



**WEWNĘTRZNY
SYSTEM
ZARZĄDZANIA
JAKOŚCIĄ I
BEZPIECZEŃSTWE
M PACJENTA**

OPUS Centrum Medyczne
Psychiatria Uzależnienia
Psychoterapia

Wydanie: 1
Data: 01.07.2025
Data obowiązywania: od 1 lipca
2025 r. Opracował: Agnieszka
Glaubert
Zatwierdził: Natalia Kizewska

Spis treści:

Spis treści

	<u>Wstęp.....</u>	<u>2</u>
1.	<u>Cel 2</u>	
2.	<u>Skróty i definicje.....</u>	<u>2</u>
3.	<u>Odpowiedzialność.....</u>	<u>2</u>
	<u>4. Identyfikacja ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzanie tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych.....</u>	<u>3</u>
4.	<u>Obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych.....</u>	<u>5</u>
5.	<u>Kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.....</u>	<u>5</u>
6.	<u>Monitorowanie i ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.....</u>	<u>6</u>
7.	<u>Zgłaszanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych.....</u>	<u>6</u>
8	<u>Szkolenia mające na celu uzyskanie i podnoszenie kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń.....</u>	<u>7</u>
G	<u>Prowadzenie badania opinii i doświadczeń pacjentów.....</u>	<u>7</u>
10	<u>Odpowiedzialność.....</u>	<u>8</u>
11.	<u>Wejście w życie.....</u>	<u>8</u>

Wstęp

W OPUS Centrum Medyczne Psychiatria Uzależniania Psychoterapia jest wdrożony i utrzymywany wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta zgodny z ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 16.06.2023 r. (Dz.U.2023. poz. 1692).

1. Cel

Wdrożenie rozwiązań organizacyjnych, które będą podnosiły bezpieczeństwo i satysfakcję pacjenta poprzez rejestrowanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych, badanie opinii pacjentów i ciągłe doskonalenie usług medycznych.

2. Skróty i definicje

zdarzenie niepożądane – zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia; nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

monitorowanie zdarzeń niepożądanych – zgłaszanie zdarzeń niepożądanych, prowadzenie ich systematycznej analizy i wdrażanie wniosków z takiej analizy, w celu zapobiegania wystąpieniu podobnych zdarzeń niepożądanych w przyszłości

ryzyko kliniczne - każda interakcja, jaka zachodzi pomiędzy pacjentem a personelem medycznym w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

KOS – Karta Opisu Stanowiska

WSZJ- Wewnętrzny System Zarządzania Jakością

3. Odpowiedzialność

3.1 Za prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością odpowiada Dyrektor podmiotu. Dyrektor realizuje obowiązki poprzez przewodniczenie Zespołowi ds. Jakości, który wspiera Dyrektora w działaniach operacyjnych

3.2 Każdy pracownik i osoba współpracująca zobowiązana jest do realizacji założeń wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta, w tym do przestrzegania wdrożonych procedur, zgłaszania zdarzeń niepożądanych.

4. Identyfikacja ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzanie tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych

4.1 Identyfikacja ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych dokonywana jest przez koordynatorów poszczególnych komórek organizacyjnych zgodnie z właściwością merytoryczną, co najmniej raz w roku.

4.2 Identyfikacja ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych dotyczy m.in. ryzyka klinicznego, infrastrukturalno-technicznego, organizacyjnego, prawnego.

4.3. Dla zidentyfikowanych ryzyk, przez właścicieli ryzyk, czyli koordynatorów poszczególnych komórek organizacyjnych określone są mechanizmy kontrolne, mające na celu obniżenie poziomu ryzyka. Są to działania prewencyjne, które podmiot realizuje by skutek lub prawdopodobieństwo zmaterializowania się ryzyka było niższe.

4.4. Następnie koordynatorzy poszczególnych komórek organizacyjnych dokonują szacowania ryzyka. Podczas szacowania, ryzyka są oceniane pod względem prawdopodobieństwa występowania i skutków oddziaływania z uwzględnieniem siły mechanizmów kontrolnych.

4.4.1 Oszacowanie siły oddziaływania ryzyka polega na przypisaniu każdemu z ryzyk punktacji od 1 do 5, gdzie:

- 4.1.1 oznacza oddziaływanie nieznaczne
- 4.1.2 oznacza oddziaływanie małe
- 4.1.3 oznacza oddziaływanie średnie
- 4.1.4 oznacza oddziaływanie poważne
- 4.1.5 oznacza oddziaływanie katastrofalne.

4.4.2 Oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka polega na przypisaniu każdemu z ryzyk punktacji od 1 do 5, gdzie:

- 1 oznacza prawdopodobieństwo znikome
- 2 oznacza prawdopodobieństwo niskie
- 3 oznacza prawdopodobieństwo średnie
- 4 oznacza prawdopodobieństwo wysokie
- 5 oznacza prawdopodobieństwo bardzo wysokie

4.3 Iloczyn siły oddziaływania i prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka określa POZIOM RYZYKA: (Matryca SAC)

			SIŁA ODDZIAŁYWANIA				
			Nieznaczna	Mała	Średnia	Poważna	Katastrofalna
			1	2	3	4	5
P R A W D O P O D O B I E Ń S T W O	BARDZO WYSOKIE	5	5	10	15	20	25
	WYSOKIE	4	4	8	12	16	20
	ŚREDNIE	3	3	6	9	12	15
	NISKIE	2	2	4	6	8	10
	ZNIKOME	1	1	2	3	4	5

Tabela1. Zdarzenia niepożądane kwalifikuje się do jednej z kategorii ryzyka związanego z jakością i bezpieczeństwem, na podstawie matrycy oceny bezpieczeństwa SAC

- poziom niski – kolor zielony – akceptowalny poziom ryzyka, zaplanowanie i wdrożenie działań zaradczych zależy od decyzji właściciela ryzyka
- poziom średni – kolor żółty – akceptowalny poziom ryzyka, konieczność stałego monitorowania poziomu ryzyka
- poziom wysoki – kolor pomarańczowy – akceptowalny poziom ryzyka, wymóg stałego monitorowania poziomu ryzyka oraz konieczność zaplanowania działań zaradczych do ewentualnego wdrożenia
- poziom bardzo wysoki – kolor czerwony – nieakceptowalny poziom ryzyka, konieczność opracowania i wdrożenia w terminie uzgodnionym z bezpośrednim przełożonym Planu postępowania z ryzykiem bardzo wysokim.

4.4 Dla każdego zidentyfikowanego, poddanego analizie i ewaluacji ryzyka, jego właściciel powinien wskazać jedną z poniższych reakcji:

akceptacja – oznacza, że nie podejmuje się żadnych działań zaradczych, ale rozumie ewentualne skutki zdarzenia i świadomie godzi się na nie (np.: możliwość przeciwdziałania jest ograniczona lub koszt przeciwdziałania przewyższa potencjalne korzyści)

dzielenie się – częściowe lub całkowite przeniesienie ryzyka na inny podmiot

unikanie – niepodjęcie lub zaprzestanie działania narażającego na ryzyko

ograniczanie – podjęcie działań zaradczych, które doprowadzić mają do likwidacji lub ograniczenia ryzyka.

4.5 Jeżeli właściciel ryzyka wskaże na występowanie ryzyka bardzo wysokiego, zobowiązany jest do napisania planu postępowania z ryzykiem i podjęcia jednej z pięciu decyzji:

1) **rezygnacja z realizacji** – wycofanie się z działań zagrożonych ryzykiem

2) **przesunięcie w czasie realizacji** – wskazanie nowej daty osiągnięcia zakładanych rezultatów

3) **realizacja w ograniczonym zakresie** – zmniejszenie zaplanowanych rezultatów działań

4) **wdrożenie działań sprowadzających ryzyko do akceptowalnego poziomu** wraz ze wskazaniem osoby odpowiedzialnej za realizację opisanych działań

5) **realizacja działań przy akceptacji ryzyka o poziomie bardzo wysokim** – brak dodatkowych działań zmniejszających ryzyko.

4.6 Za prowadzenie zbiorczego rejestru ryzyk jest odpowiedzialny Zespół ds. Jakości. Rejestr ryzyk zatwierdzany jest przez Dyrektora podmiotu.

4.7 Wzór arkusza oceny ryzyka stanowi załącznik nr 1. Katalog potencjalnych ryzyk jest umieszczony w Załączniku nr 2.

4. Obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych

4.1 Określenie priorytetowych obszarów dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych odbywa się m.in. na podstawie analiz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych, wyników badania opinii i doświadczeń pacjentów, wykonywanie badań zgodności, analizy złożonych skarg i wniosków oraz wyników analizy ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych.

4.2 Na podstawie ww. danych i wniosków formułowane są obszary priorytetowe wraz z przypisaniem potrzebnych zasobów, odpowiedzialności, planowanej wartości miernika oraz terminu realizacji.

4.3 Obszary priorytetowe są opisane w dokumencie pn. „Program dla obszarów priorytetowych dla poprawy jakości”, stanowią one cele jakości na dany rok. Za przygotowanie dokumentu odpowiada Zespół ds. Jakości. Program jest zatwierdzany przez Dyrektora podmiotu.

4.4 Obszary priorytetowe są zakomunikowane w organizacji poprzez wydanie *Zarządzenie Dyrektora*

4.5 Wzór Programu dla obszarów priorytetowych poprawy jakości stanowi Załącznik nr 3.

5. Kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej

5.1 Dla procesów medycznych, które odbywają w danej komórce organizacyjnej Dyrektor określa kryteria oceny skuteczności systemu jakości poprzez wskazanie pożądanego poziomu miernika skuteczności zaplanowanego do osiągnięcia w danym roku kalendarzowym.

5.2 Mierniki są zebrane w tabeli procesów. Poziom wykonania miernika jest poddawany ocenie co najmniej raz do roku.

5.3 Do kryteriów zapewniających nadzór nad jakością należy odsetek:

- zdarzeń niepożądanych,

5.4 Metody określania ww. wskaźników są opisane w odrębnej procedurze w Załączniku nr 4.

6. Monitorowanie i ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej

6.1 Dyrektor podmiotu (*Dyrektor OPUS Centrum Medyczne*) jest odpowiedzialny za monitorowanie realizacji wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta, za reagowanie na sygnały naruszenia oraz za proponowanie zmian w ww. systemie.

6.2 Monitorowanie i ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się co najmniej raz w roku w postaci rocznej oceny jakości i bezpieczeństwa.

6.3 Dane wejściowe do oceny jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń to m.in.:

- wnioski z analiz prowadzonych przez podmiot, w szczególności dotyczące zarządzania zdarzeniami niepożądanymi
- poziom osiągniętego miernika – kryteriów skuteczności, określonych dla realizowanych procesów medycznych i niemedycznych
- wyniki kontroli wewnętrznych i zewnętrznych lub wyniki ewaluacji systemu w formie ankiety do pracowników
 - przegląd obowiązujących przepisów prawnych
 - poziom realizacji celów związanych z obszarami priorytetowymi za rok poprzedni

6.4 Dane wyjściowe z analizy to określenie obszarów priorytetowych i działań na kolejny rok, potrzebnych zasobów sprzętowych, kadrowych, programowych itp. służących doskonaleniu jakości.

6.5. Z wyników monitorowania oraz oceny jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń powstaje dokument – ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, który jest zatwierdzony przez Dyrektora podmiotu (*Dyrektor OPUS Centrum Medyczne*)

6.6. Zespół ds. jakości przeprowadza wśród personelu, co najmniej raz na 12 miesięcy, ankietę monitorującą poziom realizacji wewnętrznego systemu zarządzania jakością w formie badania ankietowego (przykładowe pytania w załączniku) lub w formie audytu wewnętrznego na podstawie checklisty – uwzględniając pytania zawarte w Załączniku nr 5.

6.7. W ankiecie personel może proponować zmiany w wewnętrznym systemie, wskazywać utrudnienia w realizacji założeń systemu, proponować zmiany.

7. Zgłaszanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych

7.1 Monitorowanie zdarzeń niepożądanych odbywa się zgodnie z *Procedurą zgłaszania i obsługi zdarzeń niepożądanych*.

7.2 Nadzór nad monitorowaniem zdarzeń niepożądanych, w tym analizę roczną w podziale na wszystkie komórki organizacyjne prowadzi Dyrektor Podmiotu (*Dyrektor OPUS Centrum Medyczne*), który zatwierdza analizę wykonaną przez *Zespół ds. Jakości*

- 7.3 Wszystkie zdarzenia niepożądane podlegają wpisowi do REJESTRU ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH. Wpisu w rejestrze dokonuje ten członek Zespołu, który jako pierwszy otrzymał zgłoszenie o zdarzeniu.
- 7.4 Za analizę zdarzeń niepożądanych związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w danej komórce medycznej odpowiada Zespół ds. Jakości powołany przez Dyrektora podmiotu.
- 7.5 Po otrzymaniu zgłoszenia zdarzenia niepożądanego Zespół dokonuje analizy ciężkości za pomocą matrycy SAC, a następnie poszukuje przyczyn źródłowych korzystając z różnych metod, co szczegółowo jest opisane w *Procedurze zgłaszania i obsługi zdarzeń niepożądanych. Spis procedur stanowi Załącznik nr 8.*
- 7.6 Dyrektor podmiotu (Dyrektor OPUS Centrum Medyczne), jako przewodniczący Zespołu ds. Jakości –odpowiada za:
- Prowadzenie rejestru zdarzeń niepożądanych
 - Ocenę istotności zdarzenia niepożądanego
 - Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego związanego z istotnym i trwałym uszczerbkiem na zdrowiu lub zgonem pacjenta

8 Szkolenia mające na celu uzyskanie i podnoszenie kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń

- 8.1 W *OPUS Centrum Medyczne* odbywają się szkolenia wstępne dla wszystkich nowozatrudnionych i rozpoczynających współpracę.
- 8.2 Co najmniej raz do roku realizowane są szkolenia przypominające.
- 8.3 Program szkoleń obejmuje: omówienie idei systemu zarządzania jakością, jego elementy składowe, obowiązujące procedury i instrukcje, wskazanie zakresu odpowiedzialności.
- 8.4 Za realizację szkoleń odpowiada Dyrektor podmiotu, który może wyznaczyć osobę prowadzącą szkolenia lub zapewnić dostęp do szkolenia na zewnątrz podmiotu.

9. Prowadzenie badania opinii i doświadczeń pacjentów

- 9.1 W *OPUS Centrum Medyczne* prowadzone są badania opinii i doświadczeń pacjentów w formie ankiety papierowej i formularza online pn. Ankieta satysfakcji pacjenta.
- 9.2 Za dystrybucję wersji papierowej ankiety odpowiada Dyrektor podmiotu.
- 9.3 Za umieszczenie linku na stronie internetowej i w mediach społecznościowych do ankiety online odpowiada p. Agnieszka Glaubert
- 9.4 Ankieta jest anonimowa.

9.5 Wyniki badania opinii i doświadczeń pacjentów są analizowane przez Zespół ds. Jakości, następnie formułowane są wnioski. Dokument analizy jest w zanonimizowany sposób przekazywany do wiadomości wszystkich pracowników podmiotu.

9.6 Wzory ankiet stanowią Załącznik nr 6.

10 Odpowiedzialność

10.1 Za prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością odpowiada Dyrektor podmiotu (Dyrektor OPUS Centrum Medyczne). *Dyrektor realizuje obowiązki poprzez przewodniczenie Zespołowi ds. Jakości.*

10.2 W ramach pracy *Zespołu ds. Jakości* –podejmowane są prace mające na celu i realizację założeń wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, w tym aktualizację dokumentacji wewnętrznej w postaci procedur postępowania, standardowych opisów postępowania oraz innej dokumentacji wewnętrznego systemu.

10.3 Przewodniczący odpowiada za zwoływanie posiedzeń oraz realizację działań zgodnie z programem pracy na dany rok.

10.4 Każdy pracownik w Karcie Opisu Stanowiska ma wpisaną odpowiedzialność za działanie zgodnie z wewnętrznym systemem zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta. Karty Opisu Stanowisk stanowią Załącznik nr 7.

11. Wejście w życie

11.1 Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem wchodzi w życie z dniem 01.07.2025r.

11.2 Ogłoszenie następuje w sposób dostępny dla personelu, w szczególności poprzez udostępnienie *formy papierowej w Rejestracji OPUS Centrum Medyczne oraz w każdej komórce organizacyjnej.*

11.3. Za udostępnienie aktualnej wersji WSZJ odpowiada Dyrektor podmiotu.

11.4. Personel potwierdza zapoznanie się z treścią WSZJ własnoręcznym podpisem.

Załącznik 1

Formularza do oceny ryzyka (wzór)

L. p.	Ryzyko	Mechanizmy kontrolne	Prawdopodobieństwo wystąpienia przy zastosowaniu mechanizmów kontrolnych (1-5)	Skutek oddziaływania przy zastosowania mechanizmów kontrolnych (1-5)	Poziom ryzyka	Reakcja na ryzyko	Opis postępowania z ryzykiem wysokim i bardzo wysokim	UWAGI
1								
2								
3								
4								
5								

Załącznik 2

Przykłady ryzyka

1. Dotyczące urządzeń, wyposażenia (interfejsy informacyjne i wykonawcze):

- a) brak bieżących przeglądów technicznych,
- b) brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
- c) awaria sprzętu,
- d) nieczytelny panel aparatu,
- e) uszkodzenie ciała w wyniku wadliwego działania wyposażenia
- f) inne.

2. Dotyczące organizacji pracy personelu medycznego:

- a) brak możliwości zatrudnienia odpowiednich specjalistów
- b) personel zatrudniony wykazuje zbyt dużą ilość absencji
- c) inne

3. Związane z leczeniem i farmakologią:

- a) błędną diagnozę z uwagi na:
- mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych,
- b) uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej,
- c) pomyłkę w podaniu leku, w tym:
 - podanie niewłaściwego leku,
 - błędne ustalenie dawki leku,
 - błędną identyfikację pacjenta,
 - niewłaściwy czas podania leku,
 - nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku,
 - nieprawidłową drogę podania leku,
 - nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik)
- zdarzenia związane z okresem ważności leku,
- d) inne.

4. Związane z opieką nad pacjentem:

- a) mylną identyfikacją pacjenta,
- b) mylną identyfikacją procedury,
- c) niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,
- d) inne.

5. Związane ze zdarzeniami niespodziewanymi:

- a) próbę samobójczą,
- b) samobójstwo,
- c) upadek pacjenta w placówce,
- d) samowolne oddalenie się pacjenta z Oddziału
- e) korzystanie pacjenta z używek i środków odurzających,
- f) zgon pacjenta,
- g) inne.

6. Związane z respektowaniem prawa pacjenta :

- a) brak procedury identyfikacji tożsamości
- b) ograniczenie sposobu rejestracji do osobistego stawiennictwa

- c) ograniczona dostępność (np. brak możliwości dodzwonienia się)
- d) błędy w ustalaniu kolejności przyjęć
- e) brak procedury postępowania z pacjentem w stanie nagłym
- f) brak procedur związanych z leczeniem w sytuacji zagrożenia epidemicznego
- g) niepełna informacja o stanie zdrowia
- h) brak odnotowania w dokumentacji medycznej faktu poinformowania o stanie zdrowia
- i) niewłaściwa identyfikacja tożsamości osób uprawnionych do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta
- j) brak procedury udzielenia informacji o stanie zdrowia na odległość
- k) przekazanie informacji osobie nieuprawnionej
- l) odmowa przekazania informacji osobie uprawnionej
- m) uzależnianie dostępu do informacji od osobistego stawiennictwa
- n) uzależnianie przyjęcia upoważnienia do informacji o stanie zdrowia od formy pisemnej
- o) brak procedury zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych
- p) odmowa dokonania zgłoszenia na wniosek pacjenta
- q) udzielenie informacji nieuprawnionej osobie
- r) brak warunków zapewniających poufność przy wymianie informacji objętych tajemnicą
- s) omyłkowa wysyłka korespondencji papierowej lub elektronicznej zawierającej dane objęte tajemnicą do nieuprawnionego adresata
- t) udzielenie informacji nieuprawnionej instytucji
- u) brak zgody w formie pisemnej, gdy jest wymagana
- v) zgoda przyjęta od pacjenta w stanie zaburzonej świadomości
- w) brak informacji o stanie zdrowia przekazanej przed odebraniem zgody
- x) brak możliwości zadawania pytań przez pacjenta przed wyrażeniem zgody
- y) zbyt długi okres czasu między udzieleniem informacji o stanie zdrowia a odebraniem zgody
- z) przyjęcie zgody pisemnej w formie podpisu biometrycznego
- aa) odmowa udzielenia świadczenia w przypadku braku zgody pisemnej, gdy nie jest wymagana
- ab) niewłaściwie odebrana zgoda od pacjenta niemogącego się podpisać
- ac) formularz zgody po polsku podpisany przez pacjenta nie znającego języka
- ad) zgoda przyjęta od osoby nieuprawnionej
- ae) brak podwójnej zgody przy świadczeniu udzielanemu pacjentowi w wieku 16-18 lat lub w przypadku pacjenta ubezwłasnowolnionego pozostającego w dobrym rozeznaniu
 - ii) brak respektowania uprawnienia opiekuna faktycznego dziecka do wyrażenia zgody na badanie
- aj) brak procedury udzielania świadczeń pacjentowi niezdolnemu do wyrażenia zgody
- ak) brak procedury rozpatrywania skarg pacjentów
 - al) niewłaściwe zachowanie personelu względem pacjenta (nieprofesjonalny język, dyskryminacja, agresja, niewłaściwe treści)
- am) obecność osób nieuprawnionych podczas realizacji świadczenia
- an) brak procedury postępowania z pacjentem agresywnym i niebezpiecznym

- ao) bezzasadna odmowa obecności osoby bliskiej podczas udzielania świadczenia
- ap) brak odnotowania w dokumentacji medycznej odmowy obecności osoby bliskiej podczas udzielania świadczenia
- aq) dyskryminacja w dostępie do świadczeń zdrowotnych (np. pacjentowi z HIV, osobie transpłciowej)
- av) niewłaściwe stosowanie monitoringu
- aw) błędy i braki w dokumentacji medycznej
- ax) niewłaściwa forma dokumentacji medycznej
 - ay) równoległe przechowywanie dokumentacji medycznej w formie papierowej i elektronicznej
- az) niekompletna dokumentacja medyczna
- aaa) nieczytelna dokumentacja medyczna
- bbb) brak zachowanej chronologii dokumentacji medycznej
- ccc) błędne przypisanie dokumentacji medycznej niewłaściwemu pacjentowi
- ddd) brak zapewnionego bezpieczeństwa poufności przechowywanej dokumentacji medycznej
- eee) brak stosownych rozwiązań z zakresu cyberbezpieczeństwa i RODO
- fff) procedury niszczenia dokumentacji medycznej po okresie przetwarzania
- ggg) przechowywanie dokumentacji medycznej powyżej dopuszczalnego czasu
- hhh) niewłaściwa archiwizacja dokumentacji medycznej
- iii) udostępnienie dokumentacji medycznej nieuprawnionej osobie
- jjj) udostępnienie dokumentacji medycznej nieuprawnionej instytucji
- kkk) odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej uprawnionej osobie lub instytucji
- lll) omyłkowa wysyłka dokumentacji medycznej do niewłaściwego adresata
- mmm) brak procedury udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta
- nnn) niewłaściwa identyfikacja tożsamości osób uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej
- ooo) brak możliwości przekazania dokumentacji medycznej drogą elektroniczną
- ppp) uzależnianie przyjęcia upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej od formy pisemnej
- qqq) nie respektowanie upoważnień dostępu do dokumentacji medycznej złożonych w innych placówkach ochrony zdrowia lub za pomocą IKP
- rrr) zbyt długi czas oczekiwania na udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- sss) zbyt długi czas oczekiwania na udostępnienie kopii dokumentacji medycznej
- ttt) brak procedury zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

7. Dotyczące organizacji pracy i zarządzania (normalizacji):

- a) brak normalizacji urządzeń, nazewnictwa, procedur, instalacji,
- b) dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień (bez prawa do wykonywania zawodu medycznego),
- c) niewystarczająca liczba personelu,
- d) niska jakość doboru personelu,

- e) niewłaściwe planowanie pracy (nadgodziny, zmianowa, dopuszczenie do pracy pracownika pracującego w kilku miejscach – bez zachowania odpoczynku dobowego),
- f) nieumiejętność wprowadzenia pracy zespołowej,
- g) nieprawidłowa komunikacja,
- h) inne.

Załącznik 3

Program dla obszarów priorytetowych poprawy jakości (wzór)

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

Załącznik 4

Metody określania wskaźników służących ocenie skuteczności i nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń.

Przyjęte przez podmiot definicje wskaźników:

Wskaźnik zdarzeń niepożądanych w danej komórce organizacyjnej=

$$= \frac{\text{Liczba zarejestrowanych zdarzeń niepożądanych w danym okresie}^*}{\text{Liczba wizyt w danej komórce w danym okresie}} \times 100\%$$

* dany okres – przedział czasowy, dla którego liczony jest wskaźnik, najczęściej w ujęciu rocznym. W liczniku i mianowniku okresy muszą być takie same.

Przykłady zagadnień do weryfikacji w ramach monitorowania wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta wśród personelu

Pytanie	TAK	NIE	UWAGI
Czy personel jest zapoznany z WSZJ?			
Czy WSZJ jest dostępny w danej komórce organizacyjnej?			
Czy znany jest sposób postępowania w przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego?			
Czy znana jest procedura zarządzania zdarzeniami niepożądanymi?			
Czy znane są metody oceny ciężkości zdarzenia niepożądanego?			
Czy znane są metody analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego?			
Czy określone są obszary priorytetowe dla udzielania świadczeń zdrowotnych?			
Czy obszary priorytetowe są zakomunikowane i znane personelowi?			
Czy jest mierzona skuteczność udzielanych świadczeń zdrowotnych?			
Czy określone są ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych?			
Czy określone są mechanizmy kontrolne dla określonych ryzyk?			
Czy znane są kryteria oceny skuteczności nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem pacjenta?			
Czy znane są definicje wskaźników służących do oceny skuteczności systemu? Np. wskaźnik zdarzeń niepożądanych			
Czy pracownicy mają możliwość zgłaszania zmian w WSZJ?			
Czy realizowane są szkolenia z zakresu WSZJ?			
Czy pracownicy danej komórki organizacyjnej uczestniczą w szkoleniach wstępnych i przypominających?			
Czy w Kartach Opisu Stanowiska są przypisane działania i odpowiedzialności wynikające z WSZJ?			
Czy znane są role poszczególnych osób w WSZJ?			
Czy prowadzone są badania opinii i doświadczeń pacjentów?			
Czy znane są wnioski z ostatniego badania opinii i doświadczeń pacjentów?			

Wzory ankiet badania satysfakcji pacjenta dołączone do WSZJ

Wzory Ankiet badania satysfakcji z poszczególnych komórek organizacyjnych

1.1 OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I PSYCHOLOGICZNA

Karty opisu stanowisk dołączone do WSZJ

Karty stanowisk pracy komórek organizacyjnych

1.1 OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I PSYCHOLOGICZNA

- 1.a. Poradnia psychologiczna dla dzieci (1791)
- 1.b. Poradnia zdrowia psychicznego (1700)
- 1.c. Oddział dzienny psychiatryczny (2700)
- 1.d. Poradnia leczenia uzależnień i współuzależnienia do alkoholu (1744)
- 1.e. Oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu (2712)
- 1.f. Leczenie domowe (środowiskowe) (2730)

Spis Procedur
Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta

1. Procedury przeprowadzania badań satysfakcji pacjentów
2. Procedury zgłaszania i obsługi zdarzeń niepożądanych.
3. Procedury zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta
4. Procedury przestrzegania praw pacjenta w placówce