
- BO 2** Jednostka opracowała i wdrożyła procedury postępowania z produktami leczniczymi.
 - BO 2.1** Jednostka posiada system właściwego przechowywania w szczególności produktów leczniczych wymagających obniżonej temperatury.
 - BO 2.2** Tylko wyznaczony personel ma dostęp do miejsca przechowywania produktów leczniczych.
 - BO 2.3** Termin ważności posiadanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych jest kontrolowany.
 - BO 2.4** Zostały opracowane i wdrożone procedury postępowania z produktami wstrzymanymi i wycofanymi.
- BO 3** Produkty lecznicze są podawane wyłącznie przez uprawniony personel.
 - BO 3.1** Jednostka określiła, jakie produkty lecznicze są w niej podawane.
 - BO 3.2** Personel podający leki zna ich możliwe działania niepożądane.
- BO 4** Jednostka wdrożyła zasady postępowania w przypadku ofiar przemocy lub zaniedbania.
- BO 5** Jednostka przyjęła schemat empirycznego stosowania antybiotyków.
- BO 6** Jednostka nadzoruje zawartość torby wyjazdowej.
 - BO 6.1** Jednostka określiła zawartość torby wyjazdowej.
 - BO 6.2** Zawartość torby wyjazdowej jest odpowiednia.
- BO 7** Jednostka wdrożyła standardy higieniczne dotyczące:
 - BO 7.1** mycia, dezynfekcji lub sterylizacji wyrobów medycznych,
 - BO 7.2** dostępności środków ochrony osobistej,
 - BO 7.3** dostępności wyrobów medycznych jednorazowego użytku,
 - BO 7.4** postępowania z odpadami,
 - BO 7.5** utrzymania warunków higieniczno-sanitarnych.

BEZPIECZEŃSTWO OPIEKI (BO)

BO 1

Jednostka posiada efektywny system postępowania w stanach zagrożenia życia.

Wyjaśnienie

W nagłych przypadkach konieczne jest szybkie działanie, zastosowanie produktów leczniczych lub zastosowanie rękoczynów i wyrobów medycznych. Niezbędna jest znajomość zarówno sposobu użycia produktów leczniczych i wyrobów medycznych, jak i umiejętność szybkiego sięgnięcia po nie.

BO

BO 1.1

Jednostka wdrożyła procedury postępowania w stanach zagrożenia życia.

Wyjaśnienie

Jednostka winna opracować i wdrożyć procedury postępowania przynajmniej w następujących przypadkach zagrażających życiu:

- niedrożność górnych dróg oddechowych,
- bezdech,
- zatrzymanie krążenia,
- utarta przytomności,
- wstrząs,
- krwotok.

W jednostce winny być dostępne algorytmy, schematy, ilustracje postępowania w wymienionych wyżej przypadkach

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

5 – Personel zna opracowane procedury pomocy i zabezpieczenia chorego w stanach zagrożenia życia.

3 – Personel nie zna opracowanych procedur pomocy i zabezpieczenia chorego w stanach zagrożenia życia.

1 – Brak opracowanych procedur pomocy i zabezpieczenia chorego w stanach zagrożenia życia.

BO 1.2

Jednostka posiada produkty lecznicze, wyroby medyczne niezbędne w stanach zagrożenia życia.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada produkty lecznicze i wyroby medyczne niezbędne w stanach zagrożenia życia.
- 3 – W jednostce nie ma wszystkich produktów leczniczych i wyrobów medycznych niezbędnych w stanach zagrożenia życia.
- 1 – Jednostka nie posiada produktów leczniczych i wyrobów medycznych niezbędnych w stanach zagrożenia życia.

BO 1.3

Personel zna miejsce przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych stosowanych w stanach zagrożenia życia.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Wszyscy zatrudnieni znają miejsce przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych stosowanych w stanach zagrożenia życia.
- 1 – Nie wszyscy zatrudnieni znają miejsca przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych stosowanych w stanach zagrożenia życia.

BO 1.4

Jednostka wdrożyła procedurę wzywania pomocy w stanach zagrożenia życia.

Wyjaśnienie

W jednostce ustalono, które osoby, na czyje polecenie i w jaki sposób mają wzywać pomoc w sytuacjach ratowania życia. Procedura winna obejmować numery telefonów alarmowych oraz sposoby formułowania informacji o zaistniałej sytuacji dyspozytorowi. Opracowana procedura jest doskonała podczas okresowych ćwiczeń wewnętrzzakładowych.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji

Punktowanie

- 5 – Personel zna procedurę wzywania pomocy w stanach zagrożenia życia.
- 3 – Nie wszyscy zatrudnieni znają procedurę wzywania pomocy w stanach zagrożenia życia.
- 1 – Brak procedury wzywania pomocy w stanach zagrożenia życia.

BO 2

Jednostka opracowała i wdrożyła procedury postępowania z produktami leczniczymi.

BO 2.1

Jednostka posiada system właściwego przechowywania w szczególności produktów leczniczych wymagających obniżonej temperatury.**Wyjaśnienie**

Właściwe przechowywanie produktów leczniczych (w tym surowic i szczepionek) jest niezwykle istotne ze względu na bezpieczeństwo i skuteczność ich stosowania. Należy przestrzegać zaleceń producenta. Funkcjonujący w jednostce system przechowywania takich produktów powinien uwzględniać stałe monitorowanie warunków przechowywania.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia
- przegląd dokumentacji (zapisów sprawdzania temperatury lodówki)

Punktowanie

- 5 – Produkty lecznicze są przechowywane zgodnie z obowiązującymi zaleceniami producenta.
- 1 – Produkty lecznicze są przechowywane niezgodnie z obowiązującymi zaleceniami producenta.

BO 2.2

Tylko wyznaczony personel ma dostęp do miejsca przechowywania produktów leczniczych.**Wyjaśnienie**

Produkty lecznicze są przechowywane w warunkach uniemożliwiających dostęp do nich osób niepowołanych. Przechowywane są w zamkniętych szafkach lub pomieszczeniach, których nie można otworzyć bez użycia odpowiedniego klucza mechanicznego lub elektronicznego.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Produkty lecznicze są właściwie zabezpieczone przed dostępem osób niepowołanych.
- 1 – Jednostka nie posiada zabezpieczeń chroniących produkty lecznicze przed dostępem osób niepowołanych.

BO 2.3

Termin ważności posiadanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych jest kontrolowany.**Wyjaśnienie**

W jednostce funkcjonuje system nadzoru nad przechowywanymi produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi. Polega on na okresowej kontroli sposobu przechowywania leków i wyrobów medycznych, ich ilości oraz sprawdzaniu terminu ważności leków, a także zgodności stanu z dokumentacją wydawania (w odniesieniu do leków, dla których przyjęto zasady kontroli wydawania, np. leków narkotycznych). Jednostka winna też posiadać i stosować procedurę postępowania z przeterminowanymi produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Opracowano pisemnie i wdrożono obie procedury.
- 3 – Opracowano pisemnie jedną procedurę.
- 1 – Brak pisemnie opracowanych procedur.

BO 2.4

Zostały opracowane i wdrożone procedury postępowania z produktami wstrzymanymi i wycofanymi.

Wyjaśnienie

Osoba wyznaczona przez kierownika jednostki systematycznie sprawdza informacje o wstrzymaniu lub wycofaniu z obrotu produktu leczniczego. Opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku pojawienia się komunikatu i decyzji Głównego Inspektora Farmaceutycznego (www.gif.gov.pl).

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji

Punktowanie

- 5 – Jest wyznaczona osoba a procedura pozyskiwania informacji i postępowania w przypadku wstrzymania lub wycofania leku z obrotu została opracowana oraz wdrożona.
- 1 – Nie wyznaczono osoby a procedura pozyskiwania informacji i postępowania w przypadku wstrzymania lub wycofania leku z obrotu nie została opracowana.

BO 3

Produkty lecznicze są podawane wyłącznie przez uprawniony personel.

Wyjaśnienie

Podawanie produktów leczniczych (w tym surowic i szczepionek) powinno odbywać się w warunkach bezpiecznych. Osoby wykonujące te czynności powinny właściwie podać lek, lub wykonać iniekcję bądź infuzję. Winny znać możliwe działania uboczne i niepożądane oraz wiedzieć, jak im przeciwdziałać lub jak postąpić, gdy wystąpią. Zaleca się pisemne opracowanie najważniejszych informacji o podawanych lekach tak, aby uprawniony personel mógł w dowolnym czasie sprawdzić istotne informacje dotyczące postępowania.

BO 3.1

Jednostka określiła, jakie produkty lecznicze są w niej podawane.

Wyjaśnienie

Została opracowana lista podawanych leków (w tym surowic i szczepionek), określająca substancje, drogę podawania oraz wskazanie, które osoby są uprawnione do podawania konkretnego leku.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – Wszystkie stosowane produkty lecznicze zgodne są z listą podawanych w jednostce leków i podawane są przez osoby wskazane na liście.
- 3 – Nie wszystkie stosowane produkty lecznicze znajdują się na liście podawanych w jednostce leków lub leki podawane są przez osoby nie wskazane na liście.
- 1 – Brak listy stosowanych produktów leczniczych i osób wskazanych do ich podawania.

BO 3.2**Personel podający leki zna ich możliwe działania niepożądane.****Wyjaśnienie**

Wszyscy spośród uprawnionych do podawania leków i innych produktów leczniczych wskazanych przez kierownika jednostki znają warunki ich podawania, możliwe działania niepożądane oraz potencjalne powikłania. Wiedzą, jak postąpić w przypadku wystąpienia działań niepożądanych, w tym również o konieczności zgłoszenia działania niepożądanego leku do krajowego rejestru.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Uprawniony personel dobrze zna działanie podawanych leków i wie, jak postępować w przypadku wystąpienia działań niepożądanych.
- 3 – Uprawniony personel nie w pełni zna działanie podawanych leków.
- 1 – Nie ustalono personelu uprawnionego do podawania leków.

BO 4**Jednostka wdrożyła zasady postępowania w przypadku ofiar przemocy lub zaniedbania.****Wyjaśnienie**

Procedura postępowania powinna dotyczyć sposobu badania oraz warunków, w jakich to badanie ma być realizowane, a także zasad współpracy z innymi organizacjami, takimi jak: policja, szpital. Procedura ta musi być znana lekarzom i pielęgniarkom pracującym w jednostce.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – W jednostce wdrożono zasady postępowania w przypadku ofiar przemocy lub zaniedbania.
- 3 – Nie wszystkie osoby znają zasady postępowania w przypadku ofiar przemocy lub zaniedbania.
- 1 – W jednostce nie opracowano zasad postępowania w przypadku ofiar przemocy lub zaniedbania.

BO 5

Jednostka przyjęła schemat empirycznego stosowania antybiotyków.**Wyjaśnienie**

Stosowanie antybiotyków w przypadkach braku badań bakteriologicznych winno opierać się na przyjętym schemacie stosowania poszczególnych antybiotyków w najczęściej występujących schorzeniach infekcyjnych, z jakimi jednostka ma do czynienia. Ustalenia, jakie antybiotyki pierwszego rzutu powinny być standardowo stosowane w poszczególnych schorzeniach narządowych, winny opierać się na doświadczeniach własnych praktyki i ewentualnie badaniach odnoszących się do zbliżonych populacji polskich.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Jednostka przyjęła schemat empirycznego stosowania antybiotyków i jest on znany lekarzom.
- 3 – Jednostka przyjęła schemat empirycznego stosowania antybiotyków, ale nie jest on znany wszystkim lekarzom pracującym w jednostce.
- 1 – Jednostka nie określiła schematu empirycznego stosowania antybiotyków.

BO 6

Jednostka nadzoruje zawartość torby wyjazdowej.**Wyjaśnienie**

Jednostka winna określić listę produktów leczniczych i wyrobów medycznych, które wchodzi w skład torby wyjazdowej (neseser, walizka, kontener), w szczególności używanej często lub w stanach nagłych, do pracy w środowisku: lekarza, pielęgniarki i położnej. Lista zawartości powinna uwzględniać rodzaj świadczeń, udzielanych przez lekarza, pielęgniarkę i położną podczas wizyt domowych. Zawartość torby jest kompletowana przez personel po odbytych wizytach i uzupełniana zgodnie z listą.

BO 6.1

Jednostka określiła zawartość torby wyjazdowej.**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji

Punktowanie

- 5 – Zawartość toreb wyjazdowych została pisemnie określona.
- 1 – Brak pisemnego określenia zawartości toreb.

BO 6.2

Zawartość torby wyjazdowej jest odpowiednia.**Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Zawartość toreb wyjazdowych jest odpowiednia do wykonywanych świadczeń.
- 1 – Zawartość toreb wyjazdowych nie jest odpowiednia.

BO 7**Jednostka wdrożyła standardy higieniczne dotyczące:****BO****BO 7.1****mycia, dezynfekcji lub sterylizacji wyrobów medycznych,****Wyjaśnienie**

Jednostka musi określić i wdrożyć sposób wykonywania sterylizacji lub dezynfekcji (organizacja pracy, monitorowanie procesu, pakowanie, przechowywanie). Jednostka może czynności te zlecić zewnętrznemu wykonawcy, wtedy standard zakładowy winien określać sposób przygotowania, przekazywania, odbioru i składowania wyrobów medycznych jałowych bądź zdezynfekowanych. W przypadku stosowania wyłącznie wyrobów medycznych jednorazowego użytku standard jest nieoceniany.

Sprawdzenie

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

Punktowanie

- 5 – Jednostka określiła i wdrożyła standard mycia, dezynfekcji lub sterylizacji wyrobów medycznych, zgodnie z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi sterylizacji.
- 1 – Brak odpowiedniego standardu mycia, dezynfekcji lub sterylizacji wyrobów medycznych.

BO 7.2**dostępności środków ochrony osobistej,****Wyjaśnienie**

Środki ochrony osobistej: rękawiczki, fartuchy, maski i środki myjące, antyseptyczne winny być łatwo dostępne dla personelu.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Jednostka zapewnia łatwy dostęp do środków ochrony osobistej i środków czystości.
- 3 – Nie wszystkie środki ochrony osobistej i środki czystości są łatwo dostępne.
- 1 – Jednostka nie określiła i/lub nie zapewnia dostępności do środków ochrony osobistej i środków czystości.

BO 7.3

dostępności wyrobów medycznych jednorazowego użytku,**Wyjaśnienie**

Wyroby medyczne jednorazowego użytku powinny być stale dostępne dla personelu, a ich rodzaj i zasady dostępu określone na piśmie.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- wywiad z bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Określono i wdrożono zasady dostępu do wyrobów medycznych jednorazowego użytku.
 1 – Nie określono i/lub nie wdrożono zasad dostępu do wyrobów medycznych jednorazowego użytku.

BO 7.4

postępowania z odpadami,**Wyjaśnienie**

Określono rodzaje odpadów występujących w jednostce. Ustalono sposoby postępowania z poszczególnymi kategoriami odpadów w oparciu o obowiązujące aktualnie regulacje prawne. Ustalono harmonogram postępowania i osoby odpowiedzialne. Procedury powinny być łatwo dostępne dla personelu.

Sprawdzenie

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

Punktowanie

- 5 – Jednostka określiła i wdrożyła procedury dotyczące postępowania z odpadami.
 1 – Jednostka nie określiła i/lub nie wdrożyła procedur dotyczących postępowania z odpadami.

BO 7.5

utrzymania warunków higieniczno-sanitarnych,**Wyjaśnienie**

Określono istniejące w jednostce strefy sanitarne, pomiędzy którymi transmisja patogenów chorobotwórczych winna być szczególnie ograniczona. Ustalono zasady utrzymania właściwych warunków higieniczno-sanitarnych w poszczególnych strefach (korytarz, poczekalnia, gabinety, sala zabiegowa itp.). Określono rodzaje sprzętu służącego do utrzymania czystości w poszczególnych strefach. Personel sprzątający ma łatwy dostęp do przyjętych ustaleń. Personel sprzątający zna i przestrzega przyjęte ustalenia.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Jednostka określiła i wdrożyła wytyczne dotyczące zasad utrzymania warunków sanitarno-higienicznych.
- 3 – Istnieje niewielka niezgodność pomiędzy przyjętym standardem a praktyką.
- 1 – Jednostka nie określiła i/lub nie wdrożyła wytycznych dotyczących zasad utrzymania warunków sanitarno-higienicznych.

ZESPÓŁ

WSPÓŁPRACOWNIKÓW

ZESPÓŁ WSPÓŁPRACOWNIKÓW

- ZW 1** Jednostka określiła obowiązki i uprawnienia członków zespołu i zapewnia ich współdziałanie.
 - ZW 1.1** Jednostka określiła uprawnienia i odpowiedzialność członków zespołu.
 - ZW 1.2** Jednostka opracowała zakresy obowiązków.
 - ZW 1.3** Jednostka określiła zakresy samodzielnych decyzji dotyczących pacjentów.
- ZW 2** Wszystkie osoby udzielające świadczeń medycznych mają prawo wykonywania zawodu a jednostka posiada na to dowód.
- ZW 3** Jednostka dba o stałe podnoszenie kwalifikacji personelu.
 - ZW 3.1** Personel lekarski uczestniczy w podnoszeniu swoich kwalifikacji.
 - ZW 3.2** Pozostali członkowie zespołu podnoszą swoje kwalifikacje.
 - ZW 3.3** Personel jest szkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy.
- ZW 4** Pracownicy odbywają regularne spotkania.

ZESPÓŁ WSPÓŁPRACOWNIKÓW (ZW)

ZW 1

Jednostka określiła obowiązki i uprawnienia członków zespołu i zapewnia ich współdziałanie.

Wyjaśnienie

Jednostka określiła zakres obowiązków dla każdego członka zespołu, wymagane kwalifikacje, uprawnienia i odpowiedzialność za realizowane zadania. Dotyczy to zarówno osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę, jak też zatrudnionych na innych zasadach, np. w oparciu o kontrakty, umowy zlecenia itp. Określone zostały relacje między członkami zespołu i sposób ich współdziałania. Jednostka ma często do zrealizowania szereg zadań, które wymagają współdziałania, w tym także członków podmiotów współpracujących z jednostką (np. praktyki pielęgniarskiej).

ZW

ZW 1.1

Jednostka określiła uprawnienia i odpowiedzialność członków zespołu.

Wyjaśnienie

Jednostka winna dysponować odpowiednim dokumentem, okresowo aktualizowanym, który określa zadania realizowane przez zespół współpracowników, kwalifikacje wymagane do realizacji poszczególnych zadań, indywidualne uprawnienia i odpowiedzialność oraz współzależność poszczególnych członków zespołu.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada kompletne, okresowo aktualizowane dokumenty dotyczące uprawnień i odpowiedzialności wszystkich członków zespołu.
- 3 – Dokumenty są niekompletne, nie zawierają wszystkich elementów wymienionych w wyjaśnieniu.
- 1 – Nie opracowano odpowiednich dokumentów.

ZW 1.2

Jednostka opracowała zakresy obowiązków.

Wyjaśnienie

Dokument dotyczący uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych pracowników dostępny jest każdemu pracownikowi. Aby łatwo mógł wiedzieć, kto i za co jest odpowiedzialny. Równocześnie każdy pracownik powinien otrzymać swój zakres obowiązków.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji personelu

Punktowanie

5 – Każdy pracownik otrzymał kompletny i aktualny zakres obowiązków.

1 – Pracownicy nie otrzymali zakresu obowiązków lub opracowane zakresy nie są kompletne.

ZW 1.3

Jednostka określiła zakresy samodzielnych decyzji dotyczących pacjentów.

Wyjaśnienie

Decyzje medyczne podejmowane są przez lekarzy, pielęgniarki i pielęgniarki środowiskowe oraz położne rodzinne. Dotyczy to kierowania pacjentów do specjalistów; wyboru rodzaju i ilości testów i procedur diagnostycznych oraz ich wykonawców; inicjowania i kontynuowania terapii; wykonywania zabiegów i procedur; prowadzenia wizyt domowych, terminarza konsultacji, przyjmowania deklaracji pacjentów. Zakresy uprawnień do podejmowania poszczególnych decyzji medycznych winny być zdefiniowane i określone.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

5 – Określono zakresy uprawnień, w oparciu o które członkowie zespołu podejmują samodzielne decyzje dotyczące pacjentów.

1 – Nie określono zakresów uprawnień do podejmowania samodzielnych decyzji w odniesieniu do pacjentów.

ZW 2

Wszystkie osoby udzielające świadczeń medycznych mają prawo wykonywania zawodu a jednostka posiada na to dowód.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z personelem

Punktowanie

5 – Jednostka posiada dowody, że wszystkie osoby posiadają prawo wykonywania zawodu.

1 – Jednostka nie posiada dowodów, że wszystkie osoby posiadają prawo wykonywania zawodu.

ZW 3

Jednostka dba o stałe podnoszenie kwalifikacji personelu.

Wyjaśnienie

Edukacja personelu jest elementem o kluczowym znaczeniu dla poziomu świadczonych usług, dlatego jednostka winna posiadać plan stałego podnoszenia kwalifikacji pracowników. W jednostce winny odbywać się regularnie szkolenia, w ich realizację zaangażowany powinien być cały personel. Podnoszenie kwalifikacji obejmuje przynajmniej:

- szkolenia w zakresie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego,
- praktyczne szkolenie z zasad udzielania pierwszej pomocy,
- rozwijanie, niezbędnych umiejętności komunikacji interpersonalnej,
- udział w kursach i szkoleniach z zakresu poprawy jakości.

Edukacja personelu może odbywać się w różnych formach (szkolenie wewnętrzne i/lub zewnętrzne, udział w kursach, konferencjach itp.) i jest udokumentowana.

ZW 3.1

Personel lekarski uczestniczy w podnoszeniu swoich kwalifikacji.

Wyjaśnienie

Każdy lekarz uczestniczy w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe i aktualizujących wiedzę medyczną. Udział w szkoleniach jest odnotowywany w aktach osobowych

Sprawdzenie

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

Punktowanie

- 5 – Każdy lekarz uzyskał co najmniej 50 punktów edukacyjnych w ostatnim roku i uczestniczył w co najmniej dwóch szkoleniach rekomendowanych przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.
- 3 – Każdy lekarz uzyskał co najmniej 40 punktów edukacyjnych w ostatnim roku.
- 1 – Lekarze uzyskali poniżej 40 punktów edukacyjnych w ostatnim roku.

ZW 3.2

Pozostali członkowie zespołu podnoszą swoje kwalifikacje.

Wyjaśnienie

Inni członkowie zespołu (personel medyczny) uczestniczą w szkoleniach zewnętrznych, mających na celu podnoszenie kwalifikacji zawodowych, odpowiednio do zajmowanego stanowiska.

Sprawdzenie

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

Punktowanie

- 5 – Cały pozostały personel medyczny uczestniczył w ciągu ostatniego roku w przynajmniej dwóch szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe w ciągu ostatniego roku.
- 3 – Cały pozostały personel medyczny uczestniczył w ciągu ostatniego roku w co najmniej jednym szkoleniu podnoszącym kwalifikacje zawodowe.
- 1 – Część pozostałego personelu medycznego uczestniczyła w ciągu ostatniego roku w co najmniej jednym szkoleniu podnoszącym kwalifikacje zawodowe.

ZW 3.3

Personel jest szkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy.**Wyjaśnienie**

Personel powinien umieć udzielić pierwszej pomocy pacjentowi, który zasłabł, lub u którego występują objawy zagrożenia życia. W szczególności członkowie personelu winni umieć rozpoznać stan zatrzymania oddechu, krążenia i rozpocząć resuscytację krążeniowo oddechową.

Resuscytacja wymaga działań pewnych oraz wiedzy i umiejętności, które winny być niezawodne oraz przeprowadzane bez wahania. Stąd systematyczne (przynajmniej raz w roku), praktyczne szkolenia w prowadzeniu resuscytacji mają podstawowe znaczenie. Zaleca się, aby cały personel medyczny odbył odpowiednie szkolenie wg wytycznych Polskiej Rady Resuscytacji (PRR).

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji

Punktowanie

- 5 – Cały personel jest raz w roku szkolony w udzielaniu pierwszej pomocy według wytycznych PRR.
- 3 – Większość personelu jest raz w roku szkolona w udzielaniu pierwszej pomocy.
- 1 – Większość personelu nie jest systematycznie szkolona w udzielaniu pierwszej pomocy lub szkolenia odbywają się niesystematycznie.

ZW 4

Pracownicy odbywają regularne spotkania.**Wyjaśnienie**

Co najmniej raz na kwartał wszyscy pracownicy uczestniczą w spotkaniach poświęconych zagadnieniom funkcjonowania jednostki. Są one wpisane w terminarz.

Spotkania personelu medycznego oraz niemedycznego sprzyjają lepszemu przepływowi informacji pomiędzy kierownictwem, a pracownikami. Są ważne dla obu stron, a w końcowym efekcie istotne dla jakości opieki, gdyż stwarzają platformę wzajemnego porozumienia, ułatwiają koordynację działań i stymulują pracę zespołową. Strategia działania winna określać częstotliwość takich spotkań.

Ustalenia i wnioski z tych spotkań powinny być dokumentowane i odpowiednio przechowywane.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Jednostka prowadzi regularne spotkania, zgodnie z terminarzem, w których uczestniczą wszyscy pracownicy.
- 3 – Spotkania pracowników są regularne, ale nie uczestniczą w nich wszyscy pracownicy.
- 1 – Spotkania pracowników nie są regularne i nie uczestniczą w nich wszyscy pracownicy.

DOKUMENTACJA
MEDYCZNA

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

- DM 1** Jednostka określiła zawartość dokumentacji medycznej.
- DM 2** Dokumentacja medyczna jest łatwo dostępna dla personelu medycznego.
- DM 3** Dokumentacja medyczna jest zabezpieczona przed utratą, zagubieniem, zniszczeniem, sfałszowaniem i dostępem osób nieupoważnionych.
- DM 4** Dokumentacja medyczna jest prowadzona na bieżąco.
- DM 5** Dokumentacja medyczna jest wypełniana czytelnie i zrozumiale.
- DM 6** Każdy wpis do dokumentacji medycznej jest datowany i autoryzowany.
- DM 7** Dokumentacja medyczna zawiera kluczowe informacje:
 - DM 7.1** dane identyfikacyjne pacjenta,
 - DM 7.2** informacje o uzależnieniach,
 - DM 7.3** wywiad rodzinny,
 - DM 7.4** listę istotnych problemów zdrowotnych, rozpoznań,
 - DM 7.5** przebyte zabiegi i hospitalizacje,
 - DM 7.6** czynniki ryzyka,
 - DM 7.7** uczulenia i nietolerancje,
 - DM 7.8** listę leków przewlekle stosowanych,
 - DM 7.9** przeprowadzone szczepienia i stosowane surowice,
 - DM 7.10** miejsce w cyklu życiowym rodziny,
 - DM 7.11** opis warunków rodzinno-środowiskowych.
- DM 8** Istotne informacje medyczne znajdują się w tym samym miejscu każdej dokumentacji medycznej.
- DM 9** Każda porada medyczna jest dokumentowana.
- DM 10** Wpisy dotyczące porad powinny zawierać:
 - DM 10.1** dane subiektywne,
 - DM 10.2** dane obiektywne,
 - DM 10.3** analiza stanu pacjenta,
 - DM 10.4** plan postępowania.
- DM 11** Zlecenie i podanie leku parenteralnego jest dokumentowane.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA (DM)

DM 1

Jednostka określiła zawartość dokumentacji medycznej.

Wyjaśnienie

Jednostka określiła zakres informacji i wzory dokumentów, jakie powinny znajdować się w dokumentacji medycznej pacjenta. Sposobem określenia zakresu gromadzonych informacji może być instrukcja, obejmująca spis istotnych informacji o pacjencie (jakie informacje zbierane są przy każdej wizycie, jakie informacje zapisywane są przy pierwszym kontakcie z pacjentem, jakie informacje zbiera rejestratorka, pielęgniarka, położna i lekarz). Do instrukcji winny być dołączone wzory obowiązujących w jednostce dokumentów. Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej powinien uwzględniać możliwość gromadzenia kluczowych informacji o pacjencie w tym samym miejscu w każdej indywidualnej dokumentacji medycznej. Aby zapewnić ciągłość opieki, w dokumentacji medycznej znajdują się istotne informacje o pacjencie. Informacje te, umieszczone w określonym miejscu dokumentacji, usprawniają udzielanie porady medycznej. Dokumentacja w sposób możliwie pełny winna określać stan i potrzeby pacjenta, ułatwiać pracę personelowi. Jednostka posiada system gromadzenia dokumentacji medycznej, który umożliwia szybki dostęp do wiarygodnych informacji upoważnionym osobom i instytucjom.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Określono zawartość dokumentacji medycznej.
- 3 – Zawartość dokumentacji medycznej nie w pełni spełnia wymogi formalno-prawne.
- 1 – Występują znaczące braki w zawartości dokumentacji medycznej.

DM

DM 2

Dokumentacja medyczna jest łatwo dostępna dla personelu medycznego.

Wyjaśnienie

By zapewnić ciągłość opieki, dokumentacja medyczna winna być zorganizowana tak, aby łatwo można było uzyskać informacje o świadczonej do tej pory pacjentowi opiece. Istotne informacje kliniczne winny być dostępne w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej. Oba te typy dokumentacji winny być łatwe do uzyskania.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Dokumentacja medyczna jest łatwo dostępna dla personelu medycznego.
- 3 – Dokumentacja medyczna jest częściowo dostępna dla personelu medycznego.
- 1 – Dostęp do dokumentacji medycznej jest okresowo lub stale utrudniony.

DM 3

Dokumentacja medyczna jest zabezpieczona przed utratą, zagubieniem, zniszczeniem, sfałszowaniem i dostępem osób nieupoważnionych.**Wyjaśnienie**

Jednostka opracowała mechanizmy gwarantujące bezpieczeństwo informacji o pacjencie, uniemożliwiające dostęp osób nieupoważnionych oraz ochronę dokumentacji przed utratą, zaginięciem, zniszczeniem czy sfałszowaniem. Archiwalna dokumentacja medyczna pacjentów jest zabezpieczona i przechowywana w odpowiednim, bezpiecznym miejscu.

Wskazane jest określenie zakresu dostępu pracowników do poszczególnych informacji medycznych w zależności od zakresu kompetencji oraz kategorii bezpieczeństwa i poufności danych. Wpisów do dokumentacji pacjenta dokonuje wyłącznie upoważniony do tego personel. W przypadku prowadzenia dokumentacji komputerowej pracownicy upoważnieni do współprowadzenia kartoteki posługują się własnymi kodami użytkowników programu oraz mają określone uprawnienia w dokonywaniu wpisów i przeglądu dokumentacji.

Sprawdzenie

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

Punktowanie

- 5 – We wszystkich miejscach funkcjonują mechanizmy zabezpieczające informację o pacjencie.
- 3 – W większości miejsc funkcjonują mechanizmy zabezpieczające informację o pacjencie.
- 1 – W niewielu miejscach funkcjonują mechanizmy zabezpieczające informację o pacjencie.

DM 4

Dokumentacja medyczna jest prowadzona na bieżąco.**Wyjaśnienie**

System prowadzenia dokumentacji medycznej zapewnia jej terminowe kompletowanie. Wpisy w kartotece pacjenta dokonywane są na bieżąco, zaś opis wizyty domowej przed rozpoczęciem następnego dnia pracy. Dodatkowe dokumenty w postaci wyników badań diagnostycznych, wyników konsultacji itp. są dołączane w stosownym czasie.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – 100% dokumentacji medycznej jest wypełniane na bieżąco.
- 1 – Dokumentacja medyczna nie jest wypełniana na bieżąco.

DM 5

Dokumentacja medyczna jest wypełniana czytelnie i zrozumiale.**Wyjaśnienie**

Wpisy do dokumentacji winny być czytelne dla osób trzecich. Jeżeli stosowane są skróty, to powinna istnieć lista przyjętych skrótów.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem

Punktowanie

5 – 100% dokumentacji medycznej jest czytelne i zrozumiałe dla zespołu wizytującego.

1 – Poniżej 100% dokumentacji medycznej jest czytelne i zrozumiałe dla zespołu wizytującego.

DM 6

Każdy wpis do dokumentacji medycznej jest datowany i autoryzowany.**Wyjaśnienie**

Wpisy do dokumentacji pacjenta winny być podpisane lub w inny sposób powinno być zaznaczone autorstwo wpisu. Sposób zapisu powinien umożliwiać określenie dnia dokonania wpisu. W przypadku prowadzenia dokumentacji komputerowej winien istnieć system pozwalający na jednoznaczną identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz uniemożliwiający niezauważone dokonanie późniejszych zmian.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

5 – 100% dokumentacji medycznej spełnia kryteria standardu.

1 – Poniżej 100% dokumentacji medycznej spełnia kryteria standardu.

DM 7

Dokumentacja medyczna zawiera kluczowe informacje:**Wyjaśnienie**

Dokumentacja medyczna winna zawierać wszystkie istotne informacje o pacjencie. Informacje powinny być zbierane przy każdej wizycie. Kompletność zebranych informacji powinna być zapewniona możliwie podczas pierwszej, ale nie później niż przy trzeciej wizycie u lekarza i aktualizowana na bieżąco.

Kompletność wpisów oceniana będzie w oparciu o przegląd co najmniej 25 losowo wybranych dokumentacji.

DM 7.1

dane identyfikacyjne pacjenta,

Wyjaśnienie

Dane umożliwiające identyfikację pacjenta uwzględniają co najmniej: imię i nazwisko, PESEL, miejsce zamieszkania, telefon kontaktowy oraz inne dane, które ze względów formalnych mogą być konieczne np. do prawidłowego wypełniania skierowań, zaświadczeń itp.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera kompletne dane identyfikacyjne.
1 – Poniżej 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera kompletne dane identyfikacyjne.

DM 7.2

informacje o uzależnieniach,

Wyjaśnienie

W dokumentacji znajduje się informacja o nawykach i nałogach (alkohol, nikotyna, narkotyki, leki sedatywne, itp.).

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 80-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o uzależnieniach.
3 – 60-79% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o uzależnieniach.
1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o uzależnieniach.

DM 7.3

wywiad rodzinny,

Wyjaśnienie

W dokumentacji znajduje się informacja o przewlekłych chorobach w sposób istotny wpływających na życie chorego, jego rodziny oraz wymagających zwiększonej troski personelu jednostki. Dotyczy to zwłaszcza chorób układu krążenia, nowotworów i chorób metabolicznych występujących w rodzinie przynajmniej jedno pokolenie wstecz. Preferowanym sposobem gromadzenia i ilustrowania tych informacji jest genogram rodziny.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 80-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wywiad rodzinny.
3 – 60-79% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wywiad rodzinny.
1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wywiad rodzinny.

DM 7.4

listę istotnych problemów zdrowotnych, rozpoznań,**Wyjaśnienie**

Dokumentacja powinna zawierać rozpoznania wszystkich przewlekłych schorzeń, ułomności i innych problemów zdrowotnych, które mogą mieć wpływ na decyzje medyczne, a także aktualne informacje wynikające z pomiarów, w tym antropometrii.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 80-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera listę istotnych problemów zdrowotnych.
- 3 – 60-79% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera listę istotnych problemów zdrowotnych.
- 1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera listę istotnych problemów zdrowotnych.

DM 7.5

przebyte zabiegi i hospitalizacje,**Wyjaśnienie**

Dokumentacja medyczna pacjenta winna zawierać informacje o pobycie w szpitalu, sanatoriach, o przebytych zabiegach operacyjnych. W przypadku, gdy pacjent nie był hospitalizowany ani operowany, fakt ten również powinien być odnotowany.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 80-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wpis dotyczący przebytych zabiegów.
- 3 – 60-79% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wpis dotyczący przebytych zabiegów.
- 1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wpis dotyczący przebytych zabiegów.

DM 7.6

czynniki ryzyka,**Wyjaśnienie**

Dokumentacja posiada rubrykę lub katalog, w którym umieszczane są rozpoznane czynniki ryzyka poważnych schorzeń. Dotyczy to w szczególności chorób układu krążenia, nowotworów, chorób układu oddechowego. W przypadku braku takowych, adnotacja winna określać, iż nie stwierdza się czynników ryzyka.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 80-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o czynnikach ryzyka.

3 – 60-79% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o czynnikach ryzyka.

1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o czynnikach ryzyka.

DM 7.7

uczulenia i nietolerancje,

Wyjaśnienie

Dokumentacja posiada rubrykę lub katalog, w którym umieszczane są informacje o rozpoznanych uczuleniach i nietolerancjach. W przypadku braku uczuleń, powinno to być odnotowane.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 80-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o uczuleniach i nietolerancjach.

3 – 60-79% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o uczuleniach i nietolerancjach.

1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o uczuleniach i nietolerancjach.

DM 7.8

listę leków przewlekle stosowanych,

Wyjaśnienie

Dokumentacja medyczna posiada wyodrębniony katalog lub rubrykę zawierającą informacje o długotrwanie stosowanych lekach u pacjentów z przewlekłym problemem medycznym.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 80-100% przeglądanej dokumentacji medycznej pacjentów z przewlekłym problemem medycznym zawiera listę leków długotrwanie stosowanych.

3 – 60-79% przeglądanej dokumentacji medycznej pacjentów z przewlekłym problemem medycznym zawiera listę leków długotrwanie stosowanych.

1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej pacjentów z przewlekłym problemem medycznym zawiera listę leków długotrwanie stosowanych.

DM 7.9

przeprowadzone szczepienia i stosowane surowice,**Wyjaśnienie**

Dokumentacja medyczna posiada wyodrębniony katalog lub rubrykę zawierającą informacje o przeprowadzonych szczepieniach lub o podanych surowicach, preparatach białkowych. Jeżeli w jednostce istnieje odrębna dokumentacja szczepień, to dokumentacja medyczna danego pacjenta powinna posiadać wyraźnie jednoznaczne oznaczenie, iż istnieje osobna dokumentacja dotycząca szczepień tego pacjenta.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 80-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o przeprowadzonych szczepieniach i stosowanych surowicach.
- 3 – 60-79% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o przeprowadzonych szczepieniach i stosowanych surowicach.
- 1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o przeprowadzonych szczepieniach i stosowanych surowicach.

DM 7.10

miejsce w cyklu życiowym rodziny,**Wyjaśnienie**

W dokumentacji znajduje się informacja, w jakim miejscu cyklu życiowego rodziny znajduje się podopieczny. Może mieć ono formę pisemną lub schematu (genogram). Dokumentacja powinna zawierać aktualne informacje w tym zakresie.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 50-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o miejscu w cyklu życiowym rodziny.
- 3 – 25-49% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o miejscu w cyklu życiowym rodziny.
- 1 – Poniżej 25% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o miejscu w cyklu życiowym rodziny.

DM 7.11

opis warunków rodzinno-środowiskowych.**Wyjaśnienie**

W dokumentacji znajduje się oznaczenie statusu socjalnego rodziny: warunki życia, praca, wielkość mieszkania i liczba osób w nim zamieszkałych, warunki sanitarno-higieniczne (dostęp do prądu, wody, kanalizacji, typ ogrzewania), uzależnienia, przemoc i inne problemy rodzinne. Można wykorzystywać do tego celu standaryzowaną kartę wywiadu środowiskowego.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 50-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera opis warunków rodzinno-środowiskowych.
- 3 – 25-49% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera opis warunków rodzinno-środowiskowych.
- 1 – Poniżej 25% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera opis warunków rodzinno-środowiskowych.

DM 8

Istotne informacje medyczne znajdują się w tym samym miejscu każdej dokumentacji medycznej.

Wyjaśnienie

Dokumentacja pacjenta jest nie tylko medycznym, ale też prawnym i finansowym dokumentem działań personelu. Jednostka prowadzi jednolity wzór dokumentacji pacjentów po to, aby w możliwie przystępny sposób prowadzić analizy indywidualne pacjenta i epidemiologiczne w stosunku do populacji objętej opieką. Wzór ten uwzględnia miejsce na wpis wszystkich istotnych informacji o pacjencie.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 80-100% dokumentacji medycznej spełnia kryteria standardu.
- 3 – 60-79% dokumentacji medycznej spełnia kryteria standardu.
- 1 – Poniżej 60% dokumentacji medycznej spełnia kryteria standardu.

DM 9

Każda porada medyczna jest dokumentowana.

Wyjaśnienie

Każda porada udzielona, tak stałym jak i incydentalnym pacjentom podczas wizyty ambulatoryjnej, domowej, czy przez telefon, jest udokumentowana wpisem w dokumentacji medycznej pacjenta. Wpis dokumentujący udzieloną poradę medyczną umożliwia zapewnienie ciągłości opieki nad pacjentem innemu lekarzowi, pielęgniarce/położnej. Dlatego każdy wpis dotyczący porady uwzględnia wszystkie istotne elementy, takie jak: data, badanie przedmiotowe i podmiotowe, rozpoznanie, przepisane leki, zalecenia, skierowania. Informacje telefoniczne są również dokumentowane.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – 100% porad medycznych jest dokumentowane wpisem do dokumentacji medycznej.
- 3 – 70-99% porad jest dokumentowane wpisem do dokumentacji medycznej.
- 1 – Poniżej 70% porad jest dokumentowane wpisem do dokumentacji medycznej.

DM 10**Wpisy dotyczące porad powinny zawierać:****Wyjaśnienie**

Wpisy do dokumentacji medycznej odnoszące się do porady udzielonej pacjentowi w czasie wizyty w gabinecie, w czasie wizyty w domu pacjenta lub udzielanej przez telefon zawierają co najmniej określenie przyczyny zgłoszenia się, główne dolegliwości subiektywne (wywiad), obiektywną ocenę stanu pacjenta, rozpoznanie (ewentualnie podejrzenie) oraz plan postępowania z pacjentem: badania dodatkowe, konsultacje, przepisane leki (zgodnie z zasadą SOAP – dane subiektywne pochodzące z wywiadu, dane obiektywne z badań fizykalnego i dodatkowych, ocena w postaci rozpoznania, plan postępowania diagnostyczno-leczniczego).

DM 10.1**dane subiektywne,****Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 80-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera dane subiektywne.
- 3 – 60-79% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera dane subiektywne.
- 1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera dane subiektywne.

DM 10.2**dane obiektywne,****Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 80-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera dane obiektywne.
- 3 – 60-79% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera dane obiektywne.
- 1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera dane obiektywne.

DM 10.3**analiza stanu pacjenta,****Wyjaśnienie**

Na podstawie analizy danych obiektywnych i subiektywnych lekarz powinien wyciągnąć wnioski co do stanu pacjenta i postawić rozpoznanie.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 80-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wniosek dotyczący stanu pacjenta.

3 – 60-79% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wniosek dotyczący stanu pacjenta.

1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wniosek dotyczący stanu pacjenta.

DM 10.4

plan postępowania.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 80-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera plan postępowania.

3 – 60-79% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera plan postępowania.

1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera plan postępowania.

DM 11

Zlecenie i podanie leku parenteralnego jest dokumentowane.

Wyjaśnienie

Dokumentacja wykonywanych zleceń zawiera dane dotyczące zlecającego i wykonującego iniekcje lub infuzje.

Sprawdzenie

– przegląd dokumentacji wykonywanych zleceń

– wywiad z personelem

– obserwacja bezpośrednia

– wywiad z pacjentami

Punktowanie

5 – Wszystkie zlecenia i podanie leku parenteralnego są dokumentowane.

1 – Nie wszystkie zlecenia i podanie leku parenteralnego są dokumentowane.

ORGANIZACJA

JEDNOSTKI

ORGANIZACJA JEDNOSTKI

- OJ 1** Jednostka ma zdefiniowaną misję i jest ona znana pracownikom.
- OJ 2** Jednostka ma wyznaczone cele strategiczne.
- OJ 3** Jednostka posiada strategię działania.
- OJ 4** Jednostka określiła posiadaną oraz niezbędną strukturę.
- OJ 5** Strategia działania uwzględnia potrzeby populacji i jest aktualizowana.
 - OJ 5.1** Jednostka prowadzi analizę problemów zdrowotnych występujących u jej podopiecznych.
 - OJ 5.2** Jednostka prowadzi analizę czynników ryzyka występujących u jej podopiecznych.
 - OJ 5.3** Jednostka posiada zestawienie informacji demograficznych i epidemiologicznych dotyczących podopiecznych zadeklarowanych do jednostki.
 - OJ 5.4** Jednostka wykorzystuje wnioski z analiz epidemiologicznych i demograficznych oraz problemów zdrowotnych najczęściej występujących w zadeklarowanej populacji.
- OJ 6** Strategia uwzględnia programy poprawy jakości opieki.
- OJ 7** Jednostka posiada aktualny schemat organizacyjny.
- OJ 8** Jednostka określiła głównych partnerów zewnętrznych.
- OJ 9** Jednostka posiada harmonogram pracy i przestrzega go.
- OJ 10** Terminarz wizyt jest elastyczny i funkcjonalny.
- OJ 11** Jednostka posiada efektywny system rejestracji telefonicznej.
- OJ 12** Jednostka zapewnia pacjentom pisemne informacje dotyczące:
 - OJ 12.1** zakresu oferowanych świadczeń,
 - OJ 12.2** całodobowej opieki medycznej,
 - OJ 12.3** opłat za świadczone usługi.
- OJ 13** Pacjent ma zapewnioną możliwość zidentyfikowania personelu.
- OJ 14** Jednostka zapewnia wiarygodność wyników badań laboratoryjnych.
 - OJ 14.1** Jednostka korzysta z usług wiarygodnego laboratorium.
 - OJ 14.2** Personel jest szkolony w pobieraniu materiału do badań.
 - OJ 14.3** Zasady pobierania, przechowywania i transportowania próbek do laboratorium są znane personelowi jednostki.
- OJ 15** Dokumenty są datowane i autoryzowane oraz łatwo dostępne.
- OJ 16** Akta osobowe są zabezpieczone i przechowywane w bezpiecznym miejscu.

ORGANIZACJA JEDNOSTKI (OJ)

OJ 1**Jednostka ma zdefiniowaną misję i jest ona znana pracownikom.****Wyjaśnienie**

Określenie misji służy lepszej identyfikacji personelu z jednostką, koncentrując jej działania na realizacji wspólnego celu. Misja określa zasadniczy kierunek działalności jednostki. Stanowi podstawę identyfikacji celów i opracowania strategii ich realizacji. Personel zna misję i dąży do jej wypełniania w codziennej pracy.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Jednostka ma zdefiniowaną misję i jest ona znana personelowi.
- 3 – Misja jednostki jest zdefiniowana, ale nie jest znana całemu personelowi.
- 1 – Jednostka nie ma zdefiniowanej misji.

01

OJ 2**Jednostka ma wyznaczone cele strategiczne.****Wyjaśnienie**

Cele strategiczne są uszczegółowieniem misji.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Jednostka ma wyznaczone cele strategiczne.
- 1 – Jednostka nie ma wyznaczonych celów strategicznych.

OJ 3

Jednostka posiada strategię działania.**Wyjaśnienie**

Na podstawie celów strategicznych opracowywana jest strategia działania jednostki. Uwzględnia działania, które jednostka zamierza podjąć w oparciu o stwierdzone potrzeby i oczekiwania klientów zewnętrznych (w tym podopiecznych) i klientów wewnętrznych. Strategię działania opracowuje kierownictwo, które jest odpowiedzialne nie tylko za świadczenie bieżących usług zdrowotnych, ale także za zaspokajanie zmieniających się potrzeb społecznych. Dlatego też strategia podlega aktualizacji i konieczna jest doroczna informacja na temat realizacji zaplanowanych działań. Dokument zawiera opis mechanizmów i działań służących poprawie jakości świadczeń.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada strategię działania.
- 1 – Jednostka nie posiada strategii działania.

OJ 4

Jednostka określiła posiadaną oraz niezbędną strukturę.**Wyjaśnienie**

Jednostka opisała strukturę niezbędną do realizacji zamierzonych celów. Opis taki obejmuje określenie liczby i kwalifikacji personelu, warunków lokalowych, niezbędnego wyposażenia i sprzętu oraz sposobu organizacji jednostki. Przedstawienie struktury pożądanej w porównaniu ze stanem faktycznym pozwala zidentyfikować istniejące braki, co ułatwia opracowanie planu ich eliminacji jako elementu strategii działania.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Jednostka określiła posiadaną oraz niezbędną strukturę.
- 1 – Jednostka nie określiła posiadanej oraz niezbędnej struktury.

OJ 5

Strategia działania uwzględnia potrzeby populacji i jest aktualizowana.**Wyjaśnienie**

Potrzeby populacji określane są na podstawie danych demograficznych i epidemiologicznych oraz danych o problemach zdrowotnych podopiecznych jednostki.

OJ 5.1

Jednostka prowadzi analizę problemów zdrowotnych występujących u jej podopiecznych.**Wyjaśnienie**

Problemy zdrowotne należy rozumieć szerzej niż tylko w sferze biologicznej (choroby układu krążenia, cukrzyca, otyłość, nowotwory, czy alergie), ale również w sferze psychicznej (depresje, lęki, uzależnienia, czy otępienia) i sferze społecznej (patologia rodzin, samotność, bieda, niepełnosprawność). Określono w szczególności te rodzaje problemów zdrowotnych, które:

- występują często,
- dotyczą znaczącej liczby pacjentów,
- generują wysokie koszty opieki.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Jednostka analizuje wszystkie rodzaje problemów zdrowotnych swoich podopiecznych.
- 3 – Jednostka nie analizuje wszystkich rodzajów problemów zdrowotnych swoich podopiecznych.
- 1 – Jednostka nie analizuje problemów zdrowotnych swoich podopiecznych.

OJ 5.2

Jednostka prowadzi analizę czynników ryzyka występujących u jej podopiecznych.**Wyjaśnienie**

Analiza czynników ryzyka stanowi ważny element kierunkujący opiekę w zakresie głównych problemów zdrowotnych. Czynniki zewnętrzne, takie jak: stres, bezrobocie, brak higieny, niewłaściwa opieka oraz wewnętrzne, jak: hiperglikemia, hipercholesterolemia, czy próchnica zębów, są zawarte w analizie problemów zdrowotnych.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – W analizie problemów zdrowotnych podopiecznych są ujęte czynniki ryzyka.
- 3 – W analizie problemów zdrowotnych podopiecznych czynniki ryzyka ujęte są częściowo.
- 1 – W analizie problemów zdrowotnych podopiecznych nie ujęto czynników ryzyka.

OJ 5.3

Jednostka posiada zestawienie informacji demograficznych i epidemiologicznych dotyczących podopiecznych zadeklarowanych do jednostki.

Wyjaśnienie

Zestawienie obejmuje co najmniej następujące dane:

- strukturę wiekową i płci populacji,
- częstość występowania głównych problemów zdrowotnych:
 - wskaźnik zachorowalności,
 - najczęstsze przyczyny zgonów.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada zestawienie informacji epidemiologicznych i demograficznych podopiecznych.
- 3 – Jednostka nie w pełni realizuje wymogi standardu.
- 1 – Jednostka nie realizuje wymogów standardu.

OJ 5.4

Jednostka wykorzystuje wnioski z analiz epidemiologicznych i demograficznych oraz problemów zdrowotnych najczęściej występujących w zadeklarowanej populacji.

Wyjaśnienie

Zestawienia dotyczące problemów zdrowotnych u podopiecznych są opracowywane i analizowane co najmniej raz w roku.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Jednostka uwzględnia wnioski z corocznych zestawień analiz epidemiologicznych, demograficznych i problemów zdrowotnych.
- 3 – Jednostka nie w pełni uwzględnia wnioski z analiz epidemiologicznych, demograficznych i problemów zdrowotnych lub zestawienia takie nie są opracowywane i analizowane raz w roku.
- 1 – Jednostka nie uwzględnia wniosków z analiz epidemiologicznych, demograficznych i problemów zdrowotnych.

OJ 6

Strategia uwzględnia programy poprawy jakości opieki.**Wyjaśnienie**

Strategia działania jest spójna z realizowanymi przez jednostkę programami poprawy jakości.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Strategia działania uwzględnia poprawę jakości.
- 1 – Strategia działania nie uwzględnia poprawy jakości.

OJ 7

Jednostka posiada aktualny schemat organizacyjny.**Wyjaśnienie**

Schemat organizacyjny przedstawia relacje funkcjonalne i zależności personalne występujące w jednostce.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada aktualny schemat organizacyjny.
- 1 – Jednostka nie posiada aktualnego schematu organizacyjnego.

OJ 8

Jednostka określiła głównych partnerów zewnętrznych.**Wyjaśnienie**

Jednostka posiada łatwo dostępną, aktualną, udokumentowaną informację określającą partnerów zewnętrznych, zakres współpracy i ich dane kontaktowe. Informacja dotyczy instytucji zapewniających ciągłość opieki (np. szpitala, zakładu opiekuńczo-leczniczego, domu pomocy społecznej) i instytucji współpracujących merytorycznie z jednostką (np. diagnostyka) oraz mających wpływ na bezpieczeństwo (np. straż pożarna, pogotowie gazowe).

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Istnieje pisemna informacja określająca głównych partnerów zewnętrznych, zakres współpracy i dane kontaktowe.
- 1 – Brak pisemnej informacji określającej głównych partnerów zewnętrznych, zakres współpracy i dane kontaktowe.

OJ 9

Jednostka posiada harmonogram pracy i przestrzega go.

Wyjaśnienie

Opracowanie harmonogramu pracy, uwzględniającego tygodniowy i dzienny rozkład stałych zajęć, usprawnia organizację pracy. Pacjenci powinni mieć łatwy dostęp do informacji określającej godziny: pracy, udzielania porad, wizyt domowych, wykonywania zabiegów diagnostyczno-leczniczych pobierania materiału do badań laboratoryjnych, przeprowadzania szczepień, konsultacji itp. Pacjent uzyskuje informacje o harmonogramie pracy z tablicy ogłoszeń, ustnej informacji w rejestracji lub z informatora.

Sprawdzenie

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

Punktowanie

- 5 – Jednostka opracowała harmonogram pracy, który uwzględnia wszystkie realizowane czynności i jest łatwo dostępny dla personelu i pacjentów.
- 3 – Harmonogram nie w pełni obejmuje realizowane czynności.
- 1 – Brak jest harmonogramu pracy i/ lub jest on niedostępny.

OJ 10

Terminarz wizyt jest elastyczny i funkcjonalny.

Wyjaśnienie

Funkcjonalny i elastyczny terminarz wizyt warunkuje sprawne funkcjonowanie jednostki. Powinien on być na tyle elastyczny, by umożliwiać nie tylko przyjmowanie pacjentów na wcześniej ustalony termin wizyty, lecz także uwzględniać chorych zgłaszających się z nagłymi problemami zdrowotnymi oraz wymagających dłuższej porady medycznej. Czas przeznaczony na udzielenie porady jest uzależniony od problemów indywidualnych pacjenta, i musi być wystarczający do zapewnienia pacjentom opieki odpowiedniej jakości.

System rejestracji winien zapewnić średni czas na przyjęcie pacjenta zgodnie z przyjętym przez jednostkę standardem. Pracownicy rejestracji ustalając godziny przyjęć pacjentów korzystają z terminarza wizyt uwzględniającego podział pacjentów na:

- planowych, to jest takich, którym termin kolejnej wizyty ustalony został podczas poprzedniej wizyty,
- pilnych, którym należy zapewnić możliwość wizyty w ciągu 24 godzin od chwili zgłoszenia,
- nagłych wymagających przyjęcia natychmiastowego tj. do 15 minut od chwili przybycia.

Terminarz umożliwia przyjmowanie pacjentów zgodnie z wcześniej ustaloną datą wizyty oraz uwzględnia przyjęcie chorych z nagłymi problemami zdrowotnymi.

Sprawdzenie

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

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada elastyczny i funkcjonalny terminarz wizyt.
- 3 – Terminarz wizyt jest elastyczny i funkcjonalny w ograniczonym zakresie.
- 1 – Terminarz wizyt nie jest elastyczny i funkcjonalny.

OJ 11

Jednostka posiada efektywny system rejestracji telefonicznej.

01

Wyjaśnienie

Jednostka winna posiadać taką liczbę numerów telefonicznych i rejestratorek, która umożliwia pacjentom łatwe dodzwonienie się w godzinach pracy. Przyjmuje się, iż jedna linia telefoniczna na 3000 pacjentów powinna zapewnić takie warunki. Przy ocenie należy zwrócić uwagę, czy posiadana liczba numerów telefonicznych zapewnia pacjentom możliwość łatwego kontaktu.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- kontakt telefoniczny z jednostką w czasie jej pracy
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada efektywny system rejestracji telefonicznej.
- 3 – Istnieją niewielkie zastrzeżenia do systemu rejestracji telefonicznej.
- 1 – Jednostka nie posiada efektywnego systemu rejestracji telefonicznej.

OJ 12

Jednostka zapewnia pacjentom pisemne informacje dotyczące:

Wyjaśnienie

Pacjenci powinni mieć możliwość łatwego zapoznania się z podstawowymi informacjami, szczególnie dotyczącymi funkcjonowania jednostki. Niektóre z tych wymogów zostały omówione w oddzielnych standardach. Poniżej zestawiono standardy dotyczące informacji ułatwiających korzystanie ze świadczeń.

OJ 12.1

zakresu oferowanych świadczeń,**Wyjaśnienie**

W widocznym i łatwo dostępnym miejscu (np. na tablicy ogłoszeń) znajdują się informacje między innymi o: rodzajach świadczeń dostępnych w jednostce (np. EKG, fizykoterapia, pomiar glikemii, spirometria, USG itp.), funkcjonowaniu gabinetu zabiegowego, pobieraniu materiałów biologicznych do badań, godzinach wizyt domowych, przyjęć specjalistów (np. położnika, stomatologa, chirurga itp., jeśli jednostka organizuje ich konsultacje), prowadzonych działaniach profilaktycznych. Jeżeli jednostka wydaje własny informator, dane te są w nim umieszczone.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentem

Punktowanie

- 5 – Informacja o oferowanych świadczeniach jest pełna i łatwo dostępna.
- 1 – Informacja o oferowanych świadczeniach nie jest pełna albo nie jest łatwo dostępna.

OJ 12.2

całodobowej opieki medycznej,**Wyjaśnienie**

Informacja o organizacji całodobowej opieki medycznej, w szczególności poza godzinami przyjęć jednostki oraz w dni wolne od pracy jest zrozumiała i łatwo dostępna. Umieszczona jest także na zewnątrz jednostki i na stronie internetowej, jeżeli praktyka taką posiada.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentem

Punktowanie

- 5 – Informacja o całodobowej opiece medycznej poza godzinami przyjęć jednostki jest łatwo dostępna.
- 1 – Brak łatwo dostępnej informacji o opiece poza godzinami przyjęć.

OJ 12.3

opłat za świadczone usługi,**Wyjaśnienie**

Jeżeli jednostka udziela świadczeń nie objętych umową z Płatnikiem Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, pacjenci winni mieć łatwy dostęp do wyczerpujących informacji na ten temat. Informacja o zakresie i kosztach poszczególnych świadczeń poza kontraktowych wymagających opłaty lub dopłaty ze strony pacjenta winna być umieszczona w widocznym dla pacjentów miejscu.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentem

Punktowanie

- 5 – Jednostka zapewnia pełną i łatwo dostępną informację o opłatach za dodatkowe świadczenia.
1 – Brak informacji o opłatach za dodatkowe świadczenia.

OJ 13

Pacjent ma zapewnioną możliwość zidentyfikowania personelu.**Wyjaśnienie**

Pacjenci winni móc łatwo zidentyfikować imię, nazwisko oraz funkcję poszczególnych osób pracujących w jednostce (bez względu na formę zatrudnienia). Pozwala to orientować się pacjentom, do kogo mają zwracać się z określonymi problemami. Identyfikatory powinny zawierać co najmniej dane osobowe i informacje o funkcji osób zatrudnionych. Informacja przy drzwiach gabinetu nie jest wystarczająca.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

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

01

OJ 14

Jednostka zapewnia wiarygodność wyników badań laboratoryjnych.**Wyjaśnienie**

Wyniki badań laboratoryjnych są istotnym elementem podejmowania decyzji diagnostyczno-terapeutycznych. Jednostka, we współpracy z laboratorium, wdrożyła mechanizmy zapewniające przestrzeganie zasad prawidłowego pobierania, przechowywania i transportowania próbek do laboratorium tak, aby otrzymane wyniki były jak najbardziej wiarygodne. Aby korzystać z laboratorium gwarantującego poprawność wykonywanych oznaczeń, jednostka powinna posiadać aktualny certyfikat jego rejestracji w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych.

OJ 14.1

Jednostka korzysta z usług wiarygodnego laboratorium.**Wyjaśnienie**

Jednostka określiła zakres badań wykonywanych w laboratorium zewnętrznym i zwraca uwagę na ich jakość. Istotne jest, by laboratorium prowadziło system wewnętrznej kontroli badań laboratoryjnych i uczestniczyło w zewnętrznym systemie kontroli jakości. Dowodami dobrej praktyki laboratoryjnej są: numer wpisu na listę laboratoriów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych i certyfikat rejestracji, certyfikat jakości, świadectwo akredytacji. Jednostka powinna posiadać kopię dokumentów potwierdzających dobrą praktykę. Jednostka korzysta z usług laboratorium spełniającego standardy jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada dowody (kopie odpowiednich certyfikatów) o współpracy z laboratorium gwarantującym wysoką wiarygodność wyników.
- 1 – Brak dowodów o współpracy jednostki z laboratorium gwarantującym wysoką wiarygodność wyników.

OJ 14.2

Personel jest szkolony w pobieraniu materiału do badań.

Wyjaśnienie

Cały personel odpowiedzialny za pobieranie materiału do badań został przeszkolony z zasad pobierania, przechowywania i transportowania próbek do laboratorium, co jest udokumentowane. Okresowo prowadzone jest szkolenie w tym zakresie. Zaleca się, aby szkolenia tego rodzaju były organizowane w porozumieniu i przy współpracy przedstawicieli laboratorium. Szkolenie powinno dotyczyć też sposobu pobierania materiału w domu chorego i transportu do laboratorium.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Cały personel uprawniony do pobierania materiału do badań został przeszkolony.
- 3 – Większość personelu uprawnionego do pobierania materiału do badań została przeszkolona.
- 1 – Większość personelu uprawnionego do pobierania materiału do badań nie została przeszkolona.

OJ 14.3

Zasady pobierania, przechowywania i transportowania próbek do laboratorium są znane personelowi jednostki.

Wyjaśnienie

Cały personel odpowiedzialny za pobieranie materiału, jego przechowywanie, ekspediowanie do laboratorium winien znać zasady dotyczące postępowania z próbkami laboratoryjnymi.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Zasady pobierania, przechowywania i transportowania próbek do laboratorium są znane wszystkim członkom zespołu.
- 3 – Zasady pobierania, przechowywania i transportowania większości materiałów do laboratorium są znane.
- 1 – Nie są znane zasady pobierania, przechowywania i transportowania materiału.

OJ 15

Dokumenty są datowane i autoryzowane oraz łatwo dostępne.**Wyjaśnienie**

Każdy dokument obowiązujący w jednostce winien być opatrzony jednoznacznym, rozpoznawalnym podpisem. Jeżeli sam podpis nie pozwala na identyfikację osoby autoryzującej, konieczna jest pieczętka lub nadruk z nazwiskiem. Ponadto, każdy dokument musi być opatrzony datą jego wprowadzenia. Przechowywanie w odpowiednim katalogu procedur, zarządzeń, planów i innych dokumentów istotnych dla funkcjonowania jednostki ułatwia osobom upoważnionym dostęp do informacji. Jednostka winna prowadzić aktualny katalog zarządzeń wewnętrznych w formie pisemnej.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Wszystkie dokumenty są datowane, autoryzowane oraz przechowywane w katalogu, który jest łatwo dostępny.
- 3 – Większość dokumentów jest datowana, autoryzowana oraz przechowywana w katalogu, który jest łatwo dostępny.
- 1 – Część dokumentów jest datowana, autoryzowana oraz przechowywana w katalogu, który jest łatwo dostępny.

01

OJ 16

Akta osobowe są zabezpieczone i przechowywane w bezpiecznym miejscu.**Wyjaśnienie**

Akta osobowe są zabezpieczone przed utratą, zagubieniem, zniszczeniem i dostępem osób niepowołanych. Winny one być przechowywane w zamkniętej, trudno dostępnej szafie (np. szafa metalowa) lub w pomieszczeniu niedostępnym dla osób nieuprawnionych. Pracownicy winni mieć, na życzenie, możliwość wglądu we własne akta osobowe. Ten sposób udostępnienia akt powinna określać odpowiednia instrukcja.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Akta osobowe są zabezpieczone.
- 1 – Akta osobowe nie są zabezpieczone.

INFRASTRUKTURA

INFRASTRUKTURA

- IN 1** Pomieszczenia i wyposażenie jednostki umożliwiają prawidłowe sprawowanie opieki.
 - IN 1.1** Jednostka posiada wystarczającą liczbę gabinetów dla każdego, aktualnie przyjmującego lekarza, pielęgniarki zabiegowej i punktu szczepień.
 - IN 1.2** Każdy gabinet umożliwia badanie pacjenta w warunkach zapewniających komfort i intymność.
 - IN 1.3** Pomieszczenia są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.
 - IN 1.4** Jednostka posiada sprzęt adekwatny do rodzaju oferowanych świadczeń.
 - IN 1.5** Jednostka zapewnia dogodne i bezpieczne warunki oczekiwania na wizytę.
- IN 2** Infrastruktura jednostki jest przyjazna dla pacjenta.
 - IN 2.1** Pomieszczenia jednostki są łatwo dostępne, szczególnie dla osób niepełnosprawnych.
 - IN 2.2** Jednostka posiada łatwo dostępne toalety dla pacjentów.
 - IN 2.3** Transport chorego jest funkcjonalny.
- IN 3** Postępowanie w sytuacjach zagrożenia.
 - IN 3.1** Jednostka posiada plany postępowania w sytuacjach zagrożenia.
 - IN 3.2** Personel zna plan postępowania w sytuacjach zagrożenia i został on przećwiczony.
- IN 4** Urządzenia medyczne są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy.
 - IN 4.1** Jednostka opracowała i realizuje plan przeglądów i konserwacji sprzętu.
 - IN 4.2** Plan przeglądów i konserwacji jest realizowany.

INFRASTRUKTURA (IN)

IN 1

Pomieszczenia i wyposażenie jednostki umożliwiają prawidłowe sprawowanie opieki.

Wyjaśnienie

Udzielanie porad bezpośrednio lub przez telefon wymaga odpowiednich warunków. Każdy z przyjmujących lub konsultujących lekarzy w godzinach przyjęć pacjentów winien dysponować minimum jednym gabinetem. Warunku tego nie spełnia przyjmowanie pacjentów lub udzielanie konsultacji (w tym telefonicznych) w gabinecie zabiegowym lub recepcji.

IN 1.1

Jednostka posiada wystarczającą liczbę gabinetów dla każdego, aktualnie przyjmującego lekarza, pielęgniarki zabiegowej i punktu szczepień.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Wszyscy przyjmujący i konsultujący jednocześnie mają do dyspozycji co najmniej jeden gabinet.
- 3 – Okresowo występują utrudnienia w korzystaniu z gabinetów przez lekarza, pielęgniarkę zabiegową i punktu szczepień.
- 1 – Często występują utrudnienia w korzystaniu z gabinetu, brak gabinetu zabiegowego i punktu szczepień.

IN 1.2

Każdy gabinet umożliwia badanie pacjenta w warunkach zapewniających komfort i intymność.

Wyjaśnienie

Każdy pokój badań powinien posiadać odpowiednią aranżację wnętrza lub wydzieloną część, która umożliwia badanie w warunkach niekrępujących pacjenta, w stosunku do osoby wchodzącej do gabinetu, ewentualnie osoby towarzyszącej pacjentowi. Ponadto gabinety powinny być odpowiednio izolowane akustycznie, być odpowiednio oświetlone i wyposażone w kozetki lub fotele do badania.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Wszystkie gabinety badań spełniają wymagania standardu.
- 3 – Większość gabinetów badań spełnia wymagania standardu.
- 1 – Część gabinetów badań spełnia wymagania standardu.

IN 1.3

Pomieszczenia są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.**Wyjaśnienie**

Miejsca badania i wykonywania zabiegów u pacjentów muszą zapewniać właściwą temperaturę rozebranemu do badania pacjentowi.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentem

Punktowanie

- 5 – Wszystkie pomieszczenia jednostki są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.
- 3 – Większość pomieszczeń jednostki jest czysta, prawidłowo ogrzana i wentylowana.
- 1 – Istnieją wyraźne zastrzeżenia co do czystości, ogrzania lub wentylacji pomieszczeń.

IN 1.4

Jednostka posiada sprzęt adekwatny do rodzaju oferowanych świadczeń.**Wyjaśnienie**

Wyposażenie jednostki zapewnia udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie z Kompetencjami Lekarza Rodzinnego. Wyposażenie winno umożliwiać co najmniej:

- badanie ucha zewnętrznego,
- badanie dna oka,
- badanie ciśnienia krwi,
- przesiewowe badanie parametrów oddechowych,
- badanie ginekologiczne,
- zmierzenie i zważenie pacjenta,
- badanie neurologiczne,
- przesiewowe badanie ostrości wzroku,
- badanie glukozy we krwi.

W przypadku oferowania dodatkowych świadczeń wyposażenie jest uzupełnione o sprzęt niezbędny do ich wykonywania.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Wyposażenie całkowicie odpowiada potrzebom związanym z rodzajem udzielanych świadczeń.
- 3 – Wyposażenie w znacznym stopniu odpowiada potrzebom związanym z rodzajem udzielanych świadczeń.
- 1 – Wyposażenie w niewielkim stopniu odpowiada potrzebom związanym z rodzajem udzielanych świadczeń.

IN 1.5

Jednostka zapewnia dogodne i bezpieczne warunki oczekiwania na wizytę.**Wyjaśnienie**

Poczekalnia posiada odpowiednią liczbę krzeseł, wystarczającą dla pacjentów oczekujących na wizytę. Elementem bezpieczeństwa jest zapewnienie wzrokowego kontaktu pracownika rejestracji z pacjentami oczekującymi na poradę.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentem

Punktowanie

- 5 – Zapewniono wygodne i bezpieczne warunki oczekiwania na wizytę.
- 3 – Warunki oczekiwania na wizytę są wygodne, ale brak kontaktu wzrokowego pracownika rejestracji z oczekującymi na wizytę.
- 1 – Nie zapewniono wygodnych i bezpiecznych warunków oczekiwania na wizytę.

IN 2

Infrastruktura jednostki jest przyjazna dla pacjenta.

IN 2.1

Pomieszczenia jednostki są łatwo dostępne, szczególnie dla osób niepełnosprawnych.**Wyjaśnienie**

Jednostka minimalizuje istniejące bariery architektoniczne ograniczające dostęp do pomieszczeń jednostki. Dotyczy to zwłaszcza wejścia do budynku (możliwość łatwego wjazdu pacjentów na wózku itp.) i pomieszczeń jednostki (drzwi odpowiedniej szerokości, windy w przypadku budynku kilkukondygnacyjnego itp.). Istniejące toalety są przystosowane dla osób niepełnosprawnych. Wszystkie pomieszczenia są oznakowane. Jednostka zapewnia dogodny dojazd dla karettek transportu sanitarnego. Wskazane jest zapewnienie miejsc parkingowych dla pacjentów.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentem

Punktowanie

- 5 – Dostęp do pomieszczeń jest łatwy i są one dobrze oznakowane.
- 3 – Istnieją ograniczenia w dostępie do pomieszczeń lub są one niedostatecznie oznakowane.
- 1 – Dostęp dla osób niepełnosprawnych jest istotnie ograniczony.

IN 2.2

Jednostka posiada łatwo dostępne toalety dla pacjentów.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentem

Punktowanie

- 5 – Dostęp do toalety dla pacjentów, w tym dla niepełnosprawnych, jest łatwy.
- 3 – Istnieją ograniczenia w dostępie do toalet.
- 1 – Brak toalet dla niepełnosprawnych.

IN 2.3

Transport chorego jest funkcjonalny.

Wyjaśnienie

Łatwość transportu chorego między pomieszczeniami jednostki a ambulansem, w szczególności pacjenta na noszach, jest konieczny do prawidłowego funkcjonowania jednostki.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Transport chorego jest funkcjonalny.
- 3 – Istnieją pewne ograniczenia w funkcjonalności transportu.
- 1 – Istnieją poważne ograniczenia dla dojazdu i transportu chorego na noszach.

IN 3

Postępowanie w sytuacjach zagrożenia.

Wyjaśnienie

Jednostka posiada opracowany plan postępowania w przypadku wybuchu pożaru, ulatniania gazu, ostrzeżenia o ładunku wybuchowym, katastrofy budowlanej, zaniku zasilania elektrycznego, awarii instalacji wodnej, awarii windy i innych sytuacji zagrożenia, dostosowany do indywidualnych warunków i specyfiki jednostki. Plan powinien uwzględniać sposób ewakuowania pacjentów oraz członków zespołu, być zgodny z obowiązującymi przepisami (np. dotyczącymi sygnalizacji). Wszyscy pracownicy zostali przeszkoleni i znają plan postępowania w sytuacjach zagrożenia oraz wiedzą, jak zachować się w przypadku ich zaistnienia

IN 3.1

Jednostka posiada plany postępowania w sytuacjach zagrożenia.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada plan postępowania w większości mogących wystąpić sytuacjach zagrożenia.
- 3 – Jednostka posiada plan postępowania w niektórych sytuacjach zagrożenia.
- 1 – Jednostka posiada plan postępowania w nie więcej niż jednej sytuacji zagrożenia lub plan postępowania jest niedostosowany do warunków lub specyfiki jednostki.

IN 3.2**Personel zna plan postępowania w sytuacjach zagrożenia i został on przećwiczony.****Sprawdzenie**

- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Wszyscy pracownicy jednostki wiedzą, jak postępować w sytuacjach zagrożenia.
- 3 – Większość pracowników jednostki wie, jak postępować w sytuacjach zagrożenia.
- 1 – Część pracowników jednostki wie, jak postępować w sytuacjach zagrożenia.

IN 4**Urządzenia medyczne są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy.****Wyjaśnienie**

Urządzenia medyczne i aparatura medyczna używana do celów diagnostycznych i terapeutycznych muszą być sprawne, aby ich użycie mogło być skuteczne i bezpieczne dla pacjentów. Jej sprawność jest też istotna dla zapewnienia bezpieczeństwa personelu. Jednostka winna opracować plan okresowych przeglądów i konserwacji, ustalając, jakie elementy wyposażenia i aparatury podlegają takim przeglądom oraz z jaką częstotliwością i kto wykonuje przeglądy konkretnych urządzeń i aparatów. Jednostka powinna dysponować przejrzystą dokumentacją obrazującą terminy wykonywanych przeglądów i zakres konserwacji, a także posiadać opracowany plan przeglądów i konserwacji.

IN 4.1**Jednostka opracowała i realizuje plan przeglądów i konserwacji sprzętu.****Sprawdzenie**

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Wszystkie urządzenia medyczne są objęte planem przeglądów i konserwacji.
- 3 – Część urządzeń medycznych jest objęta planem przeglądów i konserwacji lub plan nie obejmuje wszystkich istotnych elementów.
- 1 – Brak planu przeglądów i konserwacji sprzętu.

Plan przeglądów i konserwacji jest realizowany.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Wszystkie urządzenia medyczne są okresowo przeglądane i konserwowane.
- 3 – Większość urządzeń medycznych jest okresowo przeglądana i konserwowana.
- 1 – Część urządzeń medycznych jest planowo przeglądana i konserwowana.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Centrum
Monitorowania
Jakości w Ochronie Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

