

PROGRAM AKREDYTACJI SZPITALI

Przewodnik po procesie

Wydawca

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia CMJ
ul. Kapelanka 160
30-347 Kraków

Opracowanie

Zespół Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

© CMJ, Kraków 2011



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
egzemplarz bezpłatny

SYSTEM AKREDYTACJI DLA OPIEKI SZPITALNEJ

Wprowadzenie

Współczesne oczekiwania społeczne wobec ochrony zdrowia dotyczą w znacznej mierze odpowiedzialności za opiekę szpitalną i jej skutki. Dotychczasowe doświadczenia wskazują na dwie możliwości oceny usług zdrowotnych, w tym szpitalnych: ocenę zewnętrzną i wewnętrzną. Akredytacja szpitali, która polega na ocenie funkcjonowania jednostek w oparciu o określony zestaw wymogów (standardów) jest metodą oceny zewnętrznej, zapoczątkowaną w 1917 roku przez Kolegium Chirurgów (College of Surgeons) w Stanach Zjednoczonych na podstawie tzw. standardu minimum, określonego przez dr Ernesta Codmana i prowadzoną następnie od 1951 przez Komisję Wspólną ds. Akredytacji Organizacji Opieki Zdrowotnej (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). System ten przejęły liczne kraje, tworząc narodowe programy akredytacji; powstała też Komisja Wspólna Międzynarodowa (Joint Commission International (JCI), która stworzyła możliwości oceny opieki szpitalnej z perspektywy międzynarodowej.

Akredytacja sprawdza się w wielu regionach na świecie jako użyteczna metoda, sugestywnie oddziałująca na kulturę organizacji ochrony zdrowia (w tym szpitali) zwłaszcza w początkowej fazie wprowadzania zagadnień jakości i bezpieczeństwa opieki w nurt polityki zdrowotnej na poziomie krajowym.

Przewodnik, który przedstawiamy zawiera informacje pomocne przy przygotowaniu szpitala do akredytacji. Akredytacja szpitali została opracowana przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia – Ośrodek Współpracy z WHO w zakresie rozwoju jakości i bezpieczeństwa w systemach ochrony zdrowia. Program akredytacji szpitali wprowadzony w 1998 roku objął dotychczas 200 szpitali. Aktualizowana lista szpitali akredytowanych znajduje się na stronie internetowej CMJ. Centrum prowadzi akredytację dla organizacji ochrony zdrowia pod auspicjami Ministra Zdrowia; wydanie certyfikatu jako potwierdzenie uzyskania akredytacji rekomenduje Ministrowi Zdrowia Rada Akredytacyjna, powołana przez Ministra. W skład Rady wchodzi przedstawiciele samorządów zawodów medycznych, organizacji społecznych działających na rzecz jakości, MZ, MON i MSWiA. Certyfikat akredytacyjny, wydawany szpitalom na okres 3 lat stanowi formę potwierdzenia, że opieka świadczona w szpitalu spełnia określone kryteria jakości i bezpieczeństwa; dotyczy to zarówno pacjentów jak i osób zatrudnionych.

Narzędziem oceny akredytacyjnej są standardy, określone w mechanizmie konsensusu we współpracy z najważniejszymi organizacjami i towarzystwami medycznymi. Obowiązujący zestaw standardów wprowadzony 15 lipca 2009 roku zawiera 221 standardów umieszczonych w 15 działach. Standardy ukierunkowane na poprawę jakości i bezpieczeństwo opieki wszechstronnie obejmują funkcjonowanie szpitala.

Znacznym wsparciem dla rozwoju systemu akredytacji w Polsce jest realizowany od 3 lat przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia **projekt systemowy „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”** w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działanie 2.3. *Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, Poddziałanie 2.3.3 Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia*. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Założeniem projektu jest upowszechnienie systemu akredytacji i zwiększenie liczby szpitali z certyfikatem akredytacyjnym. W latach 2008-2014 z dofinansowania działań związanych z akredytacją skorzysta 220 szpitali. Uczestnikami projektu są zarówno szpitale, które zamierzają odnowić certyfikat akredytacyjny, jak i te, które przystępują do procesu po raz pierwszy.

ZASADY UDZIAŁU W POLSKIM SYSTEMIE AKREDYTACJI

■ **Dobrowolne uczestnictwo**

Zgłoszenie woli ubiegania się o akredytację, przygotowanie wniosku akredytacyjnego oraz poddanie się przeglądowi dokonywanemu przez zespół odpowiednio wykwalifikowanych wizytatorów Ośrodka Akredytacyjnego to suwerenna decyzja Zarządu szpitala.

■ **Ocena według standardów**

Standardy akredytacyjne stanowią podstawę dla dokonywania oceny jednostki, tak przez wizytatorów jak i podczas samooceny przed przeglądem akredytacyjnym. Określają kierunek zmiany funkcjonowania i przygotowania do przeglądu. Standardy spełniają określone kryteria: są multidyscyplinarne, istotne (ustalane w dziedzinach mających istotny wpływ na jakość opieki), zrozumiałe, mierzalne i edukacyjne (kształtujące praktykę). Nieliczne standardy dotyczą struktury, znaczna większość odnosi się do procesu i wyniku.

■ **Przegląd rówieśniczy (ang. peer review)**

Wizytatorzy wywodzą się ze środowiska medycznego (lekarze, pielęgniarki, menedżerowie) i mają stały kontakt z sektorem medycznym i szpitalnym. W trakcie przeglądu nie tylko prowadzą ocenę, ale także służą doświadczeniem i wsparciem w zakresie sprawdzonych rozwiązań.

■ **Edukacja**

Celem akredytacji jest też edukacja w oparciu o standardy akredytacyjne, prowadzenie szkoleń, wydawanie publikacji i biuletynów, współpraca między szpitalami oraz bezpośrednia wymiana doświadczeń w trakcie wizyty.

■ **Autonomia**

Program akredytacji jest prowadzony w oparciu o powszechnie znane i opublikowane zasady i niezależny w zakresie realizacji określonej procedury i podejmowanych decyzji akredytacyjnych.

■ **Cykliczność oceny**

Akredytacja zakłada poprawę i ciągłe doskonalenie, dlatego oparta jest na regularnie planowanych i cyklicznie przeprowadzanych przeglądach.

■ **Samoocena**

Stanowi najważniejszy element akredytacji: identyfikuje obszary poprawy, określa poziom dostosowania do wymogów standardów akredytacyjnych, jest niezbędnym etapem w fazie przygotowania.

■ **Zgodność z procedurą akredytacyjną**

Ocena szpitali jest prowadzona zgodnie z ustaloną i jawną procedurą, która określa tryb zgłoszenia, zasady przygotowania do przeglądu, przebieg wizytacji, kryteria oceny, metody podejmowania decyzji.

■ **Jawność i równość zasad oceny i podejmowania decyzji**

Wszystkie szpitale uczestniczące w procesie akredytacji są objęte jednolitymi zasadami oceny i podejmowania decyzji. Opublikowane, znane i transparentne zasady podlegają rygorystycznej realizacji, gwarantując rzetelność oceny i wiarygodności decyzji. Zewnętrzna ocena pozwala na identyfikację niezauważanych dotąd problemów.

Struktura organizacyjna systemu akredytacji

obejmuje:

- **Ministra Zdrowia** – organ nadrzędny, który zatwierdza standardy akredytacyjne i udziela lub nie udziela akredytacji (wydaje certyfikat akredytacyjny) na podstawie rekomendacji Rady Akredytacyjnej.
- **Radę Akredytacyjną** – organ, powołany przez Ministra Zdrowia, który współpracuje z Ośrodkiem Akredytacyjnym przy tworzeniu i modyfikacji standardów akredytacyjnych, akceptuje i przedstawia Ministrowi Zdrowia standardy akredytacyjne, w drodze uchwały rekomenduje Ministrowi Zdrowia udzielenie bądź odmowę udzielenia jednostce opieki zdrowotnej akredytacji, propaguje ideę akredytacji.
- **Ośrodek Akredytacyjny – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia** – jednostka podległa Ministrowi Zdrowia, która opracowuje, aktualizuje i modyfikuje standardy akredytacyjne, prowadzi i koordynuje przeglądy akredytacyjne, propaguje ideę akredytacji.

Uzyskanie akredytacji

Ocena akredytacyjna jest oparta na porównaniu stwierdzonej praktyki postępowania i stanu jednostki z wzorcami, jakie stanowią standardy akredytacyjne oraz dokonaniu oceny stopnia ich spełnienia. Oceny dokonuje Ośrodek Akredytacyjny zgodnie z delegacją ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641). Zasady procedury akredytacyjnej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz.U. Nr 150, poz.1216).

Kierując się rekomendacją Rady Akredytacyjnej, której podstawą jest dokumentacja przekazana przez Ośrodek Akredytacyjny z przeprowadzonego przeglądu jednostki pod względem spełniania standardów akredytacyjnych i jej wszechstronnej oceny, Minister Zdrowia może:



- przyznać akredytację na okres 3 lat,
- odmówić przyznania akredytacji.

Uzyskanie minimum 75%, możliwej do uzyskania punktacji skutkuje udzieleniem akredytacji na 3 lata. Wynik poniżej 75% skutkuje odmową przyznania akredytacji. Do publicznej wiadomości podawane są jedynie decyzje pozytywne, tj. o przyznaniu statusu jednostki akredytowanej.

Certyfikat akredytacyjny

Potwierdzeniem udzielenia akredytacji jest certyfikat, podpisywany przez Ministra Zdrowia na okres 3 lat. Stanowi potwierdzenie pozytywnej oceny rówieśniczej. Szpital, który go uzyskał cechuje się określonym poziomem funkcjonowania oraz jakością udzielanych świadczeń. Certyfikat oznacza też, że Minister Zdrowia oraz Rada Akredytacyjna zawierają szpitalowi, że jego funkcjonowanie w okresie ważności certyfikatu będzie nie gorsze niż w trakcie oceny.

Na okres obowiązywania certyfikatu przyznawane jest:

- prawo posługiwania się logo: , oraz
- możliwość zaopatrzenia nazwy jednostki certą (specyficzny znak  w indeksie górnym na końcu nazwy szpitala) wskazującą, iż jest to jednostka akredytowana (np. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny[®]).

Wizytatorzy

Przegląd szpitala pod względem spełniania standardów akredytacyjnych dokonywany jest przez wizytatorów Ośrodka Akredytacyjnego, którzy posiadają doświadczenie w zakresie funkcjonowania sektora medycznego, procesów świadczenia opieki oraz zarządzania jednostką, a także wiedzę na temat zewnętrznych i wewnętrznych systemów poprawy jakości opieki. Szpital najczęściej wizytuje zespół czteroosobowy, o składzie reprezentatywnym dla środowiska szpitala – kadra zarządzająca, lekarze, pielęgniarki. Rekrutację, weryfikację, adaptację zawodową oraz szkolenia wizytatorów prowadzi Ośrodek Akredytacyjny.

Standardy akredytacyjne

Standardy są określane na poziomie optymalnym, tzn. stawiają relatywnie wysokie wymagania, które jednak są osiągalne dla szpitali podejmujących wysiłek wprowadzania zmian. Z reguły standardy akredytacyjne stawiają wyższe wymogi niż obowiązujące przepisy prawa. Możliwa jest też relacja odwrotna, co wynika z charakterystyki i nakierowania wymogów akredytacyjnych na poprawę jakości.

Standardy są wszechstronne, dotyczą kluczowych elementów udzielania świadczeń i zarządzania oraz wszystkich dziedzin, mających istotny wpływ na bezpieczeństwo i jakość świadczonej opieki.

Standardy są punktowane i ważone. W zestawie nie ma standardów obligatoryjnych, których pełne spełnienie byłoby wstępnym warunkiem dla uzyskania akredytacji.

Standardy akredytacyjne są formułowane w postaci krótkich zdań określających stan pożądany. Treści samego standardu towarzyszą:

- wyjaśnienie opisujące intencję danego standardu,
- wskazanie sposobu sprawdzania, czy jest on spełniany,
- przewidziana punktacja.

Przykład:

PP 11 *W przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, osoba upoważniona uzyskuje informacje na ten temat*

Wyjaśnienie:

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

Sprawdzenie

*przeгляд dokumentacji szpitala
wywiad z personelem*

Punktowanie

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

Zestaw obowiązujących standardów posiada ustaloną punktację dla każdego standardu: każdy standard jest oceniany w skali punktowej od 1 do 5. W sytuacjach, gdy szpital nie spełnia wymagań standardu zapisywana jest wartość 1, przy częściowej zgodności 3, przy całkowitej wartości 5.

Każdy standard ma też określoną wartość wagową (w skali 4 stopniowej: 1,0, 0,75, 0,5, 0,25) odzwierciedlającą przypisywaną standardowi istotność. Ustalone wagi różnicują standardy ze względu na ich wpływ na bezpieczeństwo pacjenta i personelu. Punktacja wskazująca na sposób oceny standardu jest podawana do publicznej wiadomości, natomiast wagi standardów nie są upubliczniane.

Standardy nie adekwatne dla szpitala nie zostają ujęte w ocenie końcowej. Decyzja o wyłączeniu standardów z oceny podejmowana jest z uwzględnieniem charakterystyki szpitala.

W przypadku usług kontraktowanych na zewnątrz (outsourcing) szpital przedstawia dokumenty potwierdzające prowadzenie nadzoru nad zakontraktowaną usługą: umowa, aneksy, pisemne ustalenia z wykonawcą. Ocena usług zakontraktowanych na zewnątrz wymaga przedstawienia dokumentów potwierdzających realizację usługi zgodnie z wymogami standardów akredytacyjnych z uwzględnieniem możliwości włączenia wizji lokalnej.

Standardy służą ciągłej poprawie jakości, dlatego będą podlegać stałej modyfikacji. System akredytacji przewiduje poszerzenie zestawu standardów, zwłaszcza, gdy zaistnieje potrzeba opisanego nowego bądź zaktualizowania istniejącego problemu. Zatwierdzony przez Ministra Zdrowia zestaw standardów akredytacyjnych dla szpitali zawiera 221 standardów w 15 działach. Jest on opublikowany w Dz.U. MZ z dnia 25 stycznia 2010, Nr 2 poz.24.

Korzyści wynikające z akredytacji

Akredytacja jest nakierowana na populację pacjentów oraz jakość i bezpieczeństwo opieki. Szpital, który uzyskuje akredytację zapewnia przekaz o dobrym funkcjonowaniu i realizacji oczekiwań społecznych.

Korzyści z akredytacji nie ograniczają się tylko do procesu opieki. Akredytacja niesie ze sobą usprawnienie funkcjonowania szpitala jako jednostki i całego systemu stacjonarnej opieki zdrowotnej. Niezależnie od sposobu finansowania, szpital zawsze będzie zyskiwał możliwość poprawy działania oraz uzyskiwał inne, często niewymierne, korzyści. Pożądane zjawiska wynikające z akredytacji obejmują:

- zwiększenie poziomu jakości bezpieczeństwa opieki,
- zwiększenie bezpieczeństwa osób zatrudnionych,
- zadowolenie i satysfakcję pacjentów – tworzenie bliskich relacji z pacjentem,
- poprawę przepływu informacji i komunikacji między działami,
- wspieranie edukacji personelu, podnoszenie kwalifikacji,
- ujednoczenie zasad sprawowania opieki nad pacjentem w oparciu o podstawy naukowe,
- monitorowanie funkcjonowania i własnej działalności klinicznej,
- poznanie oczekiwań pracowników,
- prowadzenie wewnętrznych projektów poprawy jakości,
- stymulację pracy zespołowej,
- popularyzację dobrych wzorów organizacyjnych,
- sprzyjanie konkurencyjności szpitali.

Cykliczność akredytacji

Akredytacja zakłada ciągłe doskonalenie, stąd model akredytacji oparty jest na regularnie planowanych i cyklicznie przeprowadzanych przeglądach. Taki model wynika z uprawnionego przekonania, że szpital, który zgłasza się do procesu jest zainteresowany stałym podnoszeniem jakości usług i zmianą funkcjonowania. Uzgodnienie terminów kolejnych wizyt wymaga aktywnej postawy Zarządu szpitala. Na około 6 miesięcy przed upływem terminu ważności certyfikatu akredytacyjnego szpital pisemnie potwierdza wolę poddania się ponownemu przeglądowi składając wniosek do Ośrodka Akredytacyjnego.

PROCEDURA AKREDYTACYJNA

Procedura akredytacyjna składa się z trzech etapów:

■ Przygotowanie do przeglądu

- zapoznanie z Programem Akredytacji Szpitali
- samoocena poziomu spełnienia standardów akredytacyjnych
- dostosowanie praktyki do wymogów standardów akredytacyjnych
- przesłanie wniosku o udzielenie akredytacji
- dokonanie opłaty za wizytę akredytacyjną
- ustalenie terminu przeglądu

■ Przegląd/wizytacja

- ustalenie liczebności i składu zespołu wizytującego
- opracowanie harmonogramu przeglądu
- zatwierdzenie harmonogramu wizyty przez szpital
- przeprowadzenie przeglądu zgodnie z ustalonym harmonogramem
- przeprowadzenie oceny poziomu spełnienia standardów akredytacyjnych
- sporządzenie raportu z przeglądu wraz z proponowaną oceną akredytacyjną (uwarunkowaną poziomem spełniania wymogów standardów akredytacyjnych)

■ Decyzja akredytacyjna

- przesłanie raportu do szpitala (faxem oraz pocztą) do 14 dni od daty zakończenia wizyty
- uzyskanie akceptacji/braku akceptacji raportu przez szpital do 14 dni od daty otrzymania raportu
- przedstawienie dokumentacji z wizyty wraz z raportem Radzie Akredytacyjnej
- uchwała Rady Akredytacyjnej o rekomendowaniu bądź nie rekomendowaniu Ministrowi Zdrowia udzielenia akredytacji dla szpitala
- decyzja Ministra Zdrowia
- wydanie certyfikatu akredytacyjnego

PRZYGOTOWANIE DO PRZEGLĄDU (OKRES PRZED WIZYTĄ)

Dla szpitala ubiegającego się o akredytację faza przygotowawcza jest najważniejszym elementem procesu.

Pierwszym krokiem jest zapoznanie się ze standardami akredytacyjnymi, oszacowanie możliwości danej organizacji i określenie zakresu oceny.

Kolejnym krokiem jest przekonanie personelu do wspólnego działania i zwrócenie uwagi na konieczność dokonania określonych zmian dla poprawy. Decyzja Zarządu o przystąpieniu do procesu bez konsultacji z załogą może skutkować niepełnym zaangażowaniem w prace przygotowawcze, gdy tymczasem dostosowanie szpitala do wymogów standardów wymaga dużego zaangażowania znacznej części personelu.

Dotychczasowe doświadczenia programu wskazują, że w niektórych szpitalach, praca nad całością przygotowań i jej nadzorowanie przypisywane jest określonej osobie lub grupie zawodowej. W takich przypadkach rokowania dotyczące wdrożenia określonych zmian nie są zazwyczaj korzystne. O sukcesie w ubieganiu się o akredytację decyduje wspólny wysiłek i zaangażowanie tak załogi jak i ścisłego kierownictwa.

Trzecim krokiem przed oficjalnym zgłoszeniem szpitala do procesu akredytacji, jest samoocena dotycząca stanu wyjściowego i możliwości mobilizacji w kierunku realizacji wymogów akredytacyjnych.

Najczęściej ocenę wstępną prowadzi osoba odpowiedzialna za przygotowania do procesu, jednak ze względu na obiektywizm jest korzystniej, gdy samooceny dokonuje Zespół ds. Jakości. Konsekwencją samooceny są działania naprawcze oraz systematyczne monitorowanie wprowadzanych zmian i uzyskiwanych rezultatów. Wprowadzenie modyfikacji w funkcjonowaniu organizacji ma na celu **dostosowanie codziennej praktyki szpitala do wymogów akredytacyjnych**.

Działania te winny mieć charakter interdyscyplinarny, gdyż koniecznością jest współpraca przedstawicieli różnych zawodów: lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, mikrobiologów, dietetyków. Najczęściej za przygotowanie szpitala do akredytacji odpowiada Zespół ds. Jakości. Działa on w składzie kilkusobowym lub w formie wyodrębnionych zespołów zadaniowych, takich jak przykładowo: Zespół ds. Dokumentacji Medycznej, Zespół ds. Leków, Zespół ds. Terapii, Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych, Zespół ds. Środowiska Opieki, Zespół ds. Aparatury Medycznej. Powoływanie multidyscyplinarnych zespołów zadaniowych niesie za sobą konieczność stosownego nadzoru nad informacjami i wnioskami, wynikającymi z opracowań zespołowych. Ważne jest też, by wyniki pracy zespołowej były promowane przez Zarząd szpitala i wdrażane w praktyce poprzez edycję odpowiednich regulacji wewnętrznych. Prace powinien nadzorować Dyrektor Naczelny, Prezes Zarządu lub Dyrektor ds. Lecznictwa.

Standardy akredytacyjne można pogrupować według kilku kategorii, np. według wymaganych nakładów finansowych, czasu koniecznego do realizacji standardów, oporu, który należy pokonać, by zrealizować wymagania standardów. Standardy można też skategoryzować z uwzględnieniem możliwości szpitala jako:

- standardy, które szpital już spełnia,
- standardy, które będą spełnione, przy odpowiednich nakładach finansowych (np. nadzór i systematyczne przeglądy aparatury medycznej),
- standardy, których spełnienie wymaga określonej zmiany funkcjonowania (np. sposób prowadzenia dokumentacji medycznej),
- standardy, których jednostka nie spełni ze względów finansowych, lokalowych lub administracyjnych (np. posiadanie sali wybudzeniowej przy bloku operacyjnym).

Przykładowe działania w trakcie przygotowań do akredytacji:

- Opracowanie założeń polityki jakości.
- Wyznaczenie podziału obowiązków kluczowych pracowników oraz menedżerów odpowiedzialnych za poprawę jakości.
- Powołanie zespołów do realizacji założeń programu poprawy jakości.
- Podjęcie decyzji o wdrożeniu w szpitalu wewnętrznych mechanizmów zapewnienia jakości.
- Przyjęcie planu strategicznego zawierającego listę projektów do realizacji w uzgodnionej perspektywie czasowej.
- Dokonanie zmian w schemacie organizacyjnym szpitala.
- Dokonanie przeglądu dokumentacji szpitala (statut, zarządzenia, regulaminy).
- Przyjęcie harmonogramu inwestycyjnego modernizacji sprzętu medycznego oraz zakupów nowoczesnej aparatury medycznej.
- Określenie norm zatrudnienia i wymaganych kwalifikacji dla poszczególnych stanowisk pracy.
- Wdrożenie programu adaptacji nowoprzyjętych pracowników.
- Wdrożenie programu oceny kwalifikacji i aktywności zawodowej zatrudnionych.
- Wprowadzenie planowych szkoleń pracowników i oceny skuteczności szkoleń.
- Wdrożenie programu badania satysfakcji zawodowej personelu.
- Wdrożenie procedur, standardów, algorytmów postępowania medycznego w celu ujednoczenia zasad sprawowania opieki nad pacjentem w oparciu o podstawy naukowe.
- Opracowanie receptariusza szpitalnego.
- Wdrożenie programu racjonalizacji szpitalnej polityki antybiotykowej.
- Wdrożenie programu badania opinii/doświadczeń pacjentów.

W zależności od liczby łóżek i specyfiki szpitala oraz poziomu zaawansowania działań związanych z poprawą jakości, etap przygotowania się szpitala do przeglądu akredytacyjnego trwa 8-12 miesięcy.

Zgłoszenie szpitala do procesu

Zgłoszenie szpitala do procesu następuje poprzez wypełnienie i złożenie wniosku o udzielenie akredytacji, podpisanego przez Dyrektora/Prezesa Zarządu. Stosowny formularz jest dostępny na witrynie internetowej Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia: www.cmj.org.pl

Wniosek o udzielenie akredytacji zawiera m.in. następujące informacje: (zgodnie z art. 3 ust. 2. ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia):

- nazwę szpitala ubiegającego się o akredytację,
- siedzibę albo adres jednostki,
- informację o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- informację o strukturze organizacyjnej jednostki,
- imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przygotowanie szpitala do procedury oceniającej.

Dane zawarte we wniosku nie służą do oceny szpitala, lecz do określenia profilu działalności, wielkości, rodzaju usług świadczonych przez jednostkę oraz typu świadczeń kontraktowanych z innymi jednostkami, itp.

Wniosek skierowany jest do Ministra Zdrowia za pośrednictwem Ośrodka Akredytacyjnego – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (art. 3 ust. 1 ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia). Wypełniony wniosek należy przesać na adres CMJ w terminie około 6 miesięcy przed planowanym terminem przeglądu.

Ośrodek Akredytacyjny sprawdza, czy wniosek spełnia wymogi formalne określone w art. 3 ust. 2 ustawy i po akceptacji wniosku, potwierdza przyjęcie zgłoszenia.

Opłaty

Do szpitala zakwalifikowanego do procesu, Ośrodek Akredytacyjny wysyła informację o wysokości wnoszonej opłaty za przeprowadzenie procedury oceniającej (zgodnie z art. 4 ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia). Opłaty za przeglądy i przyznanie akredytacji określa rozporządzenie wykonawcze do ustawy o akredytacji (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych składający wniosek o akredytację wnosi opłatę za przeprowadzenie procedury oceniającej na rachunek bankowy Ośrodka Akredytacyjnego. Opłata ta jest uzależniona od liczby łóżek szpitala i stanowi dochód budżetu państwa.

Termin przeglądu akredytacyjnego

Po zakwalifikowaniu do przeglądu, Ośrodek Akredytacyjny w porozumieniu z Kierownictwem jednostki ustala termin wizytacji i przekazuje szpitalowi informacje o ostatecznym terminie wizyty. Data przeglądu wymaga formalnego zaakceptowania i potwierdzenia przez szpital.

PRZEGLĄD AKREDYTACYJNY/WIZYTACJA

Harmonogram przeglądu akredytacyjnego

Na podstawie informacji zamieszczonych we wniosku o udzielenie akredytacji, Ośrodek Akredytacyjny przygotowuje i wysyła do szpitala harmonogram przeglądu na dwa tygodnie przed datą wizyty akredytacyjnej. Szpital może wnieść uwagi do planu wizyty przed przeglądem.

Ustalony harmonogram przeglądu może, jeśli zajdzie taka potrzeba, podlegać modyfikacjom w trakcie wizyty, w szczególności, gdy:

- określony dział/działy wymagają dodatkowego sprawdzenia,
- zachodzi konieczność doprecyzowania oceny,
- szpital świadczy dodatkowe usługi wymagające oceny,
- zajdą nieprzewidziane okoliczności.

Zmiany w harmonogramie przeglądu winny zostać zatwierdzone przez szpital oraz zespół wizytujący.

Zazwyczaj przegląd szpitala trwa 3 dni (w zależności od liczby oddziałów/łóżek/usytuowania budynków) i jest prowadzony przez zespół czterech, wyjątkowo większą liczbę wizytatorów.

Celem wizyty akredytacyjnej jest sprawdzenie i ocena stopnia zgodności stanu rzeczywistego z wymogami standardów akredytacyjnych.

Działania prowadzone przez zespół wizytujący w trakcie przeglądu obejmują:

- przegląd dokumentacji szpitala,
- przegląd dokumentacji medycznej losowo wybranych pacjentów,
- wywiady z kierownictwem jednostki, w celu zapoznania się ze sposobem zarządzania, zamierzeniami i strategią ich osiągnięcia,
- wywiady z zespołami zadaniowymi i osobami zatrudnionymi w szpitalu dla określenia poziomu spełnienia standardów akredytacyjnych,
- wywiady z pacjentami, przeglądy badań opinii pacjentów,
- obserwację bezpośrednią dotyczącą udzielania świadczeń, organizacji pracy, komunikacji wewnętrznej, funkcji pomocniczych i otoczenia szpitala.

Elementy wizytacji

Spotkanie z Zarządem/Dyrekcją szpitala

Jest planowane w pierwszym dniu wizyty w celu prezentacji specyfiki i charakterystyki szpitala, jego struktury i strategii rozwoju. Spotkania z Kierownictwem są planowane w każdym dniu wizyty i służą do relacjonowania przebiegu wizyty, wydarzeń i obserwacji z dnia poprzedniego, a także do uzyskania dodatkowych informacji i/lub ich weryfikacji.

Przegląd dokumentacji szpitala

Wizytatorzy dokonują przeglądu dokumentacji szpitala w oparciu o dokumenty wyszczególnione w załączniku „Dokumenty jakie szpital przedstawia podczas wizyty”. Przegląd nakierowany jest na poziom realizacji standardów. Informacje uzyskane na podstawie przeglądu dokumentacji szpitala są pogłębiane i weryfikowane w trakcie wizyty, głównie pod kątem wdrożenia założeń, określonych w procedurach i dokumentach szpitala.

Wizytowanie oddziałów szpitalnych

Wizyta akredytacyjna koncentruje się na ocenie miejsc pobytu pacjenta oraz innych obszarów szpitala, bardziej lub nie bezpośrednio oddziaływających na jakość świadczonej opieki. Szczególna uwaga nakierowana jest na **oddziały szpitalne**, gdzie dochodzi do bezpośredniej relacji pomiędzy chorym a organizacją i tym, co może ona zaoferować. Obserwacje z oddziałów mają znaczny wpływ na wynik końcowy, gdyż najwyższe wagi (a więc i znaczenie) przypisano standardom, które dotyczą opieki sprawowanej bezpośrednio nad pacjentem.

Inne obszary opieki

W trakcie wizytacji ocenie poddanych zostaje ponad 50% obszaru świadczenia opieki i mającego istotny wpływ na jej jakość, tak więc przegląd dotyczy tak oddziałów szpitalnych, bloku operacyjnego czy pracowni diagnostycznych jak również środowiska opieki: sterylizatorni, apteki, laboratorium, kuchni, archiwum, działu kadr, technicznego itp.

Przegląd dokumentacji medycznej

Ważnym elementem wizyty jest przegląd zamkniętych, losowo wybranych historii chorób leczonych pacjentów. Dokumentacja medyczna, lekarska i pielęgniarska, stanowi nieocenione źródło informacji na temat diagnostyki i terapii oraz sposobu ich prowadzenia, z uwzględnieniem czytelności, planowania opieki, codziennych opisów stanu pacjenta, opisów przebiegu operacji, autoryzacji wpisów (podpisów i datowania) czy kompletności.

Spotkanie z zespołami zadaniowymi: jakości, zakażeń, terapeutycznym, jakości dokumentacji medycznej, profilaktyki odleżyn itp.

Plan wizyty przewiduje spotkanie z zespołami, działającymi w szpitalu. Prezentowane są wewnętrzne inicjatywy poprawy jakości, takie jak wskaźniki jakości, analizy, projekty poprawy. Spotkanie takie służy też dyskusji i omówieniu istotnych dla szpitala zagadnień dotyczących tzw. dobrej praktyki i bezpiecznej opieki.

Spotkanie z personelem szpitala

Służy przekazaniu uwag końcowych i obserwacji z przeglądu, z podkreśleniem zarówno pozytywnych rozwiązań jak i omówieniem obszarów wymagających dalszej poprawy. Ze względów organizacyjno-technicznych brak jest możliwości dokonania łącznej oceny przed upływem wizytacji.

System punktowania

System punktowania standardów akredytacyjnych dla szpitali oparty jest na założeniu, że standardy nie są równoważne i mają przypisane określone wagi (w skali 4 stopniowej: 1,0, 0,75, 0,5, 0,25). Wynik końcowy jest odpowiednio policzoną składową poszczególnych wag i ocen standardów wyliczoną w działach. Standardy akredytacyjne są oceniane w skali trzy punktowej:

- 5 – pełna zgodność ze standardem
- 3 – częściowa zgodność ze standardem
- 1 – standard niespełniony

Istnieją standardy które oceniane są tylko na 5 lub 1. W takich przypadkach nawet częściowe niespełnienie standardu oceniane jest na 1. Wynik końcowy ilustruje procentowo spełnienie wymogów akredytacyjnych.

Raport z przeglądu akredytacyjnego

Z przeglądu sporządzany jest raport z proponowaną oceną akredytacyjną uwarunkowaną poziomem spełnienia wymogów standardów akredytacyjnych. Raport wyszczególnia standardy nie spełnione całkowicie lub częściowo, z dokładnym uzasadnieniem oceny.

Raport jest przesyłany do szpitala (faxem oraz pocztą) do 14 dni od daty zakończenia wizyty. Szpitalowi przysługuje możliwość wniesienia zastrzeżeń (odwołania od raportu) w terminie 14 dni od otrzymania raportu. Zastrzeżenia należy złożyć w formie pisemnej, wraz z argumentacją dotyczącą uwag do poszczególnych standardów.

DECYZYJA AKREDYTACYJNA

W przypadku akceptacji raportu przez szpital, Ośrodek Akredytacyjny przedstawia dokumentację z przeglądu Radzie Akredytacyjnej. Na podstawie dokumentacji z przeprowadzonego przeglądu Rada Akredytacyjna podejmuje uchwałę o rekomendowaniu bądź nie rekomendowaniu Ministrowi Zdrowia udzielenia akredytacji dla szpitala. Decyzja Rady wynika z poziomu spełniania wymogów standardów akredytacyjnych. Do otrzymania akredytacji niezbędne jest uzyskanie co najmniej 75% możliwej do uzyskania liczby punktów. Wynik poniżej 75% skutkuje odmową przyznania akredytacji.

Minister Zdrowia uwzględniając rekomendacje Rady Akredytacyjnej może przyznać akredytację na okres 3 lat lub odmówić przyznania akredytacji.

Szpital otrzymuje certyfikat podpisany przez Ministra Zdrowia, potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych w zakresie leczenia szpitalnego. Akredytacja obowiązuje od dnia podpisania certyfikatu akredytacyjnego przez Ministra Zdrowia. W przypadku udzielenia akredytacji Ośrodek Akredytacyjny przesyła do szpitala certyfikat akredytacyjny, logo akredytacji oraz certę wraz z opisem i warunkami stosowania.

Do wiadomości publicznej podawane są tylko decyzje pozytywne, tj. o udzieleniu akredytacji. Lista szpitali posiadających aktualny certyfikat akredytacyjny znajduje się na stronie www.cmj.org.pl

Procedura odwoławcza

Procedura odwoławcza jest inicjowana, gdy szpital nie akceptuje raportu z wizyty akredytacyjnej. W następstwie, Ośrodek Akredytacyjny w konsultacji z wizytatorami, którzy dokonywali przeglądu, przeprowadza ewaluację zastrzeżeń i przedstawia Radzie Akredytacyjnej tzw. „Stanowisko Ośrodka Akredytacyjnego”. Na podstawie tego dokumentu, raportu i odwołania jak i pozostałej dokumentacji z przeglądu, Rada Akredytacyjna, po analizie i rozpatrzeniu odwołania, podejmuje uchwałę rekomendującą lub nie rekomendującą udzielenie akredytacji przez Ministra Zdrowia. Ośrodek Akredytacyjny przesyła stanowisko Rady do szpitala. Procedura odwoławcza trwa do 3 miesięcy od daty wniesienia zastrzeżeń przez szpital.

PRAWA AUTORSKIE

Standardy są wymogami explicite, tj. są powszechnie dostępne. Oznacza to, iż szpital może posługiwać się nimi dla potrzeb wewnętrznych, np. w celu samooceny. Wykorzystywanie standardów akredytacyjnych dla jakichkolwiek innych celów, w szczególności ich publiczna prezentacja, prowadzenia edukacji, doradztwa (konsultingu) zbiorowego i indywidualnego rozpowszechniania w drodze publikacji lub poprzez Internet wymaga każdorazowo zgody Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

KONTAKT

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

ul. Kapelanka 160

30-347 Kraków

tel./fax (012) 423 20 88, 427 81 70, 427 81 71

e-mail: sekretariat@cmj.org.pl

www.cmj.org.pl

www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl

DOKUMENTY JAKIE SZPITAL PRZEDSTAWIA PODCZAS WIZYTY AKREDYTACYJNEJ

Dokumenty wyszczególniono działami, a ich tytuły stanowią sugestię zawartości procedur wymaganych przez standardy akredytacyjne.

■ CIĄGŁOŚĆ OPIEKI

- Procedury przyjmowania pacjentów w trybie planowym i nieplanowym (w tym, w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego) (CO1)
- Procedury postępowania w sytuacjach szczególnych, przynajmniej wymienionych poniżej(CO2):
 - a. zgłoszenia osób w stanie nagłego zagrożenia życia z powodu schorzeń nie odpowiadających profilowi jednostki,
 - b. brak możliwości przyjęcia pacjenta (np. brak miejsca, remont oddziału, niedostatek wyposażenia),
 - c. gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia osoby nie hospitalizowanej, a znajdującej się na terenie szpitala lub w bezpośredniej, określonej przez szpital okolicy,
 - d. gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia osoby hospitalizowanej, gdy pomoc przekracza możliwości jednostki.
- Zasady oceny przy przyjęciu specyficznych grup pacjentów, m.in. (CO3):
 - a. ofiar przemocy lub zaniedbania (pobicia, gwałty, molestowanie, maltretowanie dzieci, itp.),
 - b. osób pod wpływem substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki i inne).
- Procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy (CO4)
- Program współpracy szpitala ze służbami ratowniczymi (CO5)
- Standardowe procedury postępowania przy przyjęciu pacjentów w stanach nagłego zagrożenia życia przynajmniej dla takich przypadków jak świeży zawał serca, udar mózgu, wstrząs, obrażenia wielonarządowe, wyziębienie pacjenta (CO 6)
- Opis sposobu postępowania z pacjentem w przypadku odmowy przyjęcia (CO7)
- Dokument przedstawiający zbiorczą analizę przyczyn odmów hospitalizacji (liczebność, przyczyny) (CO8)
- Procedury przenoszenia pacjentów: na zewnątrz szpitala (CO9.1) oraz między oddziałami (CO9.2)
- Procedura przekazywania pacjentów kolejnym zmianom (CO10)
- Dokument przedstawiający zakres prowadzonej w szpitalu edukacji pacjentów, rodzaj proponowanych szkoleń edukacyjnych, określenie miejsca i czasu odbywania się zajęć. Przykłady pisemnych materiałów edukacyjnych dla pacjentów (CO12)

■ PRAWA PACJENTA

- Obowiązujący regulamin szpitalny, obejmujący prawa i obowiązki pacjenta, zasady sprawowania opieki nad chorym przez rodzinę i bliskich, zasady odwiedzin (PP1, PP10, PP14)
- Protokoły ze spotkań kadry lekarskiej i pielęgniarskiej oraz listy obecności (PP2)
- Procedura udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom (PP4)
- Lista procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta (PP5)
- Opis sposobu uzyskiwania zgody pacjenta na przeprowadzenie procedur medycznych związanych z większym ryzykiem, znieczulenia, udział w eksperymencie medycznym (PP6, PP7, PP8)
- Zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych (PP9)
- Procedura powiadamiania rodziny lub osoby wskazanej przez pacjenta w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta (PP11)

- Rejestr zgłoszeń przymusu bezpośredniego (PP15)
- Opis trybu i sposobu porozumiewania z pacjentami obcojęzycznymi przez 24 godziny na dobę (PP18)
- Procedura zabezpieczenia własności pacjentów (PP19)

■ OCENA STANU PACJENTA

- Wytyczne określające zakres wywiadu lekarskiego i badania fizykalnego (OS1)
- Wytyczne określające zakres oceny pielęgniarstwa (OS2)
- Dokument określający zasady konsultowania pacjentów (OS4)
- Wytyczne określające zawartość dokumentacji medycznej wymaganej w szpitalu (OS5)

■ OPIEKA NAD PACJENTEM

- Wytyczne dotyczące opracowywania i modyfikacji planu opieki (OP1)
- Standardowe Procedury Postępowania specyficzne dla oddziałów szpitala oraz w stanach nagłego zagrożenia życia (przynajmniej w przypadkach utraty przytomności, zatrzymania oddychania i krążenia) (OP 2.1, OP2.2)
- Udokumentowanie udziału pracowników w szkoleniu z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej (OP3)
- Lista leków, sprzętu i materiałów, które muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia (rodzaj i ilość). Procedura ich zabezpieczenia, uzupełniania oraz wymiany (OP4, OP4.1, OP4.2)
- Zbiorcza analiza częstości i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych (OP5)
- Procedura oceny i skutecznego leczenia bólu (OP6)

■ KONTROLA ZAKAŻEŃ

- Program pracy zespołu ds. kontroli zakażeń (KZ 1.1)
- Procedura mycia i dezynfekcji rąk (KZ1.2)
- Procedura sprzątnięcia i dekontaminacji pomieszczeń (KZ1.3)
- Procedura mycia i dekontaminacji sprzętu użytkowego (materacy, łóżek, mebli szpitalnych, itp.) (KZ1.4)
- Procedura mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego (KZ1.5)
- Procedura postępowania z bielizną szpitalną (KZ1.6)
- Zasady stosowania środków ochrony osobistej (KZ1.7)
- Dokument zawierający informacje o poziomie wyszczepienia pracowników w szczególności przeciwko WZW i grypie, absencji chorobowej z powodu grypy (KZ1.8)
- Procedura postępowania po ekspozycji zawodowej na czynniki zakaźne (KZ1.9)
- Procedura izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia (KZ1.10)
- Procedura identyfikacji i wygaszania ogniska epidemicznego (KZ1.11)
- Program monitorowania zakażeń (KZ2)
- Dokument określający kryteria rozpoznawania zakażeń (KZ2.1)
- Analiza wiarygodności danych dotyczących zakażeń (KZ2.2)
- Szpitalna strategia zapobiegania lekooporności (KZ3)
- Informacja zwrotna na temat monitorowania zakażeń przedstawiana kierownictwu i personelowi szpitala informacji (KZ4)

- Dokumenty potwierdzające udział/przeprowadzenie szkolenia z zakresu zakażeń szpitalnych dla personelu szpitala (KZ5)
- Program racjonalnej polityki antybiotykowej (KZ6)
- Wytyczne stosowania antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej (KZ7)

■ ZABIEGI I ZNIECZULENIA

- Procedura oceny ryzyka związanego z zabiegiem i znieczuleniem (ZA1)
- Procedura prowadzenia kontrolnej karty czynności przedoperacyjnych (ZA4)
- Procedura nadzoru nad sprzętem do znieczulenia i zabiegów; Dokumentacja potwierdzająca systematyczność kontroli sprzętu używanego do znieczulenia i zabiegów (ZA 5)
- Procedura przekazywania pacjenta po operacji (ZA10)
- Wytyczne określające zawartość raportu z przebiegu operacji (ZA11)
- Zbiorcza analiza wykonywanych znieczuleń (ZA12.1)
- Zbiorcza analiza przebiegu wykonywanych zabiegów i ich skutków w czasie hospitalizacji (ZA12.2)
- Zbiorcza analiza odległych skutków przeprowadzonych zabiegów (ZA12.3)
- Procedura nadzoru nad systemem zapewniającym komfort termiczny i czystość mikrobiologiczną powietrza w sali operacyjnej (ZA13)

■ FARMAKOTERAPIA

- Receptariusz szpitalny (FA1)
- Zasady stosowania leków spoza receptariusza (FA2)
- Procedura pozyskiwania leków w trybie nagłym (FA3)
- Procedura podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego (FA5)
- Procedura bezpiecznego przechowywania leków (FA6)
- Procedura nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach (FA7)
- Procedura przygotowywania, przechowywania i podawania oraz transportu leków (FA8)
- Procedura oznakowania przygotowanych leków (FA9)
- Procedura terapii preparatami krwi (FA10)
- Procedura raportowania działań niepożądanych leków oraz preparatów krwiopochodnych (FA11)
- Procedura postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi (FA12)
- Program pracy zespołu ds. farmakoterapii (FA13)

■ LABORATORIUM

- Procedury pobierania i transportu materiału do badań (LA1.1)
- Procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań (LA1.2)
- Procedura monitorowania błędów przedlaboratoryjnych (LA2)
- Lista wykonywanych badań laboratoryjnych (LA3)

- Procedura wewnętrznej kontroli jakości wykonywanych w laboratorium oznaczeń; Wyniki wewnętrznej kontroli (LA4.1)
- Dokumentacja potwierdzająca udział laboratorium w zewnętrznym programie kontroli jakości oznaczeń (LA4.2)
- Wykaz wartości błędów dopuszczalnych dla badań laboratoryjnych i procedura działań naprawczych przy przekroczeniu dopuszczalnego zakresu błędu (LA5)
- Dokumentacja potwierdzająca prowadzenie nadzoru nad jakością badań wykonywanych przez laboratorium zewnętrzne (LA6)
- Procedura sprawdzania krwi, poza bankiem krwi, przed transfuzją (LA8)

■ **DIAGNOSTYKA OBRAZOWA**

- Instrukcja postępowania z pacjentami dla wszystkich typów badań wykonywanych w pracowni diagnostyki obrazowej (DO1)
- Procedura ochrony radiologicznej (pacjentów/współpacjentów i personelu szpitala) (DO2, DO4)
- Instrukcje dla pacjentów dotyczące badań obrazowych (DO3)
- Dokumentacja potwierdzająca systematyczne kontrole jakości sprzętu radiologicznego (DO6)
- Wyniki i wnioski z analizy przyczyn badań powtórzonych (DO7)
- Zasady współpracy radiologów i klinicystów w zakresie interpretacji badań obrazowych (DO8)
- Zasady konsultacji wyników badań obrazowych w zewnętrznych ośrodkach referencyjnych (DO9)

■ **ODŻYWIANIE**

- Zasady prowadzenia terapii żywieniowej; Diety (OD1, OD1.1)
- Procedury dotyczące przygotowania, przechowywania i podawania posiłków (OD2).
- Instrukcja higienicznego przechowywania żywności pacjentów (OD4).

■ **POPRAWA JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA**

- Program działań dla poprawy jakości (PJ1)
- Analizy zdarzeń związanych z hospitalizacją (zgony pacjentów nie będących w stanach terminalnych, zgony okołoperacyjne, nieplanowane, powtórne hospitalizacje, reoperacje) (PJ2)
- Udokumentowanie badań opinii pacjentów (PJ3)
- Dokumentacja potwierdzająca dokonywanie pomiaru działalności szpitala i prowadzenie projektów poprawy (PJ4)
- Udokumentowanie monitorowania i analizy zdarzeń niepożądanych w szpitalu (PJ5)
- Dokumentacja potwierdzająca wdrożenie i ocenę skuteczności wdrożenia standardów profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej (PJ6)

■ **ZARZĄDZANIE OGÓLNE**

- Misja szpitala (ZO1)
- Zakres odpowiedzialności dla kluczowych stanowisk w szpitalu (ZO2)
- Schemat organizacyjny (ZO4)
- Udokumentowanie wsparcia i promocji zarządzania przez jakość oraz działań dla poprawy jakości opieki ze strony dyrekcji (ZO5)

- Plan strategiczny (ZO6)
- Dokument określający sposób rozwiązywania zagadnień etycznych w szpitalu (ZO8)
- Wykaz usług świadczonych w poszczególnych działach szpitala (ZO9)
- Udokumentowanie udziału kadry kierowniczej w szkoleniach z zakresu zarządzania jakością (ZO10)

■ ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI

- Plan zatrudnienia (ZZ1)
- Ocena dotycząca zatrudnienia i kwalifikacji personelu dla zapewnienia odpowiedniej jakości opieki (ZZ1.1)
- Kwalifikacje dla stanowisk pracy (ZZ1.2)
- Program adaptacji zawodowej dla nowozatrudnionych (ZZ4).
- Udokumentowanie udziału nowozatrudnionych w programie adaptacji (ZZ4.2)
- Program podnoszenia kwalifikacji zawodowych personelu w poszczególnych grupach zawodowych (ZZ5.1)
- Szpitalny plan szkoleń z uwzględnieniem tematyki zarządzania jakością; udokumentowanie środków na szkolenia (ZZ5.2, ZZ5.3, ZZ5.4))
- Udokumentowanie udziału osób zatrudnionych w szkoleniach wewnętrznych i zewnętrznych (ZZ5.5)
- Ocena kwalifikacji i aktywności zawodowej osób zatrudnionych; Udokumentowanie prowadzenia okresowej oceny kwalifikacji i aktywności zawodowej zatrudnionych (ZZ6)
- Zakresy obowiązków dla osób zatrudnionych w szpitalu (ZZ7)
- Zasady systemu zastępstw oraz wzywania personelu w sytuacjach nagłych (ZZ8)
- Udokumentowanie badania satysfakcji zawodowej personelu (ZZ9)

■ ZARZĄDZANIE INFORMACJĄ

- Opis systemu gromadzenia danych i przetwarzania informacji (ZI1)
- Zasady dostępu do sieci rozległej dla pracowników i pacjentów szpitala (ZI1.2)
- Zasady dostępu do zewnętrznych medycznych baz danych dla pracowników medycznych (ZI1.3)
- Procedura bezpieczeństwa informacji medycznej (zabezpieczania dokumentacji medycznej papierowej i elektronicznej przed utratą, zniszczeniem, zamianą, sfałszowaniem i dostępem osób nieupoważnionych oraz zasady dostępu do poszczególnych rodzajów dokumentacji medycznej, w tym sposób postępowania w sytuacjach krytycznych) (ZI2)
- Procedura dostępu do archiwalnej dokumentacji medycznej (ZI3.3)
- Zasady dokonywania wpisów i autoryzacji dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej (ZI3.4)
- Program ochrony elektronicznej dokumentacji medycznej przed utratą zawartości (ZI3.5)
- Udokumentowanie prowadzenia analizy dokumentacji medycznej pod względem zawartości, kompletności oraz autoryzacji (ZI5)
- Procedura komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie (ZI6)

■ ŚRODOWISKO OPIEKI

- Plan likwidacji uchybień budowlanych (ŚO1)
- Program zapobiegania wypadkom i urazom (ŚO3)
- Zasady postępowania i przechowywania substancji i materiałów niebezpiecznych (ŚO4)
- Plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala (ŚO6)
- Raport z przeprowadzonej „ćwiczebnej ewakuacji chorych na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala” (ŚO7)
- Udokumentowanie spełnienia wymogów przeciwpożarowych (zatwierdzenie przez Straż Pożarną); Plan bezpieczeństwa przeciwpożarowego (ŚO8)
- Określenie zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną, wodę, gazy medyczne; udokumentowanie kontroli systemów zabezpieczenia awaryjnego (ŚO9, ŚO10)
- Plan zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych (ŚO11)
- Szpitalna polityka dotycząca odpadów (ŚO13)

