**Obowiązkowy wewnętrzny systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem w podmiocie leczniczym-procedury**

**Przychodnia Dentystyka Maciej Wierzchowiec**

**48-130 Kietrz ul. Kościelna 1/23**

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta

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

**Cel:**

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

**Zakres:**

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pacjentów poddawanych leczeniu w ramach [nazwa placówki medycznej]. Obejmuje ona wszystkie etapy procesu leczenia, od etapu diagnozy i planowania terapii po monitorowanie pacjenta i ocenę wyników leczenia.

**Odpowiedzialność:**

Za realizację niniejszej procedury odpowiedzialni są:

* Lekarze prowadzący leczenie
* Asystentki, higienistki stomatologiczne
* Inni pracownicy służby zdrowia zaangażowani w proces leczenia
* Kierownik placówki medycznej

**Etapy procedury:**

1. **Identyfikacja potencjalnych zdarzenia:**
	* Należy przeanalizować dostępne informacje o danym schorzeniu, metodach leczenia i stosowanych lekach, aby zidentyfikować potencjalne zdarzenia.
	* Źródłami informacji mogą być bazy danych medycznych, publikacje naukowe, monografie lekowe, doświadczenia personelu medycznego oraz informacje uzyskane od pacjenta.
	* Należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki ryzyka pacjenta, takie jak wiek, płeć, stan zdrowia, przyjmowane leki i alergie.
2. **Ocena ryzyka zdarzeń:**
	* Dla każdego zidentyfikowanego zdarzenia należy określić prawdopodobieństwo jego wystąpienia oraz potencjalny stopień ciężkości.
	* Należy stosować odpowiednie narzędzia i skale oceny ryzyka, takie jak skala Naranjo lub skala Common Toxicity Criteria for Adverse Events (CTCAE).
	* W ocenie ryzyka należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki ryzyka pacjenta.
3. **Dokumentowanie zdarzeń:**
	* Wszelkie zidentyfikowane zdarzenia oraz ich ocena ryzyka powinny zostać udokumentowane w dokumentacji medycznej pacjenta.
	* Dokumentacja powinna zawierać opis zdarzenia, datę i czas jego wystąpienia, prawdopodobieństwo i stopień ciężkości, podjęte działania profilaktyczne i lecznicze oraz dalsze zalecenia.
4. **Monitorowanie pacjenta:**
	* Pacjentów należy regularnie monitorować pod kątem wystąpienia ZNA.
	* Należy zwracać uwagę na zgłaszane przez pacjenta objawy i przeprowadzać odpowiednie badania diagnostyczne w razie potrzeby.
	* W przypadku wystąpienia ZNA należy postępować zgodnie z ustalonymi procedurami postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych.
5. **Ocena skuteczności procedury:**
	* Niniejsza procedura powinna być regularnie przeglądana i aktualizowana w celu zapewnienia jej zgodności z aktualną wiedzą medyczną i najlepszymi praktykami.
	* Należy prowadzić rejestr wystąpienia zdarzeń i analizować dane w celu identyfikacji potencjalnych obszarów wymagających poprawy.
6. **Zdarzenia niepożądane w trakcie procesu leczenia**

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

Działania uboczne leków, takie jak nudności, wymioty, wysypka skórna lub biegunka

Powikłania zabiegów medycznych, takie jak infekcje, krwawienia lub uszkodzenia narządów

Błędy medyczne, takie jak podanie niewłaściwego leku lub popełnienie błędu podczas zabiegu

Reakcje alergiczne na leki lub inne substancje

Skutki uboczne chemioterapii lub radioterapii, takie jak zmęczenie, utrata włosów lub osłabienie układu odpornościowego

1. **Kryteria zdarzeń:**
* **Przyczyna:** Zdarzenia mogą być spowodowane przez leki, zabiegi medyczne, błędy medyczne, reakcje alergiczne lub inne czynniki.
* **Ciężkość:** Zdarzenia mogą być łagodne, umiarkowane lub ciężkie. Ciężkie zdarzenia mogą stanowić zagrożenie dla życia pacjenta.
* **Czas wystąpienia:** Zdarzenia mogą wystąpić natychmiast po podaniu leku lub zabiegu, lub mogą pojawić się po pewnym czasie.
* **Odwracalność:** Niektóre Zdarzenia są odwracalne, co oznacza, że ustępują po odstawieniu leku lub zastosowaniu leczenia. Inne zdarzenia mogą być trwałe lub nawet prowadzić do śmierci.

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

**Cel:**

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

**Zakres:**

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

**Odpowiedzialność:**

Za realizację niniejszej procedury odpowiedzialni są:

* Lekarze przyjmujący pacjentów
* Asystentki, higienistki stomatologiczne
* Inni pracownicy służby zdrowia zaangażowani w proces przyjęcia pacjenta
* Kierownik placówki medycznej

**Etapy procedury:**

1. **Zbieranie wywiadu lekarskiego:**
	* Należy przeprowadzić dokładny wywiad lekarski z pacjentem, aby uzyskać informacje o jego stanie zdrowia, historii choroby, przyjmowanych lekach, alergiach i innych czynnikach ryzyka.
	* Należy zwrócić szczególną uwagę na objawy, które mogą sugerować wystąpienie zdarzeń, takie jak ból, duszność, wysypka skórna lub gorączka.
2. **Badanie fizykalne:**
	* Należy przeprowadzić badanie fizykalne pacjenta, aby ocenić jego stan zdrowia i zidentyfikować potencjalne czynniki ryzyka
	* Należy zwrócić szczególną uwagę na czynniki ryzyka, takie jak podwyższone ciśnienie krwi, przyspieszone bicie serca lub zmiany w stanie skóry.
3. **Przegląd dokumentacji medycznej:**
	* Należy dokładnie przejrzeć dokumentację medyczną pacjenta, aby uzyskać informacje o jego historii choroby, alergiach, przyjmowanych lekach i wcześniejszych zdarzeniach
	* Należy zwrócić szczególną uwagę na informacje o wcześniejszych hospitalizacjach, zabiegach chirurgicznych i reakcjach alergicznych.
4. **Identyfikacja potencjalnych zdarzeń:**
	* Na podstawie zebranych informacji należy zidentyfikować potencjalne zdarzenia, które mogą wystąpić u pacjenta podczas pobytu w placówce medycznej.
	* Należy wziąć pod uwagę czynniki ryzyka, takie jak wiek pacjenta, stan zdrowia, przyjmowane leki i wcześniejsze zdarzenia.
5. **Ocena ryzyka zdarzenia:**
	* Dla każdego zidentyfikowanego zdarzenia należy określić prawdopodobieństwo jego wystąpienia oraz potencjalny stopień ciężkości.
	* W ocenie ryzyka należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki ryzyka pacjenta.
6. **Dokumentowanie zdarzeń:**
	* Wszelkie zidentyfikowane zdarzenia oraz ich ocena ryzyka powinny zostać udokumentowane w dokumentacji medycznej pacjenta.
	* Dokumentacja powinna zawierać opis zdarzeni, datę i czas jego identyfikacji, prawdopodobieństwo i stopień ciężkości, podjęte działania profilaktyczne i dalsze zalecenia.
7. **Monitorowanie pacjenta:**
	* Pacjentów z wysokim ryzykiem wystąpienia zdarzenia należy monitorować pod kątem ich wystąpienia.
	* Należy zwracać uwagę na zgłaszane przez pacjenta objawy i przeprowadzać odpowiednie badania diagnostyczne w razie potrzeby.
	* W przypadku wystąpienia zdarzenia należy postępować zgodnie z ustalonymi procedurami postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych.
8. **Komunikacja z pacjentem:**
	* Pacjentów należy informować o potencjalnych zdarzeniach związanych z ich leczeniem i pobytem w placówce medycznej.
	* Pacjenci powinni mieć możliwość zadawania pytań i wyrażania swoich obaw.
	* Ważne jest, aby stosować zasady dobrej komunikacji i budować zaufanie pacjenta.
9. **Zdarzenia w trakcie przyjmowania pacjenta:**

Błędy identyfikacji pacjenta: Podanie niewłaściwego leku lub wykonanie niewłaściwego badania ze względu na pomyłkę w identyfikacji pacjenta.

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

Opóźnienia w diagnozie lub leczeniu: Opóźnienia w rozpoznaniu choroby lub rozpoczęciu leczenia, które mogą pogorszyć stan pacjenta.

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

**Procedura identyfikacji i oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie stosowania leków**

**Cel:**

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

**Zakres:**

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pacjentów stosujących leki, zarówno na receptę, jak i bez recepty. Obejmuje ona cały proces leczenia, od etapu rozpoznania choroby i doboru leków po monitorowanie stanu pacjenta i ocenę wyników leczenia.

**Odpowiedzialność:**

Za realizację niniejszej procedury odpowiedzialni są:

* Lekarze prowadzący leczenie
* Asystentki, higienistki stomatologiczne
* Inni pracownicy służby zdrowia zaangażowani w proces leczenia
* Kierownik placówki medycznej

**Etapy procedury:**

1. **Identyfikacja potencjalnych zdarzeń:**
	* Należy przeanalizować dostępne informacje o danym leku, jego potencjalnych zdarzeń, mechanizmie działania i interakcjach z innymi lekami.
	* Źródłami informacji mogą być bazy danych medycznych, publikacje naukowe, monografie lekowe, doświadczenia personelu medycznego oraz informacje uzyskane od pacjenta.
	* Należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki ryzyka pacjenta, takie jak wiek, płeć, stan zdrowia, przyjmowane leki i alergie.
2. **Ocena ryzyka zdarzeń:**
	* Dla każdego zidentyfikowanego zdarzenia należy określić prawdopodobieństwo jego wystąpienia oraz potencjalny stopień ciężkości.
	* W ocenie ryzyka należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki ryzyka pacjenta.
3. **Dokumentowanie zdarzeń:**
	* Wszelkie zidentyfikowane zdarzenia oraz ich ocena ryzyka powinny zostać udokumentowane w dokumentacji medycznej pacjenta.
	* Dokumentacja powinna zawierać opis zdarzenia, datę i czas jego identyfikacji, prawdopodobieństwo i stopień ciężkości, podjęte działania profilaktyczne i dalsze zalecenia.
4. **Informowanie pacjenta:**
	* Pacjent powinien zostać poinformowany o potencjalnych zdarzeniach związanych z przyjmowanym lekiem, w tym o ich prawdopodobieństwie wystąpienia i potencjalnym stopniu ciężkości.
	* Pacjent powinien otrzymać jasne i zrozumiałe instrukcje dotyczące przyjmowania leku, monitorowania stanu zdrowia i rozpoznawania objawów zdarzenia.
	* Pacjent powinien mieć możliwość zadawania pytań i wyrażania swoich obaw.
5. **Monitorowanie pacjenta:**
	* Pacjentów przyjmujących leki o zwiększonym ryzyku wystąpienia zdarzenia należy regularnie monitorować pod kątem ich wystąpienia.
	* Monitorowanie może obejmować wizyty u lekarza, badania laboratoryjne i obserwację objawów zgłaszanych przez pacjenta.
	* W przypadku wystąpienia zdarzenia należy postępować zgodnie z ustalonymi procedurami postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych.
6. **Zdarzenia niepożądane w trakcie stosowania leków**

Działania uboczne: Objawy, które nie są zamierzonym działaniem leku, ale mogą wystąpić u niektórych pacjentów. Mogą one być łagodne, umiarkowane lub ciężkie.

Reakcje alergiczne: Objawy nadwrażliwości na lek, które mogą obejmować wysypkę skórną, swędzenie, duszność lub obrzęk twarzy.

Przedawkowanie: Przyjęcie zbyt dużej dawki leku, co może prowadzić do poważnych objawów, a nawet śmierci.

Interakcje z innymi lekami: Reakcje, które mogą wystąpić, gdy lek jest przyjmowany z innymi lekami lub substancjami.

Nadwrażliwość: Reakcja na lek, która nie jest reakcją alergiczną, ale może powodować objawy takie jak ból brzucha, nudności lub wymioty

**Procedura identyfikacji i oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie badań diagnostycznych**

**Cel:**

Celem niniejszej procedury jest określenie ram identyfikacji i oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie badań diagnostycznych. Procedura ma na celu zapewnienie pacjentom bezpiecznego i skutecznego przeprowadzania badań poprzez proaktywną identyfikację potencjalnych zagrożeń i podjęcie odpowiednich działań minimalizujących ryzyko.

**Zakres:**

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pacjentów poddawanych badaniom diagnostycznym w [nazwa placówki medycznej]. Obejmuje ona cały proces badań, od etapu kwalifikacji pacjenta do badania po monitorowanie stanu pacjenta po badaniu i ocenę wyników.

**Odpowiedzialność:**

Za realizację niniejszej procedury odpowiedzialni są:

* Lekarze zlecający badanie
* Lekarze wykonujący badanie
* Asystentki, higienistki stomatologiczne
* Inni pracownicy służby zdrowia zaangażowani w proces badań
* Kierownik placówki medycznej

**Etapy procedury:**

1. **Identyfikacja potencjalnych zdarzeń:**
	* Należy przeanalizować dokumentację medyczną pacjenta, jego stan zdrowia, historię choroby i czynniki ryzyka związane z badaniem diagnostycznym.
	* Źródłami informacji mogą być bazy danych medycznych, publikacje naukowe, monografie lekowe, doświadczenia personelu medycznego oraz informacje uzyskane od pacjenta.
	* Należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki ryzyka pacjenta, takie jak wiek, płeć, choroby współistniejące, przyjmowane leki i alergie.
2. **Ocena ryzyka zdarzeń:**
	* Dla każdego zidentyfikowanego zdarzeń należy określić prawdopodobieństwo jego wystąpienia oraz potencjalny stopień ciężkości.
	* W ocenie ryzyka należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki ryzyka pacjenta.
3. **Dokumentowanie zdarzeń:**
	* Wszelkie zidentyfikowane zdarzenia oraz ich ocena ryzyka powinny zostać udokumentowane w dokumentacji medycznej pacjenta.
	* Dokumentacja powinna zawierać opis zdarzenia, datę i czas jego identyfikacji, prawdopodobieństwo i stopień ciężkości, podjęte działania profilaktyczne i dalsze zalecenia.
4. **Informowanie pacjenta:**
	* Pacjent powinien zostać poinformowany o potencjalnych zdarzeniach związanych z planowanym badaniem diagnostycznym, w tym o ich prawdopodobieństwie wystąpienia i potencjalnym stopniu ciężkości.
	* Pacjent powinien otrzymać jasne i zrozumiałe instrukcje dotyczące przygotowania do badania, postępowania po badaniu i rozpoznawania objawów zdarzeń
	* Pacjent powinien mieć możliwość zadawania pytań i wyrażania swoich obaw.
5. **Monitorowanie pacjenta:**
	* Pacjentów po badaniach diagnostycznych, w przypadku których istnieje ryzyko wystąpienia zdarzenia, należy monitorować pod kątem ich wystąpienia.
	* Monitorowanie może obejmować obserwację objawów zgłaszanych przez pacjenta, badania fizyczne, badania laboratoryjne i obrazowanie medyczne.
	* W przypadku wystąpienia zdarzenia należy postępować zgodnie z ustalonymi procedurami postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych.
6. **Zdarzenia niepożądane w trakcie badań diagnostycznych**

Ból i dyskomfort: Ból, pieczenie lub dyskomfort podczas lub po badaniu.

Reakcje alergiczne: Reakcje alergiczne na kontrast stosowany w badaniach obrazowych lub inne leki podawane podczas badania.

Krwotoki i siniaki: Krwawienie lub siniaki w miejscu wkłucia igły lub innego miejsca wykonania badania.

Zakażenia: Zakażenia w miejscu wkłucia igły lub inne zakażenia związane z badaniem.

Uszkodzenia narządów: Uszkodzenia narządów wewnętrznych w wyniku błędu podczas badania.

Objawy psychiczne: Lęk, drżenie lub inne objawy psychiczne związane z badaniem.

Przedłużone wyniki: Opóźnienie w otrzymaniu wyników badania lub nieprawidłowe wyniki badania.

**Procedura identyfikacji i oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych w związku z zakażeniami**

**Cel:**

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

**Zakres:**

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem w [nazwa placówki medycznej]. Obejmuje ona cały proces opieki nad pacjentem, od etapu przyjęcia do szpitala po wypis i dalsze monitorowanie.

**Odpowiedzialność:**

Za realizację niniejszej procedury odpowiedzialni są:

* Lekarze prowadzący leczenie
* Asystentki, higienistki stomatologiczne
* Epidemiolodzy
* Inni pracownicy służby zdrowia zaangażowani w opiekę nad pacjentem
* Kierownik placówki medycznej

**Etapy procedury:**

1. **Identyfikacja potencjalnych zdarzeń:**
	* Należy przeanalizować dokumentację medyczną pacjenta, jego stan zdrowia, historię choroby i czynniki ryzyka związane z zakażeniem.
	* Źródłami informacji mogą być bazy danych medycznych, publikacje naukowe, monografie lekowe, doświadczenia personelu medycznego oraz informacje uzyskane od pacjenta.
	* Należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki ryzyka pacjenta, takie jak wiek, płeć, choroby współistniejące, przyjmowane leki i alergie.
	* Należy również wziąć pod uwagę specyfikę zakażenia, takie jak:
		+ Rodzaj patogenu
		+ Sposób zakażenia
		+ Ciężkość zakażenia
		+ Możliwość przenoszenia zakażenia
2. **Ocena ryzyka zdarzeń:**
	* Dla każdego zidentyfikowanego zdarzenia należy określić prawdopodobieństwo jego wystąpienia oraz potencjalny stopień ciężkości.
	* Należy stosować odpowiednie narzędzia i skale oceny ryzyka, takie jak skala NEWS lub skala CURB-65.
	* W ocenie ryzyka należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki ryzyka pacjenta oraz specyfikę zakażenia.
3. **Dokumentowanie zdarzeń:**
	* Wszelkie zidentyfikowane zdarzeń oraz ich ocena ryzyka powinny zostać udokumentowane w dokumentacji medycznej pacjenta.
	* Dokumentacja powinna zawierać opis zdarzenia, datę i czas jego identyfikacji, prawdopodobieństwo i stopień ciężkości, podjęte działania profilaktyczne i dalsze zalecenia.
4. **Informowanie pacjenta:**
	* Pacjent powinien zostać poinformowany o potencjalnych zdarzeniach związanych z zakażeniem, w tym o ich prawdopodobieństwie wystąpienia i potencjalnym stopniu ciężkości.
	* Pacjent powinien otrzymać jasne i zrozumiałe instrukcje dotyczące postępowania w przypadku wystąpienia zdarzenia.
	* Pacjent powinien mieć możliwość zadawania pytań i wyrażania swoich obaw.\
5. **Zdarzenia niepożądane w związku z zakażeniami**

Powikłania zakażenia: Zaostrzenie objawów zakażenia, rozwój nowych objawów, niewydolność narządów lub inne poważne powikłania.

Działania uboczne leków przeciwzakaźnych: Skutki uboczne antybiotyków, leków przeciwwirusowych lub innych leków stosowanych w leczeniu zakażenia.

Reakcje alergiczne: Reakcje alergiczne na leki przeciwzakaźne lub inne substancje podawane w ramach leczenia.

Zakażenia szpitalne: Zakażenia nabyte w szpitalu (ZNSZ), które mogą być spowodowane przez oporne na antybiotyki drobnoustroje.

Zakażenia u noworodków: Zakażenia u noworodków nabyte w czasie ciąży, porodu lub po porodzie.

**Procedura identyfikacji i oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych w związku z upadkami pacjentów**

**Cel:**

Celem niniejszej procedury jest określenie ram identyfikacji i oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych w związku z upadkami pacjentów. Procedura ma na celu zapewnienie pacjentom bezpiecznego pobytu w placówce poprzez proaktywną identyfikację potencjalnych zagrożeń i podjęcie odpowiednich działań minimalizujących ryzyko upadków.

**Zakres:**

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pacjentów przebywających w [nazwa placówki medycznej]. Obejmuje ona cały proces opieki nad pacjentem, od etapu przyjęcia do placówki po wypis i dalsze monitorowanie.

**Odpowiedzialność:**

Za realizację niniejszej procedury odpowiedzialni są:

* Lekarze prowadzący leczenie
* Asystentki, higienistki stomatologiczne
* Fizjoterapeuci
* Inni pracownicy służby zdrowia zaangażowani w opiekę nad pacjentem
* Kierownik placówki medycznej

**Etapy procedury:**

1. **Identyfikacja potencjalnych czynników ryzyka upadków:**
	* Należy przeanalizować dokumentację medyczną pacjenta, jego stan zdrowia, historię choroby i czynniki ryzyka upadków.
	* Źródłami informacji mogą być bazy danych medycznych, publikacje naukowe, monografie lekowe, doświadczenia personelu medycznego oraz informacje uzyskane od pacjenta i jego rodziny.
	* Należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki ryzyka pacjenta, takie jak:
		+ Wiek
		+ Płeć
		+ Choroby współistniejące
		+ Przyjmowane leki
		+ Zaburzenia równowagi i chodu
		+ Stosowanie pomocy ortopedycznych
		+ Stany psychiczne
		+ Środowisko domowe
	* Należy również wziąć pod uwagę specyfikę placówki medycznej, takie jak:
		+ Rodzaj oddziału
		+ Poziom oświetlenia
		+ Stan nawierzchni
		+ Umiejscowienie barier ochronnych
2. **Ocena ryzyka upadków:**
	* W ocenie ryzyka należy wziąć pod uwagę indywidualne czynniki ryzyka pacjenta oraz specyfikę placówki medycznej.
3. **Dokumentowanie ryzyka upadków:**
	* Wyniki identyfikacji czynników ryzyka i oceny ryzyka upadków powinny zostać udokumentowane w dokumentacji medycznej pacjenta.
	* Dokumentacja powinna zawierać opis czynników ryzyka, zastosowaną skalę oceny ryzyka i wynik oceny.
4. **Opracowanie planu prewencji upadków:**
	* Na podstawie wyników identyfikacji czynników ryzyka i oceny ryzyka upadków należy opracować indywidualny plan prewencji upadków dla każdego pacjenta.
	* Plan prewencji upadków powinien obejmować:
		+ Edukację pacjenta i jego rodziny na temat ryzyka upadków i sposobów jego zmniejszenia
		+ Stosowanie odpowiednich środków ostrożności, takich jak:
			- Pomoc w przemieszczaniu się
			- Stosowanie antypoślizgowych obuwia
			- Umieszczenie barier ochronnych
			- Dostosowanie oświetlenia
		+ Regularne monitorowanie pacjenta pod kątem ryzyka upadków
		+ Przegląd i aktualizację planu prewencji upadków w razie potrzeby
5. **Wdrożenie planu prewencji upadków:**
	* Plan prewencji upadków powinien zostać wdrożony przez wszystkich pracowników służby zdrowia zaangażowanych w opiekę nad pacjentem.
	* Ważna jest ścisła współpraca z pacjentem i jego rodziną w celu skutecznej realizacji planu.

**Procedura identyfikacji i oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych w związku z błędem medycznym**

**Procedura identyfikacji i oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych w związku z błędem medycznym**

**Cel:**

Celem niniejszej procedury jest określenie ram identyfikacji i oceny ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych w związku z błędem medycznym. Procedura ma na celu zapewnienie pacjentom bezpiecznej opieki poprzez proaktywną identyfikację potencjalnych błędów medycznych i podjęcie odpowiednich działań minimalizujących ryzyko ich wystąpienia.

**Zakres:**

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pacjentów korzystających z opieki medycznej w [nazwa placówki medycznej]. Obejmuje ona cały proces opieki nad pacjentem, od etapu przyjęcia do placówki po wypis i dalsze monitorowanie.

**Odpowiedzialność:**

Za realizację niniejszej procedury odpowiedzialni są:

* Lekarze prowadzący leczenie
* Asystentki, higienistki stomatologiczne
* Inni pracownicy służby zdrowia zaangażowani w opiekę nad pacjentem
* Kierownik placówki medycznej
* Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta

**Etapy procedury:**

1. **Identyfikacja potencjalnych błędów medycznych:**
	* Należy monitorować wszystkie etapy opieki nad pacjentem pod kątem potencjalnych błędów medycznych.
	* Źródłami informacji mogą być bazy danych medycznych, publikacje naukowe, monografie lekowe, doświadczenia personelu medycznego, zgłoszenia pacjentów i ich rodzin oraz systemy raportowania błędów medycznych.
	* Należy wziąć pod uwagę różne rodzaje błędów medycznych, takie jak:
		+ Błędy diagnostyczne
		+ Błędy terapeutyczne
		+ Błędy komunikacyjne
		+ Błędy techniczne
		+ Błędy związane z systemem
	* Ważne jest, aby zwracać uwagę na wszelkie odchylenia od standardów opieki medycznej, zdarzenia niepożądane u pacjentów oraz skargi pacjentów i ich rodzin.
2. **Ocena ryzyka zdarzeń:**
	* Dla każdego zidentyfikowanego potencjalnego błędu medycznego należy określić ryzyko wystąpienia zdarzeń
	* W ocenie ryzyka należy wziąć pod uwagę następujące czynniki:
		+ Rodzaj błędu medycznego
		+ Ciężkość błędu
		+ Prawdopodobieństwo wystąpienia ZNA
		+ Potencjalne konsekwencje ZNA
3. **Dokumentowanie potencjalnych błędów medycznych i oceny ryzyka zdarzeń:**
	* Wszystkie zidentyfikowane potencjalne błędy medyczne oraz ich ocena ryzyka zdarzeń powinny zostać udokumentowane w dokumentacji medycznej pacjenta.
	* Dokumentacja powinna zawierać opis błędu, zastosowaną skalę oceny ryzyka i wynik oceny.
4. **Podjęcie działań prewencyjnych:**
	* Na podstawie wyników identyfikacji potencjalnych błędów medycznych i oceny ryzyka zdarzeń należy podjąć odpowiednie działania prewencyjne.
	* Działania prewencyjne mogą obejmować:
		+ Edukację personelu medycznego na temat błędów medycznych i sposobów ich unikania
		+ Wprowadzenie zmian w procedurach i protokołach opieki nad pacjentem
		+ Wdrożenie systemów raportowania błędów medycznych
		+ Zapewnienie wsparcia psychologicznego dla personelu medycznego i pacjentów
		+ Prowadzenie analizy przyczyn błędów medycznych

**Procedura raportowania zdarzeń niepożądanych**

**Cel:**

Celem niniejszej procedury jest określenie ram raportowania zdarzeń niepożądanych (ZNA) w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów i jakości świadczonych usług medycznych. Procedura ma na celu zapewnienie łatwego i przejrzystego procesu zgłaszania ZNA, rzetelną analizę zgłoszeń oraz podjęcie odpowiednich działań w celu zapobiegania ich ponownemu wystąpieniu.

**Zakres:**

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pracowników służby zdrowia oraz pacjentów lub ich opiekunów prawnych korzystających z usług medycznych w [nazwa placówki medycznej]. Obejmuje ona wszystkie rodzaje ZNA, które mogą wystąpić w trakcie diagnozowania, leczenia lub opieki nad pacjentem.

**Definicje:**

* **Zdarzenie niepożądane (ZNA):** Każde nieprzewidziane i niekorzystne zdarzenie, które może wystąpić u pacjenta podczas lub po udzieleniu mu świadczeń zdrowotnych, a które nie jest częścią naturalnego przebiegu choroby lub zastosowanego postępowania medycznego.
* **Zgłoszenie ZNA:** Formularz służący do przekazania informacji o zaobserwowanym lub zaistniałym ZNA.
* **Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta:** Zespół odpowiedzialny za analizę zgłoszeń ZNA, identyfikację przyczyn zdarzeń, opracowywanie rekomendacji i wdrażanie działań prewencyjnych.

**Procedura zgłaszania ZNA:**

1. **Identyfikacja ZNA:** Każdy pracownik służby zdrowia oraz pacjent lub jego opiekun prawny ma obowiązek zgłaszać zaobserwowane lub zaistniałe ZNA.
2. **Wypełnienie formularza zgłoszenia ZNA:** Formularz zgłoszenia ZNA powinien zawierać szczegółowe informacje o zdarzeniu, takie jak:
	* Data i godzina zdarzenia
	* Miejsce zdarzenia
	* Dane pacjenta
	* Opis zdarzenia
	* Przyczyna zdarzenia (jeśli jest znana)
	* Skutki zdarzenia dla pacjenta
	* Podjęte działania
	* Dane zgłaszającego
3. **Przekazanie formularza zgłoszenia ZNA:** Wypełniony formularz zgłoszenia ZNA należy przekazać:
	* Bezpośrednio do Zespołu ds. bezpieczeństwa pacjenta
	* Przełożonemu
	* Innemu wyznaczonemu pracownikowi służby zdrowia
4. **Zbieranie dodatkowych informacji:** Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta może skontaktować się ze zgłaszającym lub z pacjentem w celu uzyskania dodatkowych informacji o zdarzeniu.

**Analiza zgłoszeń ZNA:**

1. **Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta:** Dokonuje wstępnej analizy zgłoszeń ZNA w celu oceny ich istotności i priorytetu.
2. **Badanie przyczyn zdarzenia:** W przypadku poważnych ZNA lub zdarzeń o dużej częstotliwości występowania Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta przeprowadza szczegółowe badanie przyczyn zdarzenia. Badanie może obejmować:
	* Przegląd dokumentacji medycznej pacjenta
	* Wywiady z personelem medycznym
	* Analizę procedur i protokołów
	* Konsultacje z ekspertami
3. **Opracowanie rekomendacji:** Na podstawie wyników badania przyczyn Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta opracowuje rekomendacje mające na celu zapobieganie podobnym zdarzeniom w przyszłości. Rekomendacje mogą obejmować:
	* Zmiany w procedurach i protokołach
	* Dodatkowe szkolenia dla personelu medycznego
	* Wprowadzenie nowych systemów bezpieczeństwa
	* Opracowanie nowych wytycznych
4. **Wdrażanie działań prewencyjnych:** Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta we współpracy z kierownictwem placówki medycznej wdraża opracowane rekomendacje.
5. **Monitorowanie skuteczności:** Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta monitoruje skuteczność wdrożonych działań prewencyjnych i w razie potrzeby wprowadza dalsze zmiany.

**Procedura analizy zdarzeń niepożądanych**

**Cel:**

Celem niniejszej procedury jest określenie ram analizy zdarzeń niepożądanych (ZNA) w celu identyfikacji ich przyczyn, opracowania rekomendacji zapobiegawczych i poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

**Zakres:**

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich ZNA zgłoszonych w [nazwa placówki medycznej]. Obejmuje ona wszystkie rodzaje ZNA, niezależnie od ich ciężkości lub przyczyny.

**Odpowiedzialność:**

Za analizę ZNA odpowiada Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta. W skład zespołu mogą wchodzić:

* Lekarze
* Asystentki, higienistki stomatologiczne
* Inni pracownicy służby zdrowia
* Eksperci ds. bezpieczeństwa pacjenta
* Przedstawiciele pacjentów

**Etapy analizy ZNA:**

1. **Otrzymanie zgłoszenia ZNA:** Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta otrzymuje zgłoszenie ZNA, które zawiera szczegółowe informacje o zdarzeniu.
2. **Wstępna ocena zgłoszenia:** Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta dokonuje wstępnej oceny zgłoszenia w celu określenia jego istotności i priorytetu.
3. **Decyzja o dalszej analizie:** Na podstawie wstępnej oceny Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta decyduje, czy konieczne jest przeprowadzenie szczegółowej analizy zdarzenia.
4. **Zbieranie danych:** W przypadku decyzji o przeprowadzeniu szczegółowej analizy Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta zbiera dodatkowe dane o zdarzeniu. Dane mogą obejmować:
	* Przegląd dokumentacji medycznej pacjenta
	* Wywiady z personelem medycznym zaangażowanym w zdarzenie
	* Analizę procedur i protokołów
	* Przegląd danych dotyczących podobnych zdarzeń
5. **Identyfikacja przyczyn ZNA:** Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta wykorzystuje różne metody identyfikacji przyczyn ZNA, takie jak:
	* Analiza drzewa przyczyn
	* Diagram Ishikawy
	* Metoda "5 dlaczego"
6. **Ocena ryzyka:** Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta ocenia ryzyko wystąpienia podobnych ZNA w przyszłości.
7. **Opracowanie rekomendacji:** Na podstawie wyników analizy Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta opracowuje rekomendacje mające na celu zapobieganie podobnym zdarzeniom w przyszłości. Rekomendacje mogą obejmować:
	* Zmiany w procedurach i protokołach
	* Dodatkowe szkolenia dla personelu medycznego
	* Wprowadzenie nowych systemów bezpieczeństwa
	* Opracowanie nowych wytycznych
8. **Komunikowanie wyników analizy:** Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta komunikuje wyniki analizy ZNA zainteresowanym stronom, takim jak:
	* Kierownictwo placówki medycznej
	* Personel medyczny
	* Pacjenci
9. **Wdrażanie rekomendacji:** Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta we współpracy z kierownictwem placówki medycznej wdraża opracowane rekomendacje.
10. **Monitorowanie skuteczności:** Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta monitoruje skuteczność wdrożonych rekomendacji i w razie potrzeby wprowadza dalsze zmiany.

**Procedura wdrażania działań korygujących i zapobiegawczych**

**Cel:**

Celem niniejszej procedury jest określenie ram identyfikacji, analizy i eliminowania niezgodności oraz potencjalnych niezgodności w placówce medycznej w celu zapobiegania ich wystąpieniu w przyszłości. Procedura ma na celu zapewnienie spójnego i skutecznego podejścia do wdrażania działań korygujących (DK) i zapobiegawczych (DZ), które przyczyniają się do ciągłej poprawy jakości świadczonych usług medycznych i bezpieczeństwa pacjentów.

**Zakres:**

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

**Odpowiedzialność:**

* **Kierownictwo placówki:** Zapewnia ogólne nadzorowanie nad wdrażaniem i utrzymaniem niniejszej procedury oraz zapewnia niezbędne zasoby.
* **Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta i jakości:** Koordynuje działania związane z identyfikacją, analizą i wdrażaniem DKiZ.
* **Kierownicy działów:** Odpowiadają za wdrażanie DKiZ w swoich obszarach działalności.
* **Pracownicy służby zdrowia:** Zgłaszają niezgodności i potencjalne niezgodności oraz uczestniczą w działaniach korygujących i zapobiegawczych.
* **Pacjenci:** Mogą zgłaszać niezgodności i potencjalne niezgodności dotyczące świadczonych im usług medycznych.

**Etapy wdrażania DKiZ:**

**1. Identyfikacja niezgodności i potencjalnych niezgodności:**

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

* Zdarzenia niepożądane (ZNA)
* Reklamacje pacjentów
* Audyty wewnętrzne i zewnętrzne
* Monitorowanie wskaźników bezpieczeństwa pacjentów
* Analizy danych
* Obserwacje pracowników
* Zgłoszenia od pracowników, pacjentów i innych osób zaangażowanych w procesy medyczne

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

**2. Dokumentowanie niezgodności:**

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

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

**3. Analiza przyczyn niezgodności:**

Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta i jakości lub wyznaczeni specjaliści przeprowadzają analizę przyczyn niezgodności w celu określenia jej źródła. Metody analizy przyczyn mogą obejmować:

* Burzę mózgów
* Diagramy Ishikawy
* Analizę drzewa przyczyn
* Metodę "5 dlaczego"
* Analizę Pareto

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

**4. Określenie działań korygujących:**

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

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

DK powinny być:

* Stosowne do charakteru i skali niezgodności
* Terminowe
* Realistyczne do wykonania
* Dokładnie udokumentowane
* Przypisane do konkretnych osób lub zespołów odpowiedzialnych
1. **Określenie działań zapobiegawczych**

Działania zapobiegawcze

Działania zapobiegawcze (DZ) to kroki podejmowane w celu wyeliminowania potencjalnych przyczyn niezgodności lub innej niepożądanej sytuacji, zanim one nastąpią. Celem DZ jest zapobieganie wystąpieniu problemów i zapewnienie bezpieczeństwa, jakości i efektywności procesów.

Przykładowe działania zapobiegawcze:

Szkolenia i edukacja: Zapewnianie pracownikom odpowiedniej wiedzy i umiejętności niezbędnych do wykonywania zadań w sposób bezpieczny i zgodny z procedurami.

Opracowywanie i wdrażanie procedur: Tworzenie przejrzystych i szczegółowych instrukcji dotyczących wykonywania zadań, które minimalizują ryzyko błędów i wypadków.

Monitorowanie i analiza danych: Regularne zbieranie i analizowanie danych dotyczących procesów w celu identyfikacji potencjalnych problemów i obszarów wymagających poprawy.

Przeprowadzanie auditów i kontroli: Okresowe sprawdzanie zgodności procesów z procedurami i regulacjami w celu wykrycia i eliminowania potencjalnych niezgodności.

Wdrażanie systemu zgłaszania niezgodności: Umożliwienie pracownikom zgłaszania potencjalnych zagrożeń i niezgodności w celu ich szybkiego rozpatrzenia i rozwiązania.

Ciągłe doskonalenie: Regularne przeglądanie i aktualizowanie procedur, systemów i metod pracy w celu zapewnienia ich zgodności z aktualnymi standardami i najlepszymi praktykami.

Promowanie kultury bezpieczeństwa: Tworzenie środowiska pracy, w którym pracownicy czują się komfortowo zgłaszając problemy i angażując się w działania zapobiegawcze.

**Dokument identyfikujący obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej**

Celem niniejszego dokumentu jest identyfikacja obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Dokument ten opiera się na analizie danych, wynikach audytów i opiniach pacjentów i pracowników służby zdrowia.

**Obszary priorytetowe:**

1. **Dostępność opieki:**
* Zwiększenie dostępności do lekarzy i innych specjalistów, szczególnie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
* Skrócenie czasu oczekiwania na wizyty lekarskie i badania.
* Ułatwienie dostępu do opieki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych i starszych.
1. **Jakość opieki:**
* Poprawa koordynacji opieki nad pacjentem między różnymi specjalistami i placówkami medycznymi.
* Wprowadzenie i stosowanie standardów opieki medycznej opartych na dowodach naukowych.
* Zwiększenie wykorzystania technologii informatycznych w celu poprawy jakości opieki.
* Zapewnienie pacjentom dostępu do informacji o ich stanie zdrowia i możliwościach leczenia.
1. **Bezpieczeństwo pacjentów:**
* Zmniejszenie liczby błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych.
* Poprawa identyfikacji i zgłaszania zdarzeń niepożądanych.
* Wzmocnienie kultury bezpieczeństwa w placówkach medycznych.
* Zwiększenie świadomości pacjentów na temat bezpieczeństwa i ich roli w zapobieganiu błędom medycznym.
1. **Satysfakcja pacjentów:**
* Poprawa komunikacji między pacjentem a personelem medycznym.
* Zwiększenie zaangażowania pacjentów w proces leczenia.
* Zapewnienie pacjentom komfortu i godności podczas pobytu w placówce medycznej.
* Dostosowanie opieki medycznej do indywidualnych potrzeb i preferencji pacjentów.

**Działania:**

Dla każdego obszaru priorytetowego zostaną opracowane szczegółowe plany działania, które będą obejmować:

* Określenie mierzalnych celów.
* Identyfikację zasobów niezbędnych do realizacji celów.
* Wyznaczenie osób odpowiedzialnych za realizację celów.
* Ustalenie harmonogramu realizacji celów.
* Opracowanie procedur monitorowania i oceny postępów.

**Zaangażowanie:**

Poprawa jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej wymaga zaangażowania wszystkich interesariuszy, w tym:

* Kierownictwa placówek medycznych.
* Pracowników służby zdrowia.
* Pacjentów.
* Płatników.
* Organizacji pozarządowych.

**Kryteria skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń medycznych**

Skuteczny nadzór nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń medycznych jest kluczowy dla zapewnienia pacjentom opieki na najwyższym poziomie. Obejmuje on szereg działań mających na celu identyfikację, ocenę i eliminowanie potencjalnych zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjentów oraz ciągłe doskonalenie jakości świadczonych usług.

Kluczowe kryteria skutecznego nadzoru obejmują:

**1. Jasno określone cele i zakres:**

* Nadzór powinien mieć jasno określone cele, które są zgodne z ogólnymi celami dotyczącymi jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.
* Powinien obejmować wszystkie aspekty świadczonych usług, w tym procesy, procedury, wyniki leczenia i doświadczenia pacjentów.

**2. Zaangażowanie wszystkich stron:**

* W nadzór powinny być zaangażowane wszystkie strony zainteresowane, w tym kierownictwo placówki, pracownicy służby zdrowia, pacjenci i ich rodziny oraz inne osoby mające wpływ na jakość i bezpieczeństwo opieki.
* Należy stworzyć kulturę bezpieczeństwa, w której pracownicy czują się komfortowo zgłaszając problemy i angażując się w działania mające na celu poprawę.

**3. Systematyczny i oparty na danych charakter:**

* Nadzór powinien opierać się na systematycznym zbieraniu i analizie danych dotyczących jakości i bezpieczeństwa opieki.
* Dane te mogą obejmować wskaźniki bezpieczeństwa pacjentów, skargi pacjentów, wyniki audytów oraz informacje zwrotne od pracowników.
* Dane te powinny być wykorzystywane do identyfikowania obszarów wymagających poprawy oraz opracowywania i wdrażania działań korygujących.

**4. Ciągłe doskonalenie:**

* Nadzór powinien być postrzegany jako proces ciągłego doskonalenia, a nie jako jednorazowe wydarzenie.
* Należy regularnie dokonywać przeglądu i aktualizować procedury nadzoru w celu uwzględnienia nowych informacji i najlepszych praktyk.

**5. Skuteczna komunikacja:**

* Wyniki nadzoru powinny być jasno i przejrzyście komunikowane wszystkim stronom zainteresowanym.
* Należy zapewnić pacjentom dostęp do informacji o jakości i bezpieczeństwie świadczonych im usług.

**6. Odpowiedzialność:**

* Powinna być jasno określona odpowiedzialność za nadzór nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń medycznych.
* Należy wdrożyć mechanizmy zapewniające rozliczalność osób odpowiedzialnych za jakość i bezpieczeństwo opieki.

**7. Wsparcie zewnętrzne:**

* W razie potrzeby należy skorzystać z wsparcia zewnętrznych ekspertów i organizacji w zakresie nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem.

**Metody skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń medycznych**

Skuteczny nadzór nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń medycznych obejmuje szereg metod służących identyfikacji, ocenie i eliminowaniu potencjalnych zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjentów oraz ciągłemu doskonaleniu jakości świadczonych usług. Poniżej przedstawiono kilka kluczowych metod:

**1. Monitorowanie wskaźników bezpieczeństwa pacjentów:**

* Regularne zbieranie i analiza danych dotyczących wskaźników bezpieczeństwa pacjentów, takich jak:
	+ Zdarzenia niepożądane (np. zakażenia szpitalne, błędy medyczne)
	+ Wskaźniki śmiertelności
	+ Wskaźniki ponownych hospitalizacji
	+ Liczba skarg pacjentów
* Ustalenie progów ostrzegawczych dla wskaźników bezpieczeństwa pacjentów i wszczynanie działań korygujących w przypadku ich przekroczenia.
* Wykorzystywanie wykresów kontrolnych i innych narzędzi statystycznych do wizualizacji trendów i identyfikacji obszarów wymagających poprawy.

**2. Audyty wewnętrzne i zewnętrzne:**

* Przeprowadzanie regularnych audytów wewnętrznych w celu oceny zgodności procedur i praktyk z obowiązującymi standardami i regulacjami.
* Zaangażowanie zewnętrznych audytorów do przeprowadzania niezależnych ocen jakości i bezpieczeństwa opieki.
* Opracowywanie planów działań korygujących na podstawie wyników audytów i wdrażanie ich w celu устранения выявленных проблем.

**3. Analiza zdarzeń niepożądanych:**

* Dokładne dokumentowanie i zgłaszanie wszystkich zdarzeń niepożądanych.
* Przeprowadzanie szczegółowych analiz przyczyn zdarzeń niepożądanych w celu identyfikacji czynników systemowych i indywidualnych, które do nich doprowadziły.
* Opracowywanie i wdrażanie działań zapobiegawczych w celu uniemożliwienia wystąpienia podobnych zdarzeń w przyszłości.

**4. Badania satysfakcji pacjentów:**

* Regularne przeprowadzanie ankiet i wywiadów z pacjentami w celu oceny ich satysfakcji z opieki medycznej.
* Identyfikacja obszarów, w których można poprawić jakość opieki z perspektywy pacjentów.
* Wdrażanie zmian w oparciu o opinie pacjentów.

**5. System zgłaszania zdarzeń niepożądanych:**

* Utworzenie systemu umożliwiającego pracownikom służby zdrowia łatwe i poufne zgłaszanie potencjalnych zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjentów.
* Zapewnienie ochrony zgłaszającym przed działaniami odwetowymi.
* Dokładne badanie zgłoszeń i podejmowanie odpowiednich działań.

**6. Edukacja i szkolenia:**

* Zapewnianie pracownikom służby zdrowia regularnych szkoleń i edukacji w zakresie jakości i bezpieczeństwa opieki medycznej.
* Aktualizowanie wiedzy pracowników na temat najnowszych standardów i najlepszych praktyk.
* Promowanie kultury bezpieczeństwa pacjentów w placówce medycznej.

**7. Współpraca z innymi placówkami:**

* Współpraca z innymi placówkami medycznymi w celu wymiany informacji i najlepszych praktyk w zakresie nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem.
* Udział w programach benchmarkingowych w celu porównania wyników z innymi placówkami.
* Współpraca z organizacjami pozarządowymi i instytucjami rządowymi w zakresie inicjatyw na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki medycznej.

**Procedura monitorowania zdarzeń niepożądanych**

**Cel:**

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

**Zakres:**

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

**Odpowiedzialność:**

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

**Etapy procedury:**

**1. Identyfikacja ZNA:**

Źródłami informacji o ZNA mogą być m.in.:

* Sprawozdania pacjentów lub ich rodzin
* Obserwacje pracowników służby zdrowia
* Zapisane błędy medyczne
* Wyniki badań laboratoryjnych lub obrazowych
* Zgłoszenia z systemów monitorowania pacjentów
* Skargi pacjentów

**2. Zgłaszanie ZNA:**

Każde ZNA powinno zostać zgłoszone za pomocą formularza zgłoszenia ZNA lub innego kanału komunikacji, np. systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych i skarg pacjentów. Formularz powinien zawierać szczegółowe informacje, takie jak:

* Opis ZNA
* Data i godzina wystąpienia
* Miejsce wystąpienia
* Rodzaj ZNA (np. błąd medyczny, zakażenie szpitalne, reakcja alergiczna)
* Potencjalne lub rzeczywiste skutki ZNA dla pacjenta
* Dane osoby zgłaszającej
* Dane pacjenta, którego dotyczy ZNA (jeśli jest to możliwe)

**3. Dokumentacja ZNA:**

Zgłoszone ZNA powinny zostać udokumentowane w systemie informatycznym lub w formie papierowej. Dokumentacja powinna zawierać wszystkie informacje z formularza zgłoszenia ZNA, a także inne istotne informacje, takie jak:

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

**4. Analiza przyczyn ZNA:**

Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta i jakości lub wyznaczeni specjaliści przeprowadzają analizę przyczyn ZNA w celu określenia jego źródła. Metody analizy przyczyn mogą obejmować:

* Burzę mózgów
* Diagramy Ishikawy
* Analizę drzewa przyczyn
* Metodę "5 dlaczego"
* Analizę Pareto

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

**5. Działania zapobiegawcze:**

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

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

DZ powinny być:

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

**Procedura monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń medycznych**

**Cel:**

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

**Zakres:**

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

**Odpowiedzialność:**

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

**Etapy procedury:**

**1. Identyfikacja niezgodności i potencjalnych niezgodności:**

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

* Zdarzenia niepożądane (ZNA)
* Reklamacje pacjentów
* Audyty wewnętrzne i zewnętrzne
* Monitorowanie wskaźników bezpieczeństwa pacjentów
* Analizy danych
* Obserwacje pracowników
* Zgłoszenia od pracowników, pacjentów i innych osób zaangażowanych w procesy medyczne

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

**2. Dokumentowanie niezgodności:**

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

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

**3. Analiza przyczyn niezgodności:**

Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta i jakości lub wyznaczeni specjaliści przeprowadzają analizę przyczyn niezgodności w celu określenia jej źródła. Metody analizy przyczyn mogą obejmować:

* Burzę mózgów
* Diagramy Ishikawy
* Analizę drzewa przyczyn
* Metodę "5 dlaczego"
* Analizę Pareto

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

**4. Określenie działań korygujących:**

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

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

DK powinny być:

* Stosowne do charakteru i skali niezgodności
* Terminowe
* Realistyczne do wykonania
* Dokładnie udokumentowane
* Przypisane do konkretnych osób lub zespołów odpowiedzialnych za ich wykonanie

**5. Wdrażanie działań korygujących:**

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

**6. Monitorowanie skuteczności działań korygujących:**

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

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

Monitorowanie może obejmować:

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

**7. Działania zapobiegawcze:**

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

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

**Ewidencja szkoleń z zakresu jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń medycznych**

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

**Komunikacja wewnętrzna wyników monitorowania jakości w oparciu o wskaźniki jakości i bezpieczeństwa leczenia**

**Cel:**

Celem niniejszego dokumentu jest przedstawienie ram komunikowania wyników monitorowania jakości w oparciu o wskaźniki jakości i bezpieczeństwa leczenia w placówce medycznej. Skuteczna komunikacja ma na celu zwiększenie świadomości pracowników na temat poziomu jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług, zaangażowanie ich w działania mające na celu poprawę oraz budowanie kultury bezpieczeństwa pacjenta w całej organizacji.

**Zakres:**

Niniejszy dokument obejmuje komunikację wyników monitorowania jakości i bezpieczeństwa leczenia we wszystkich obszarach działalności placówki medycznej. Obejmuje to zarówno wskaźniki ogólne, takie jak wskaźniki śmiertelności i zakażeń szpitalnych, jak i wskaźniki specyficzne dla poszczególnych oddziałów lub procedur medycznych.

**Odpowiedzialność:**

* **Kierownictwo placówki:** Zapewnia ogólne nadzorowanie nad komunikacją wyników monitorowania jakości i bezpieczeństwa leczenia.
* **Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta i jakości:** Odpowiada za zbieranie, analizowanie i raportowanie wskaźników jakości i bezpieczeństwa leczenia.
* **Kierownicy działów:** Odpowiadają za komunikację wyników monitorowania jakości i bezpieczeństwa leczenia swoim pracownikom oraz za wdrażanie działań mających na celu poprawę.
* **Pracownicy służby zdrowia:** Uczestniczą w komunikacji wyników monitorowania jakości i bezpieczeństwa leczenia oraz w działaniach mających na celu poprawę.

**Metody komunikacji:**

Istnieje wiele różnych metod komunikowania wyników monitorowania jakości i bezpieczeństwa leczenia, które można stosować w zależności od kontekstu i odbiorców. Poniżej przedstawiono kilka przykładów:

* **Raporty pisemne:** Raporty pisemne mogą zawierać szczegółowe informacje o wskaźnikach jakości i bezpieczeństwa leczenia, ich trendach oraz działaniach podejmowanych w celu poprawy. Raporty te mogą być dystrybuowane do pracowników pocztą elektroniczną, drukowane i udostępniane w intranecie lub prezentowane na spotkaniach.
* **Wykresy i prezentacje:** Wykresy i prezentacje mogą być wykorzystywane do wizualizacji wyników monitorowania jakości i bezpieczeństwa leczenia w sposób łatwy do zrozumienia. Prezentacje mogą być przeprowadzane na spotkaniach z pracownikami lub udostępniane w intranecie.
* **Spotkania:** Spotkania mogą być wykorzystywane do omówienia wyników monitorowania jakości i bezpieczeństwa leczenia z pracownikami i do zebrania ich opinii na temat działań mających na celu poprawę.
* **Szkolenia:** Szkolenia mogą być wykorzystywane do edukowania pracowników na temat znaczenia jakości i bezpieczeństwa leczenia oraz do nauczania ich, jak identyfikować i zgłaszać zdarzenia niepożądane.
* **Intranet:** Intranet może być wykorzystywany do udostępniania raportów, wykresów, prezentacji i innych materiałów edukacyjnych dotyczących jakości i bezpieczeństwa leczenia.

**Zasady skutecznej komunikacji:**

Skuteczna komunikacja wyników monitorowania jakości i bezpieczeństwa leczenia powinna być:

* **Jasna i zwięzła:** Informacje powinny być łatwe do zrozumienia dla wszystkich pracowników, niezależnie od ich wykształcenia medycznego.
* **Dostępna:** Informacje powinny być dostępne dla wszystkich pracowników w dogodnym dla nich czasie i formie.
* **Regularna:** Informacje powinny być przekazywane regularnie, aby pracownicy byli na bieżąco z poziomem jakości i bezpieczeństwa leczenia w placówce.
* **Obiektywna:** Informacje powinny być rzetelne i bezstronne, bez upiększania lub ukrywania negatywnych wyników.
* **Skupiona na działaniu:** Komunikacja powinna nie tylko informować o problemach, ale również przedstawiać działania podejmowane w celu ich rozwiązania i zachęcać pracowników do zaangażowania się w te działania.

**Procedura przestrzegania praw pacjenta przez personel podmiotu leczniczego**

**Cel:**

Celem niniejszej procedury jest określenie ram postępowania personelu podmiotu leczniczego w celu zapewnienia przestrzegania praw pacjentów określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Procedura ma na celu zapewnienie spójnego i skutecznego podejścia do respektowania praw pacjentów, co przyczynia się do budowania zaufania i zadowolenia pacjentów oraz tworzenia atmosfery sprzyjającej procesowi leczenia.

**Zakres:**

Niniejsza procedura dotyczy wszystkich pracowników podmiotu leczniczego, niezależnie od ich wykształcenia, zawodu i zajmowanego stanowiska. Obejmuje ona wszystkie aspekty kontaktu personelu z pacjentem, począwszy od przyjęcia do placówki, aż po wypis i dalszą opiekę.

**Odpowiedzialność:**

* **Kierownictwo podmiotu leczniczego:** Zapewnia ogólne nadzorowanie nad przestrzeganiem praw pacjentów przez personel oraz zapewnia niezbędne zasoby do realizacji niniejszej procedury.
* **Lekarze:** Informują pacjentów o ich prawach, uzyskują świadomą zgodę na leczenie, zapewniają pacjentom dostęp do dokumentacji medycznej, dbają o komfort i godność pacjentów w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.
* **Asystentki, higienistki stomatologiczne** **:** Informują pacjentów o ich prawach, zapewniają opiekę pielęgniarską i położniczą z poszanowaniem godności pacjenta, dbają o komfort i bezpieczeństwo pacjentów.
* **Pozostali pracownicy:** Dbają o uprzejmy i profesjonalny kontakt z pacjentami, zapewniają pacjentom dostęp do informacji o świadczonych usługach, respektują prywatność pacjentów.

**Zasady postępowania:**

* **Każdy pracownik podmiotu leczniczego ma obowiązek znać i przestrzegać praw pacjentów określonych w ustawie.**
* **Personel powinien traktować pacjentów z szacunkiem, życzliwością i empatią.**
* **Pacjenci powinni być informowani o ich prawach w sposób jasny, zrozumiały i dostosowany do ich indywidualnych potrzeb.**
* **Należy uzyskać świadomą zgodę pacjenta na leczenie, informując go o jego celach, metodach, ryzyku i alternatywnych rozwiązaniach.**
* **Pacjenci powinni mieć zapewniony dostęp do dokumentacji medycznej i możliwość jej korygowania w razie błędów.**
* **Personel powinien chronić prywatność pacjentów i poufność ich danych osobowych.**
* **Pacjenci powinni mieć możliwość składania skarg i wniosków dotyczących świadczonych usług.**
* **Personel powinien być przeszkolony w zakresie praw pacjentów i umiejętności komunikowania się z pacjentami w sposób zgodny z tymi prawami.**

**Stosowanie procedury:**

* Niniejsza procedura powinna być stosowana we wszystkich kontaktach personelu z pacjentami.
* Należy zapoznać z nią wszystkich nowych pracowników podmiotu leczniczego w ramach szkoleń wprowadzających.
* Regularnie należy przeprowadzać szkolenia dla personelu w celu przypomnienia im o prawach pacjentów i zasadach postępowania.
* W przypadku naruszenia praw pacjenta należy przeprowadzić odpowiednie postępowanie wyjaśniające i wyciągnąć konsekwencje wobec osoby odpowiedzialnej.

 **Procedura badań satysfakcji pacjentów**

**Cel:**

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

**Zakres:**

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

**Odpowiedzialność:**

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

**Metody badawcze:**

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

* **Ankiety:** Ankiety mogą być rozdawane pacjentom osobiście, wysyłane pocztą tradycyjną lub drogą elektroniczną.
* **Wywiady:** Wywiady mogą być przeprowadzane telefonicznie lub osobiście.
* **Grupy fokusowe:** Grupy fokusowe umożliwiają zebranie opinii pacjentów w sposób bardziej pogłębiony.
* **Analiza skarg i wniosków:** Analiza skarg i wniosków pacjentów może dostarczyć cennych informacji o ich niezadowoleniu.

**Narzędzia badawcze:**

Narzędzia badawcze powinny być dostosowane do specyfiki placówki medycznej i rodzaju świadczonych usług. Należy zadbać o to, aby pytania były jasne, zrozumiałe i łatwe do odpowiedzi. Narzędzia badawcze powinny zostać poddane testowi pilotażowemu przed ich ostatecznym wdrożeniem.

**Przeprowadzanie badań:**

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

**Analiza wyników:**

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

**Działania na rzecz poprawy:**

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

**Procedura szkoleń personelu medycznego w zakresie jakości i bezpieczeństwa**

**Cel:**

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

**Zakres:**

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

**Odpowiedzialność:**

* **Kierownictwo placówki:** Zapewnia ogólne nadzorowanie nad programem szkoleń personelu medycznego w zakresie jakości i bezpieczeństwa oraz zapewnia niezbędne zasoby do jego realizacji.
* **Zespół ds. bezpieczeństwa pacjenta i jakości:** Opracowuje program szkoleń, identyfikuje potrzeby szkoleniowe pracowników, wybiera odpowiednie metody i materiały dydaktyczne, organizuje i prowadzi szkolenia, monitoruje i ocenia ich efektywność.
* **Kierownicy działów:** Odpowiadają za udział swoich pracowników w szkoleniach i wdrażanie w swoich obszarach działalności zasad i procedur dotyczących jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem.
* **Pracownicy medyczni:** Uczestniczą w szkoleniach z zakresu jakości i bezpieczeństwa oraz stosują w swojej pracy nabytą wiedzę i umiejętności.

**Program szkoleń:**

Program szkoleń powinien obejmować następujące elementy:

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

**Metody szkoleniowe:**

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

* **Wykłady:** Wykłady umożliwiają przekazanie uczestnikom podstawowych informacji na dany temat.
* **Warsztaty:** Warsztaty umożliwiają uczestnikom nabycie praktycznych umiejętności w zakresie jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem.
* **Szkolenia e-learningowe:** Szkolenia e-learningowe umożliwiają uczestnikom samodzielne zdobywanie wiedzy w dogodnym dla nich czasie i miejscu.
* **Symulacje medyczne:** Symulacje medyczne umożliwiają uczestnikom ćwiczenie umiejętności w bezpiecznym i kontrolowanym środowisku.

**Materiały dydaktyczne:**

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

**Ocena efektywności szkoleń:**

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

* **Ankiety ewaluacyjne:** Ankiety ewaluacyjne umożliwiają uczestnikom ocenę szkolenia pod względem jego treści, formy i organizacji.
* **Testy wiedzy:** Testy wiedzy umożliwiają sprawdzenie, czy uczestnicy nabyli wiedzę przekazaną podczas szkolenia.
* **Obserwacja pracy uczestników:** Obserwacja pracy uczestników umożliwia sprawdzenie, czy stosują oni w swojej pracy nabytą podczas szkolenia wiedzę i umiejętności.

**Procedura kontroli kwalifikacji osób udzielających świadczeń medycznych**

**Cel:**

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

**Zakres:**

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

**Odpowiedzialność:**

* **Kierownictwo placówki:** Zapewnia ogólne nadzorowanie nad procesem kontroli kwalifikacji osób udzielających świadczeń medycznych oraz ustala kryteria kwalifikacyjne dla poszczególnych stanowisk.
* **Zespół ds. kadr:** Prowadzi proces rekrutacji i weryfikuje kwalifikacje kandydatów.
* **Kierownicy działów:** Odpowiadają za nadzór nad pracą osób udzielających świadczeń medycznych w swoich działach i za zapewnienie, że posiadają one odpowiednie kwalifikacje do wykonywania swoich obowiązków.

**Proces kontroli kwalifikacji:**

Proces kontroli kwalifikacji osób udzielających świadczeń medycznych obejmuje następujące etapy:

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

**Kryteria kwalifikacyjne:**

Kryteria kwalifikacyjne dla osób udzielających świadczeń medycznych powinny być określone w regulaminie placówki medycznej lub w innych dokumentach wewnętrznych. Kryteria te powinny obejmować:

* **Wykształcenie:** Wymagane wykształcenie dla danego stanowiska, np. studia medyczne, kursy specjalizacyjne, certyfikaty.
* **Doświadczenie zawodowe:** Wymagane minimalne doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie medycyny.
* **Umiejętności językowe:** Znajomość języka polskiego w stopniu umożliwiającym swobodną komunikację z pacjentami i personelem medycznym.
* **Umiejętności miękkie:** Umiejętności interpersonalne, empatia, umiejętność pracy w zespole, umiejętność rozwiązywania problemów.

**Monitorowanie kwalifikacji:**

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

* **Zapewniać pracownikom dostęp do szkoleń i kursów doskonalących.**
* **Regularnie przeprowadzać oceny okresowe.**
* **Monitorować opinie pacjentów na temat pracy personelu medycznego.**

**Procedura postępowania ze skargami i uwagami pacjentów**

Osobno przesłany plik Regulamin skarg i wniosków

**Procedura zarządzania dokumentacją medyczną**

**Cel:**

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

**Zakres:**

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

**Odpowiedzialność:**

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

**Prowadzenie dokumentacji medycznej:**

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

**Zasady sporządzania dokumentacji medycznej:**

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

**Przechowywanie dokumentacji medycznej:**

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

**Archiwizacja dokumentacji medycznej:**

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

1)

dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

1a)

dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;

2)

zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

3)

skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:

a)

5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,

b)

2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie - w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;

4)

dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

**Dostęp do dokumentacji medycznej:**

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

**Zmiana dokumentacji medycznej:**

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

**Udostępnianie dokumentacji medycznej innym osobom:**

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

**Procedura higieny rąk**

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

*Odpowiedzialność*

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

Do obowiązków pracowników należy:

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

Przed przygotowaniem posiłków lub ich spożyciem

Po skorzystaniu z toalety

Po kichnięciu lub kaszlnięciu

*Dezynfekcja rąk preparatem na bazie alkoholu, w następujących sytuacjach:*

Jeśli nie ma możliwości umycia rąk wodą z mydłem

Po kontakcie z osobą chorą lub podejrzewaną o chorobę zakaźną

Po udzieleniu pierwszej pomocy

*Wymagania dotyczące środków do mycia i dezynfekcji rąk*

Środki do mycia i dezynfekcji rąk powinny spełniać następujące wymagania:

Być bezpieczne dla zdrowia i środowiska

Być skuteczne w usuwaniu zanieczyszczeń i drobnoustrojów

Być zgodne z obowiązującymi przepisami prawa

*Proces mycia i dezynfekcji rąk*

Mycie rąk wodą z mydłem

Wetrzyj mydło w dłonie i opuszki palców.

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

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

Dokładnie spłucz mydło wodą.

Osusz dłonie czystym ręcznikiem papierowym lub suszarką.

Dezynfekcja rąk preparatem na bazie alkoholu

Rozpyl preparat na dłonie.

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

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

Częstotliwość mycia i dezynfekcji rąk

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

*Dodatkowe uwagi*

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

Monitorowanie

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

Podstawa prawna: Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk

**Procedura dezynfekcji i sterylizacji narzędzi medycznych**

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

*Zakres*

Procedura dotyczy wszystkich narzędzi oraz sprzętu medycznego, wykorzystywanych w placówkach medycznych, w tym:

- narzędzia chirurgiczne,

- narzędzia stomatologiczne,

- sprzęt diagnostyczny,

- sprzęt laboratoryjny,

- sprzęt do pielęgnacji pacjentów.

*Odpowiedzialność*

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

*Okres ważności*

Procedura obowiązuje do czasu jej odwołania.

*Wymagania*

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

Środki dezynfekcyjne należy stosować zgodnie z instrukcją producenta.

Narzędzie oraz sprzęt medyczny należy myć i dezynfekować w sposób zgodny z instrukcją producenta.

*Przebieg postępowania*

Mycie narzędzi i sprzętu medycznego

Przed rozpoczęciem mycia należy założyć środki ochrony osobistej, w tym: fartuch, rękawice, okulary ochronne, maskę na twarz.

Narzędzie oraz sprzęt medyczny należy rozmontować w miarę możliwości (jeżeli producent umożliwia takie działanie)

Narzędzia oraz sprzęt medyczny należy umyć wodą z dodatkiem detergentu.

Dokładnie wypłukać narzędzia oraz sprzęt medyczny w czystej wodzie.

Dezynfekcja narzędzi i sprzętu medycznego

Po umyciu narzędzia oraz sprzętu medycznego należy je zdezynfekować.

Nałożyć środek dezynfekcyjny na narzędzia oraz sprzęt medyczny.

Odczekać czas wymagany przez producenta środka dezynfekcyjnego.

Spłukać narzędzia oraz sprzęt medyczny czystą wodą.

Wysuszyć narzędzia oraz sprzęt medyczny

*Ocena ryzyka*

Procedura zapewnia skuteczne mycie i dezynfekcję narzędzi oraz sprzętu medycznego, w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń.

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

- rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych,

- stanu zdrowia pacjentów,

- stosowanych procedur medycznych.

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

*Uwagi dodatkowe*

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

Po zakończeniu mycia i dezynfekcji narzędzi oraz sprzętu medycznego należy dokładnie umyć ręce.

Podstawa prawna

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Zatwierdził:

Maciej Wierzchowiec 01-06-2024

Kierownik Przychodnia Dentystyka Maciej Wierzchowiec