

**WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
I BEZPIECZEŃSTWEM
W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE
OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIŃSKU**

ZWERYFIKOWAŁ:

Aneta Szczur

OPRACOWAŁ
ZATWIERDZIŁ
I WDROŻYŁ:

Elżbieta Magda

WIŃSKO, CZERWIEC 2024

Polityka Jakości i Bezpieczeństwa

Kierownictwo SP ZOZ w Wińsku wyraża swoje pełne zaangażowanie w utrzymanie i ciągłe doskonalenie systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem. Głównym celem jest zapewnienie najwyższego poziomu opieki zdrowotnej, który spełnia i przewyższa oczekiwania pacjentów oraz standardy branżowe.

Deklaracja Kierownictwa do:

- 1. Ciągłego Doskonalenia:** Systematyczne przeglądanie i udoskonalanie procesów, aby zwiększać efektywność i skuteczność naszych działań w zakresie jakości i bezpieczeństwa.
- 2. Zaangażowania Pracowników:** Zachęcanie i wspieranie wszystkich pracowników w aktywnym uczestnictwie w inicjatywach dotyczących jakości i bezpieczeństwa.
- 3. Edukacji i Szkoleń:** Zapewnienie regularnych szkoleń i programów edukacyjnych dla personelu, aby podnieść ich wiedzę i umiejętności w zakresie zarządzania jakością i bezpieczeństwem.
- 4. Bezpiecznego Środowiska:** Stworzenie i utrzymanie bezpiecznego środowiska pracy dla pracowników oraz bezpiecznego środowiska opieki dla pacjentów.
- 5. Zgodności z Przepisami:** Przestrzeganie wszystkich obowiązujących przepisów prawnych i standardów branżowych związanych z jakością i bezpieczeństwem.
- 6. Skutecznego Komunikowania:** Utrzymanie otwartej i skutecznej komunikacji wewnątrz jednostki oraz z pacjentami i ich rodzinami w celu zrozumienia ich potrzeb i oczekiwań.
- 7. Monitorowania i Oceny:** Regularne monitorowanie i ocena wyników jakościowych i bezpieczeństwa w celu identyfikacji obszarów wymagających poprawy.

Cele jakościowe są kluczowym elementem strategii zarządzania jakością i bezpieczeństwem. Zostały one jasno zdefiniowane, aby zapewnić skoncentrowane i mierzalne działania na rzecz poprawy jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów.

Cele Jakościowe:

1. Redukcja Zdarzeń Niepożądanych.
2. Zwiększenie Satysfakcji Pacjentów.
3. Podniesienie Standardów Opieki.
4. Optymalizacja Procesów Pracy.
5. Rozwój Zasobów Ludzkich.
6. Wzrost Świadomości i Kultury Bezpieczeństwa.

Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wińsku

Wewnętrzny System Zarządzania Jakością w SP ZOZ w Wińsku obejmuje zasady, procedury, metody oraz opis stanowisk pracy, które mają na celu zapobieganie wystąpieniu zdarzeń niepożądanych. Kluczowe znaczenie mają edukacja, standaryzacja procedur, system zgłaszania zdarzeń oraz regularne audyty. Dzięki temu możliwe jest stałe podnoszenie jakości usług medycznych i zapewnienie najwyższego poziomu bezpieczeństwa pacjentów.

Odpowiedzialność:

1. Na podstawie art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692), osobą odpowiedzialną za prowadzenie wewnętrznego systemu jest kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zwany dalej „osobą odpowiedzialną”.

2. Do zadań osoby odpowiedzialnej należy:

- przeprowadzanie analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego,
- zapewnianie zasobów i informacji niezbędnych do właściwego monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- opracowywanie dokumentów wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, określających: zasady, procedury, metody oraz opisy stanowisk pracy, o których mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

I Zasady Wewnętrznego System Zarządzania Jakością w SP ZOZ w Wińsku:

1. Priorytet Bezpieczeństwa Pacjenta:

- **Zasada:** Bezpieczeństwo pacjentów jest nadrzędnym celem we wszystkich działaniach podmiotu.
- **Działania:** Wszystkie procedury i procesy są projektowane i wdrażane z myślą o minimalizacji ryzyka dla pacjentów. Regularne przeglądy i aktualizacje procedur są przeprowadzane w celu uwzględnienia najnowszych standardów i najlepszych praktyk.

2. Ciągłe Doskonalenie:

- **Zasada:** System zarządzania jakością jest oparty na filozofii ciągłego doskonalenia (Continuous Improvement).
- **Działania:** Stosowanie metody PDCA (Plan-Do-Check-Act) w zarządzaniu procesami, regularne audyty wewnętrzne, analiza wyników i wdrażanie działań korygujących oraz prewencyjnych.

3. Transparentność i Odpowiedzialność:

- **Zasada:** Wszystkie działania są przejrzyste, a pracownicy są odpowiedzialni za jakość i bezpieczeństwo wykonywanej pracy.
- **Działania:** Systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych, jest systemem, w którym pracownicy mogą raportować problemy bez obawy przed konsekwencjami. Każde zgłoszenie jest dokładnie analizowane i podejmowane są odpowiednie działania.

4. Współpraca i Komunikacja:

- **Zasada:** Efektywna współpraca i komunikacja między pracownikami różnych komórek są kluczowe dla zapobiegania zdarzeniom niepożądanym.
- **Działania:** Regularne spotkania personelu, szkolenia z zakresu komunikacji interpersonalnej, promowanie kultury otwartej komunikacji.

5. Edukacja i Szkolenia:

- **Zasada:** Stałe podnoszenie kwalifikacji personelu jest niezbędne dla zapewnienia wysokiej jakości i bezpieczeństwa usług medycznych.
- **Działania:** Organizacja regularnych szkoleń i warsztatów dla pracowników na temat nowych procedur, technologii i najlepszych praktyk medycznych oraz z zakresu zarządzania jakością i bezpieczeństwem.

6. Standaryzacja Procedur:

- **Zasada:** Wszystkie procedury medyczne i administracyjne są standaryzowane i udokumentowane, aby zapewnić jednolite postępowanie we wszystkich przypadkach.
- **Działania:** Tworzenie i aktualizacja procedur, które są dostępne dla wszystkich pracowników. Regularne przeglądy procedur i wprowadzanie usprawnień w oparciu o analizę zdarzeń i wyniki audytów.

7. Zaangażowanie Kierownictwa:

- **Zasada:** Kierownictwo SP ZOZ w Wińsku jest zaangażowane w proces zarządzania jakością i bezpieczeństwem oraz wspiera działania mające na celu zapobieganie zdarzeniom niepożądanym.
- **Działania:** Regularne przeglądy procesów zarządzania, realizowanie wyznaczonych celów jakościowych, alokacja zasobów niezbędnych do realizacji programów poprawy jakości i bezpieczeństwa.

8. Pacjent w Centrum Uwagi:

- **Zasada:** Pacjent jest najważniejszym podmiotem w systemie opieki zdrowotnej, a jego potrzeby i oczekiwania są priorytetem.
- **Działania:** Zbieranie opinii pacjentów, angażowanie pacjentów i ich rodzin w proces leczenia, uwzględnianie ich uwag przy projektowaniu i doskonaleniu usług.

9. Dokumentacja i Monitorowanie:

- **Zasada:** Wszystkie działania są dokładnie dokumentowane i monitorowane w celu zapewnienia zgodności z wymaganiami oraz identyfikacji obszarów do poprawy.
- **Działania:** Prowadzenie szczegółowej dokumentacji medycznej i administracyjnej, regularne przeglądy dokumentacji, analiza danych i raportowanie wyników.

II Procedury Wewnętrznego System Zarządzania Jakością w SP ZOZ w Wińsku:

Integralną część WSZJ w SP ZOZ w Wińsku stanowią obowiązujące przed dniem wprowadzenia zasad WSZJ w SPZOZ w Wińsku regulacje wewnętrzne dotyczące BHP oraz Polityka Bezpieczeństwa Informacji w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wińsku wprowadzona zarządzeniem nr 7/2022 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wińsku z dnia 10 marca 2022 r. w sprawie zmiany Polityki Bezpieczeństwa Informacji, a także procedury bezpieczeństwa sanitarnego na terenie podmiotu tj.:

1. Instrukcja gromadzenia i segregacji odpadów medycznych o kodzie 18 01 03* w miejscu ich powstawania (stanowisko pracy).
2. Procedura postępowania z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 03* zgromadzonymi.
3. Procedura dezynfekcji i mycia narzędzi oraz sprzętu medycznego wielokrotnego użytku.
4. Procedura dezynfekcji powierzchni skażonych materiałem organicznym.
5. Procedura higienicznego mycia i odkażania rąk.
6. Procedura kontroli wewnętrznej.
7. Procedura postępowania po ekspozycji na krew i inne potencjalnie infekcyjne materiały.
8. Procedura postępowania z brudną bielizną.
9. Procedura przechowywania materiału i narzędzi po sterylizacji.
10. Procedura sprzątania gabinetu diagnostyczno-zabiegowego, pomieszczeń ośrodka zdrowia.
11. Procedura dotycząca przechowywania szczepionek.
12. Procedura dezynfekcji i sterylizacji końcówek stomatologicznych.
13. Procedura dezynfekcji i mycia obrotowych narzędzi stomatologicznych.
14. Procedura mycia i dezynfekcji systemów ssących i ślinociągowych.
15. Instrukcja gromadzenia i segregacji zakaźnych odpadów medycznych o kodzie 18 01 03* oraz odpadów amalgamatu dentystycznego o kodzie 18 01 10* w miejscu ich powstawania.
16. Procedura postępowania z zakaźnymi odpadami medycznymi o kodzie 18 01 03* oraz odpadami amalgamatu dentystycznego o kodzie 18 01 10*.
17. Procedura mycia i dezynfekcji lodówek.

oraz:

1. Procedura identyfikacji pacjentów

- **Cel:** Zapewnienie, że każdy pacjent jest prawidłowo zidentyfikowany na każdym etapie opieki.
- **Kroki:**
 - Dwustopniowa weryfikacja tożsamości pacjentów przed każdą procedurą medyczną (dwie formy identyfikacji np. imię i nazwisko i data urodzenia).

2. Procedura raportowania i analizy zdarzeń niepożądanych

- **Cel:** Szybkie i dokładne zgłaszanie oraz analizowanie zdarzeń niepożądanych w celu identyfikacji przyczyn i wdrożenia środków zapobiegawczych. Umożliwienie zgłaszania problemów bez obaw o konsekwencje, co pozwala na szybkie reagowanie na potencjalne zagrożenia.
- **Kroki:**
 - Ustalenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz błędów (anonimowo lub jawnie).
 - Regularne przeglądy raportów i analiza przyczyn zdarzeń.
 - Wdrażanie działań korygujących i prewencyjnych.

3. Procedura szkolenia i certyfikacji personelu

- **Cel:** Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy i umiejętności personelu medycznego.
- **Kroki:**
 - Regularne szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i jakości opieki.
 - Certyfikacja personelu w kluczowych obszarach (np. resuscytacja krążeniowo-oddechowa).
 - Monitorowanie i ocena kompetencji personelu.

4. Procedura komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej

- **Cel:** Zapewnienie efektywnej komunikacji w ramach zespołu medycznego oraz z pacjentami.
- **Kroki:**
 - Regularne spotkania zespołu medycznego w celu omówienia bieżących spraw i zdarzeń.
 - Jasne i zrozumiałe instrukcje dla pacjentów dotyczące ich leczenia.
 - Transparentny system zgłaszania uwag i skarg pacjentów.

5. Procedura zarządzania sprzętem medycznym

- **Cel:** Zapewnienie, że sprzęt medyczny jest bezpieczny i w pełni funkcjonalny.
- **Kroki:**
 - Regularne przeglądy i konserwacja sprzętu medycznego.
 - Kalibracja i testowanie urządzeń przed ich użyciem.
 - Szkolenie personelu w zakresie obsługi sprzętu.

6. Procedura audytów wewnętrznych

- **Cel:** Regularna ocena zgodności z wewnętrznymi i zewnętrznymi standardami jakości i bezpieczeństwa.
- **Kroki:**
 - Planowanie i przeprowadzanie regularnych audytów wewnętrznych (raz na pół roku).
 - Dokumentowanie wyników audytów i tworzenie raportów.
 - Wdrażanie działań naprawczych w odpowiedzi na wyniki audytów.

III Metody Wewnętrznego System Zarządzania Jakością w SP ZOZ w Wińsku:

1. Analiza Przyczyn i Skutków Błędów (FMEA)

- **Opis:** Metoda systematycznego badania procesów w celu identyfikacji potencjalnych punktów awarii i ich skutków.
- **Zastosowanie:** Stosowana do analizy procesów medycznych i administracyjnych w przychodni w celu identyfikacji ryzyk i wdrażania działań zapobiegawczych.

2. Analiza RCA (Root Cause Analyssis)

- **Opis:** Metoda analizy przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych.
- **Zastosowanie:** Wykorzystywana do dogłębnego badania przyczyn wystąpienia zdarzeń niepożądanych i opracowania strategii zapobiegawczych.

3. Plan-Do-Check-Act (PDCA)

- **Opis:** Cykl ciągłego doskonalenia jakości, składający się z planowania, wdrażania, sprawdzania i działania.
- **Zastosowanie:** Używany do systematycznego wdrażania i oceny zmian w procesach, które mają na celu poprawę jakości i bezpieczeństwa opieki

4. Szkolenia i Symulacje

- **Opis:** Regularne szkolenia oraz symulacje sytuacji awaryjnych dla personelu medycznego.
- **Zastosowanie:** Zapewnienie, że personel jest dobrze przygotowany do radzenia sobie z różnymi sytuacjami klinicznymi oraz że zna najnowsze standardy opieki.

5. Listy Kontrolne (Checklisty)

- **Opis:** Narzędzie używane do systematycznego sprawdzania wykonania kluczowych kroków w procesach medycznych.
- **Zastosowanie:** Używane przez personel medyczny w celu zapewnienia, że wszystkie niezbędne czynności są wykonane zgodnie z procedurami.

6. Audyt Wewnętrzny

- **Opis:** Systematyczna ocena wewnętrznych procesów i procedur przez powołany do tego zespół.
- **Zastosowanie:** Regularne audyty w celu identyfikacji obszarów do poprawy i monitorowania zgodności z ustalonymi standardami.

7. Benchmarking

- **Opis:** Porównywanie wyników jednostki z najlepszymi praktykami w branży.
- **Zastosowanie:** Identyfikacja obszarów, w których podmiot może się poprawić, poprzez naukę od liderów rynku.

8. Metoda 5 Why (5x dlaczego)

- **Opis:** Metoda, która pozwala w łatwy i szybki sposób znaleźć przyczynę źródłową problemu lub defektu.
- **Zastosowanie:** Metoda analizy przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych.

9. Kultura Bezpieczeństwa

- **Opis:** Promowanie kultury, w której bezpieczeństwo pacjentów jest priorytetem, a błędy są postrzegane jako okazje do nauki i poprawy.
- **Zastosowanie:** Wdrażanie programów, które wspierają otwartą komunikację, wspólne rozwiązywanie problemów i ciągłe doskonalenie.

IV Opis stanowisk pracy Wewnętrznego System Zarządzania Jakością w SP ZOZ w Wińsku:

1. Stanowisko: Pielęgniarka

Bezpośredni przełożony: Kierownik ds. medycznych

Cel stanowiska: Zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa nad pacjentami poprzez przestrzeganie procedur wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, minimalizowanie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz aktywne uczestnictwo w procesie ciągłego doskonalenia.

Zakres Obowiązków:

1. Opieka nad Pacjentem:

- Monitorowanie stanu zdrowia pacjentów i natychmiastowe zgłaszanie wszelkich nieprawidłowości lekarzom.
- Wykonywanie zaleconych procedur medycznych, takich jak podawanie leków, zmiana opatrunków, pomiary parametrów życiowych (ciśnienie krwi, temperatura, tętno).
- Udzielanie pacjentom i ich rodzinom informacji na temat przebiegu leczenia,

procedur medycznych i zaleceń dotyczących opieki po wyjściu z przychodni.

2. Dokumentacja Medyczna:

- Skrupulatne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i standardami.
- Zapewnienie dokładności i kompletności zapisów dotyczących stanu zdrowia pacjentów, wykonanych procedur i podanych leków.
- Regularne aktualizowanie dokumentacji w systemach informatycznych.

3. Udział w Szkoleniach i Edukacji:

- Regularne uczestnictwo w szkoleniach i warsztatach z zakresu zarządzania jakością, bezpieczeństwa pacjenta oraz najnowszych procedur medycznych.
- Edukacja pacjentów i ich rodzin w zakresie zdrowego stylu życia, profilaktyki chorób oraz procedur medycznych.
- Współpraca z zespołem szkoleniowym przy organizacji wewnętrznych programów edukacyjnych.

4. Zgłaszanie i Analiza Zdarzeń Niepożądanych:

- Aktywne uczestnictwo w systemie zgłaszania zdarzeń niepożądanych, raportowanie incydentów, potencjalnych zagrożeń i błędów medycznych.
- Udział w analizie zgłoszonych zdarzeń niepożądanych oraz wdrażaniu działań korygujących i prewencyjnych.
- Udział w badaniu satysfakcji pacjentów.
- Promowanie kultury bezpieczeństwa wśród współpracowników poprzez dzielenie się wiedzą i doświadczeniami.

5. Współpraca z Zespołem Medycznym:

- Efektywna współpraca z lekarzami, innymi pielęgniarkami i personelem medycznym oraz administracyjnym w celu zapewnienia kompleksowej opieki nad pacjentem.
- Udział w regularnych spotkaniach zespołu, omawianie przypadków pacjentów, wymiana informacji i wspólne podejmowanie decyzji dotyczących leczenia.
- Wspieranie wdrażania nowych procedur i standardów jakości w SP ZOZ w Wińsku.

6. Utrzymanie Higieny i Bezpieczeństwa:

- Przestrzeganie zasad BHP, aseptyki i antyseptyki w codziennej pracy, stosowanie wszystkich procedur obowiązujących w tym zakresie.
- Używanie środków ochrony osobistej zgodnie z przepisami, aby chronić zarówno pacjentów, jak i cały personel.
- Regularne kontrole i utrzymanie czystości w miejscu pracy, w tym dezynfekcja sprzętu medycznego i powierzchni roboczych.

Wymagania:

- Wykształcenie: Wykształcenie pielęgniarskie i prawo do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza.
- Doświadczenie: Doświadczenie w pracy w opiece zdrowotnej, najlepiej w środowisku ambulatoryjnym lub szpitalnym.

- Kompetencje: Znajomość aktualnych standardów opieki pielęgniarskiej i procedur medycznych. Umiejętność pracy w zespole i doskonałe umiejętności komunikacyjne. Skrupulatność i dbałość o szczegóły w prowadzeniu dokumentacji medycznej.
- Szkolenia: Gotowość do ciągłego doskonalenia i uczestnictwa w regularnych szkoleniach z zakresu zarządzania jakością i bezpieczeństwem.

Podsumowanie:

Pielęgniarka w wewnętrznym systemie zarządzania jakością i bezpieczeństwem w przychodni pełni kluczową rolę w zapewnieniu wysokiej jakości opieki oraz bezpieczeństwa pacjentów. Jej obowiązki obejmują bezpośrednią opiekę nad pacjentami, prowadzenie dokumentacji medycznej, udział w szkoleniach, zgłaszanie zdarzeń niepożądanych, współpracę z zespołem medycznym oraz utrzymanie higieny i bezpieczeństwa w miejscu pracy. Dzięki tym działaniom pielęgniarka przyczynia się do zapobiegania wystąpieniu zdarzeń niepożądanych i ciągłego doskonalenia jakości usług medycznych w jednostce.

2. Stanowisko: Lekarz

Bezpośredni przełożony: Dyrektor

Cel stanowiska: Zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów poprzez przestrzeganie procedur wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, minimalizowanie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz aktywne uczestnictwo w procesie ciągłego doskonalenia.

Główne obowiązki i odpowiedzialności:

1. Opieka nad pacjentem

- Świadczenie kompleksowej opieki medycznej zgodnie z najnowszymi standardami i wiedzą medyczną.
- Prowadzenie dokładnej dokumentacji medycznej każdej wizyty pacjenta.
- Diagnostowanie i leczenie pacjentów w sposób bezpieczny i efektywny.

2. Przestrzeganie procedur jakości i bezpieczeństwa

- Stosowanie się do ustalonych procedur identyfikacji pacjentów.
- Regularne korzystanie z list kontrolnych (checklist) w celu zapewnienia kompletności i bezpieczeństwa przeprowadzanych procedur.
- Zgłaszanie i dokumentowanie wszelkich zdarzeń niepożądanych, incydentów oraz potencjalnych zagrożeń.

3. Szkolenia i edukacja

- Udział w regularnych szkoleniach z zakresu jakości i bezpieczeństwa.
- Utrzymywanie aktualnej wiedzy medycznej i uczestnictwo w programach ciągłego kształcenia.

4. Komunikacja i współpraca

- Efektywna komunikacja z pacjentami i ich rodzinami na temat stanu zdrowia, planów leczenia oraz wszelkich procedur medycznych.

- Współpraca z innymi członkami zespołu medycznego oraz personelem administracyjnym w celu zapewnienia spójności i ciągłości opieki.
5. Audyt i monitorowanie
 - Udział w wewnętrznych audytach jakości i bezpieczeństwa.
 - Monitorowanie i analiza wyników leczenia w celu identyfikacji obszarów do poprawy.
 6. Zarządzanie dokumentacją medyczną
 - Zapewnienie kompletności, dokładności i poufności dokumentacji medycznej pacjentów.
 - Elektroniczny opis wizyt i procedur medycznych zgodnie z ustalonymi standardami.
 7. Identyfikacja i minimalizowanie ryzyka
 - Regularne uczestnictwo w ocenach ryzyka związanych z opieką medyczną.
 - Wdrażanie działań zapobiegawczych mających na celu minimalizowanie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych.
 8. Promowanie kultury bezpieczeństwa
 - Aktywne wspieranie i promowanie kultury bezpieczeństwa w przychodni.
 - Współpraca w tworzeniu bezpiecznego środowiska pracy i leczenia.

Kwalifikacje i umiejętności:

- Wykształcenie medyczne oraz aktualne prawo do wykonywania zawodu lekarza.
- Doświadczenie w pracy klinicznej w przychodni lub innych podmiotach leczniczych.
- Znajomość przepisów i wytycznych dotyczących zarządzania jakością i bezpieczeństwem w opiece zdrowotnej.
- Umiejętności komunikacyjne i interpersonalne.
- Zdolność do pracy zespołowej oraz samodzielnego podejmowania decyzji.
- Zdolność do analizy i rozwiązywania problemów.

Oczekiwane zachowania i postawy:

- Dokładność i rzetelność w wykonywaniu obowiązków.
- Aktywność w identyfikacji problemów i wdrażaniu rozwiązań.
- Otwartość na feedback i chęć ciągłego doskonalenia swoich umiejętności.
- Empatia dla pacjentów i zrozumienie ich potrzeb.

Podsumowanie:

Wdrażanie powyższych obowiązków i przestrzeganie określonych procedur przez lekarzy jest kluczowe dla skutecznego funkcjonowania wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem w podmiocie, co ostatecznie przekłada się na wyższą jakość opieki oraz bezpieczeństwo pacjentów.

3. Stanowisko: Położna

Bezpośredni przełożony: Kierownik ds. medycznych

Cel stanowiska: Zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentek oraz noworodków poprzez przestrzeganie procedur wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, minimalizowanie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz aktywne uczestnictwo w procesie ciągłego doskonalenia.

Główne obowiązki i odpowiedzialności:

1. Opieka nad pacjentkami i noworodkami
 - Świadczenie kompleksowej opieki przedporodowej, porodowej i poporodowej zgodnie z najnowszymi standardami i wytycznymi.
 - Monitorowanie stanu zdrowia pacjentek i noworodków, prowadzenie dokumentacji medycznej każdej wizyty.
 - Edukacja pacjentek na temat ciąży, porodu, karmienia piersią i opieki nad noworodkiem.
2. Przestrzeganie procedur jakości i bezpieczeństwa
 - Stosowanie się do ustalonych procedur identyfikacji pacjentek.
 - Regularne korzystanie z list kontrolnych (checklist) w celu zapewnienia kompletności i bezpieczeństwa przeprowadzanych procedur.
 - Zgłaszanie i dokumentowanie wszelkich zdarzeń niepożądanych, incydentów oraz potencjalnych zagrożeń.
3. Szkolenia i edukacja
 - Udział w regularnych szkoleniach z zakresu jakości i bezpieczeństwa.
 - Utrzymywanie aktualnej wiedzy medycznej i uczestnictwo w programach ciągłego kształcenia.
4. Komunikacja i współpraca
 - Efektywna komunikacja z pacjentkami i ich rodzinami na temat stanu zdrowia, planów leczenia oraz wszelkich procedur medycznych.
 - Współpraca z innymi członkami zespołu medycznego oraz personelem administracyjnym w celu zapewnienia spójności i ciągłości opieki.
5. Audyt i monitorowanie
 - Udział w wewnętrznych audytach jakości i bezpieczeństwa.
 - Monitorowanie i analiza wyników leczenia oraz *wskaźników jakości* w celu identyfikacji obszarów do poprawy.
6. Zarządzanie dokumentacją medyczną
 - Zapewnienie kompletności, dokładności i poufności dokumentacji medycznej pacjentek i noworodków.
 - Elektroniczne rejestrowanie wizyt i procedur medycznych zgodnie z ustalonymi standardami.
7. Utrzymanie Higieny i Bezpieczeństwa:
 - Przestrzeganie zasad BHP, aseptyki i antyseptyki w codziennej pracy, stosowanie wszystkich procedur obowiązujących w tym zakresie.
 - Używanie środków ochrony osobistej zgodnie z przepisami, aby chronić zarówno

pacjentów, jak i cały personel.

- Regularne kontrole i utrzymanie czystości w miejscu pracy, w tym dezynfekcja sprzętu medycznego i powierzchni roboczych.

8. Identyfikacja i minimalizowanie ryzyka

- Regularne uczestnictwo w ocenach ryzyka związanych z opieką medyczną.
- Wdrażanie działań zapobiegawczych mających na celu minimalizowanie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

9. Promowanie kultury bezpieczeństwa

- Aktywne wspieranie i promowanie kultury bezpieczeństwa w przychodni.
- Współpraca w tworzeniu bezpiecznego środowiska pracy i leczenia.

Kwalifikacje i umiejętności:

- Wykształcenie medyczne oraz aktualne prawo do wykonywania zawodu położnej.
- Doświadczenie w pracy klinicznej w przychodni lub szpitalu.
- Znajomość przepisów i wytycznych dotyczących zarządzania jakością i bezpieczeństwem w opiece zdrowotnej.
- Umiejętności komunikacyjne i interpersonalne.
- Zdolność do pracy zespołowej oraz samodzielnego podejmowania decyzji.
- Zdolność do analizy i rozwiązywania problemów.

Oczekiwane zachowania i postawy:

- Dokładność i rzetelność w wykonywaniu obowiązków.
- Aktywność w identyfikacji problemów i wdrażaniu rozwiązań.
- Otwartość na feedback i chęć ciągłego doskonalenia swoich umiejętności.
- Empatia w stosunku do pacjentek i zrozumienie ich potrzeb.

Dodatkowe obowiązki:

- Edukacja zdrowotna: Organizowanie i prowadzenie warsztatów oraz spotkań edukacyjnych dla pacjentek na temat zdrowia reprodukcyjnego, ciąży, porodu oraz opieki nad noworodkiem.
- Wsparcie emocjonalne: Udzielanie wsparcia emocjonalnego pacjentkom i ich rodzinom w trakcie całego procesu opieki.
- Zarządzanie sprzętem medycznym: Monitorowanie stanu technicznego sprzętu medycznego używanego w codziennej pracy oraz zgłaszanie potrzeby jego konserwacji lub wymiany.

Podsumowanie:

Wdrażanie powyższych obowiązków i przestrzeganie określonych procedur przez położne jest kluczowe dla skutecznego funkcjonowania wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem w przychodni. To ostatecznie przekłada się na wyższą jakość opieki oraz bezpieczeństwo pacjentek i noworodków.

4. Stanowisko: Fizjoterapeuta

Bezpośredni przełożony: Dyrektor

Cel stanowiska: Zapewnienie wysokiej jakości opieki rehabilitacyjnej i bezpieczeństwa pacjentów poprzez przestrzeganie procedur wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, minimalizowanie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz aktywne uczestnictwo w procesie ciągłego doskonalenia.

Główne obowiązki i odpowiedzialności:

1. Opieka nad pacjentem
 - Przeprowadzanie oceny stanu funkcjonalnego pacjentów oraz tworzenie indywidualnych planów rehabilitacji.
 - Prowadzenie cykli fizjoterapii zgodnie z najnowszymi standardami i wytycznymi.
 - Monitorowanie postępów pacjentów i dostosowywanie planów terapii w zależności od potrzeb.
2. Przestrzeganie procedur jakości i bezpieczeństwa
 - Stosowanie się do ustalonych procedur identyfikacji pacjentów.
 - Regularne korzystanie z list kontrolnych (checklist) w celu zapewnienia kompletności i bezpieczeństwa przeprowadzanych zabiegów.
 - Zgłaszanie i dokumentowanie wszelkich zdarzeń niepożądanych, incydentów oraz potencjalnych zagrożeń.
3. Szkolenia i edukacja
 - Udział w regularnych szkoleniach z zakresu jakości i bezpieczeństwa.
 - Pogłębianie aktualnej wiedzy medycznej i uczestnictwo w programach ciągłego kształcenia.
4. Komunikacja i współpraca
 - Efektywna komunikacja z pacjentami na temat planów terapii, oczekiwań oraz postępów.
 - Współpraca z innymi członkami zespołu medycznego oraz personelem administracyjnym w celu zapewnienia spójności i ciągłości opieki.
5. Audyt i monitorowanie
 - Udział w wewnętrznych audytach jakości i bezpieczeństwa.
 - Monitorowanie i analiza wyników terapii oraz wskaźników jakości w celu identyfikacji obszarów do poprawy.
6. Zarządzanie dokumentacją medyczną
 - Zapewnienie kompletności, dokładności i poufności dokumentacji medycznej pacjentów.
 - Elektroniczne rejestrowanie wizyt i procedur terapeutycznych zgodnie z ustalonymi standardami.
7. Utrzymanie Higieny i Bezpieczeństwa:

- Przestrzeganie zasad BHP, aseptyki i antyseptyki w codziennej pracy, stosowanie wszystkich procedur obowiązujących w tym zakresie.
 - Używanie środków ochrony osobistej zgodnie z przepisami, aby chronić zarówno pacjentów, jak i cały personel.
 - Regularne kontrole i utrzymanie czystości w miejscu pracy, w tym dezynfekcja sprzętu medycznego i powierzchni roboczych.
8. Identyfikacja i minimalizowanie ryzyka
- Regularne uczestnictwo w ocenach ryzyka związanych z opieką terapeutyczną.
 - Wdrażanie działań zapobiegawczych mających na celu minimalizowanie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych.
9. Promowanie kultury bezpieczeństwa
- Aktywne wspieranie i promowanie kultury bezpieczeństwa w przychodni.
 - Współpraca w tworzeniu bezpiecznego środowiska pracy i terapii.

Kwalifikacje i umiejętności:

- Wykształcenie medyczne oraz aktualne prawo do wykonywania zawodu fizjoterapeuty.
- Doświadczenie w pracy klinicznej w przychodni lub innej placówce ochrony zdrowia.
- Znajomość przepisów i wytycznych dotyczących zarządzania jakością i bezpieczeństwem w opiece zdrowotnej.
- Umiejętności komunikacyjne i interpersonalne.
- Zdolność do pracy zespołowej oraz samodzielnego podejmowania decyzji.
- Zdolność do analizy i rozwiązywania problemów.

Oczekiwane zachowania i postawy:

- Dokładność i rzetelność w wykonywaniu obowiązków.
- Aktywność w identyfikacji problemów i wdrażaniu rozwiązań.
- Otwartość na feedback i chęć ciągłego doskonalenia swoich umiejętności.
- Empatia i zrozumienie dla pacjentów i ich potrzeb.

Dodatkowe obowiązki:

- Edukacja zdrowotna: Organizowanie i prowadzenie warsztatów oraz spotkań edukacyjnych dla pacjentów na temat profilaktyki aktywności ruchowej, prewencji urazów i rehabilitacji.
- Wsparcie emocjonalne: Udzielanie wsparcia emocjonalnego pacjentom w trakcie całego procesu rehabilitacji.
- Zarządzanie sprzętem terapeutycznym: Monitorowanie stanu technicznego sprzętu terapeutycznego używanego w codziennej pracy oraz zgłaszanie potrzeby jego konserwacji lub wymiany.

Podsumowanie:

Właściwe wykonywanie obowiązków i przestrzeganie określonych procedur przez fizjoterapeutów jest kluczowe dla skutecznego funkcjonowania wewnętrznego systemu zarządzania jakością

i bezpieczeństwem, co ostatecznie przekłada się na wyższą jakość opieki oraz bezpieczeństwo pacjentów.

5. Stanowisko: Rejestratorka medyczna

Bezpośredni przełożony: Kierownik ds. medycznych

Cel stanowiska: Zapewnienie wysokiej jakości obsługi pacjentów oraz bezpieczeństwa danych poprzez przestrzeganie procedur wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, minimalizowanie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz aktywne uczestnictwo w procesie ciągłego doskonalenia.

Główne obowiązki i odpowiedzialności:

1. Rejestracja pacjentów
 - Przyjmowanie zgłoszeń pacjentów telefonicznie, osobiście oraz online.
 - Dokładne i zgodne z procedurami rejestrowanie danych pacjentów w systemie informatycznym.
 - Przydzielanie terminów wizyt, uwzględniając dostępność lekarzy i preferencje pacjentów.
2. Identyfikacja pacjentów
 - Właściwe przeprowadzanie procesu identyfikacji pacjentów, zgodnie z ustalonymi procedurami, w celu uniknięcia błędów identyfikacyjnych.
 - Weryfikacja tożsamości pacjentów podczas rejestracji i wizyt.
3. Zarządzanie dokumentacją medyczną
 - Utrzymywanie kompletności, dokładności i poufności dokumentacji medycznej pacjentów.
 - Elektroniczne i papierowe archiwizowanie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Komunikacja z pacjentami
 - Udzielanie pacjentom informacji na temat dostępnych usług, terminów wizyt oraz procedur medycznych.
 - Przyjmowanie i przekazywanie informacji dotyczących wizyt, wyników badań i innych istotnych kwestii medycznych.
 - Udzielanie wsparcia w zakresie wypełniania formularzy oraz innych dokumentów medycznych.
5. Przestrzeganie procedur jakości i bezpieczeństwa
 - Stosowanie się do ustalonych procedur związanych z rejestracją, obsługą pacjentów i zarządzaniem dokumentacją.
 - Zgłaszanie i dokumentowanie wszelkich zdarzeń niepożądanych, incydentów oraz potencjalnych zagrożeń.
6. Obsługa systemów informatycznych
 - Efektywne korzystanie z systemów rejestracyjnych i medycznych.
 - Utrzymanie aktualności danych w systemach informatycznych.

7. Szkolenia i edukacja

- Udział w regularnych szkoleniach z zakresu jakości, bezpieczeństwa oraz obsługi pacjentów.
- Utrzymywanie aktualnej wiedzy na temat procedur rejestracyjnych i administracyjnych.

8. Wsparcie administracyjne

- Współpraca z personelem medycznym i administracyjnym w celu zapewnienia sprawnej obsługi pacjentów.
- Pomoc w organizacji pracy przychodni, w tym zarządzanie kalendarzami wizyt, przypominanie pacjentom o wizytach oraz koordynowanie działań administracyjnych.

Kwalifikacje i umiejętności:

- Wykształcenie średnie lub wyższe, preferowane w zakresie administracji, zarządzania lub pokrewnym.
- Doświadczenie w pracy na stanowisku rejestratorki medycznej lub podobnym.
- Znajomość obsługi systemów informatycznych używanych w placówkach medycznych.
- Umiejętności komunikacyjne i interpersonalne.
- Zdolność do pracy zespołowej oraz samodzielnego podejmowania decyzji.
- Dokładność i rzetelność w wykonywaniu obowiązków.

Oczekiwane zachowania i postawy:

- Aktywność w identyfikacji problemów i wdrażaniu rozwiązań.
- Otwartość na feedback i chęć ciągłego doskonalenia swoich umiejętności.
- Empatia i zrozumienie dla pacjentów i ich potrzeb.
- Dbłość o wysoką jakość obsługi pacjentów oraz bezpieczeństwo danych.

Dodatkowe obowiązki:

- Edukacja pacjentów: Informowanie pacjentów o procedurach i zasadach obowiązujących w SP ZOZ w Wińsku
- Wsparcie w zarządzaniu kryzysowym: Pomoc w sytuacjach awaryjnych i nagłych, współpraca z zespołem medycznym w celu szybkiego i skutecznego rozwiązania problemów.
- Monitorowanie satysfakcji pacjentów: Udział w ankietach i badaniach dotyczących satysfakcji pacjentów, analiza wyników i proponowanie działań poprawiających jakość obsługi.

Podsumowanie:

Wykonywanie powyższych obowiązków i przestrzeganie określonych procedur przez rejestratorki medyczne jest kluczowe dla skutecznego funkcjonowania wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem w przychodni, co ostatecznie przekłada się na wyższą jakość opieki

oraz bezpieczeństwo pacjentów.

V System zarządzania zdarzeniami niepożądanymi

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, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu; nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej. Zdarzeń niepożądanych nie powinno się mylić z naturalnym postępem choroby lub przewidywalnymi powikłaniami terapeutycznymi.

● Rodzaje zdarzeń niepożądanych (katalog otwarty)

1. Dotyczących urządzeń medycznych, wyposażenia:
 - a. brak bieżących przeglądów technicznych,
 - b. brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
 - c. uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu,
2. Dotyczących działania personelu medycznego:
 - a. niewłaściwa dawka podana w trakcie zabiegu fizykoterapeutycznego,
 - b. uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej nieprawidłowej procedury medycznej lub fizjoterapeutycznej,
 - c. opóźnienia w rejestracji i przyjmowaniu pacjentów,
 - d. nieprawidłowe oznaczenie próbki pobranego materiału do badań,
 - e. brak monitorowania stanu pacjenta.
 - f. niewłaściwa opieka nad pacjentem.
3. Związanych z leczeniem i farmakologią:
 - a. postawienie błędnej diagnozy,
 - b. błędy w przepisywaniu leków.
 - c. niewłaściwe leczenie, zlecenie niewłaściwego zabiegu,
 - d. zranienie albo zakucie ostrymi narzędziami pacjenta lub personelu w trakcie wykonywania procedury, powodujące wystąpienie zakażenia krwiopochodnego patogenami, a w efekcie choroby zakaźnej i inwazyjnej,
 - e. pomyłka w podaniu leku, w tym:
 - podanie niewłaściwego leku,
 - błędne ustalenie dawki leku,
 - błędną identyfikację pacjenta,
 - nieprawidłową drogę podania leku,
 - nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik),
 - zdarzenia związane z okresem ważności leku.
4. Związanych z zdarzeniami niespodziewanymi:

- a. upadek pacjenta w ośrodku,
- b. zgon pacjenta na terenie ośrodka,
- c. korzystanie przez pacjenta z używek i środków odurzających.

5. Związanych z nieprzestrzeganiem procedur:

- a. zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, jeżeli podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej doszło do naruszenia zasad higieny ogólnej, aseptyki i antyseptyki,
- b. udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej,
- c. błędna identyfikacja pacjenta.

6. Dotyczących organizacji pracy i zarządzania:

- a. brak normalizacji urządzeń, nazewnictwa, procedur, instalacji,
- b. dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych kwalifikacji i uprawnień (bez prawa do wykonywania zawodu),
- c. niewłaściwe planowanie pracy,
- d. nieumiejętność wprowadzenia pracy zespołowej,
- e. nieprawidłowa komunikacja.

● **Sposób postępowania w przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego (ZN)**

1. Zgłoszenie zdarzenia

- Każdy pracownik ma obowiązek zgłosić zdarzenie niepożądane bezpośrednio przełożonemu lub poprzez specjalnie do tego przeznaczoną kartę zgłaszania zdarzeń niepożądanych.

2. Dokumentacja i Wstępna Analiza

- Po zgłoszeniu incydentu, odpowiedzialny pracownik (przewodnicząca zespołu ds. zdarzeń niepożądanych) dokumentuje zdarzenie i przeprowadza wstępną analizę.
- Zbierane są wszystkie dostępne informacje, w tym dokumentacja medyczna, zeznania świadków i dane z systemu informatycznego.

3. Analiza Przyczyn Źródłowych (Root Cause Analysis)

- Każde zgłoszenie analizowane jest pod kątem przyczyn zdarzenia oraz jego skutków. Klasyfikacja zdarzenia odbywa się za pomocą matrycy SAC, co pozwala na określenie ich powagi i częstotliwości występowania.
- Zespół ds. Zdarzeń niepożądanych przeprowadza dogłębną analizę w celu zidentyfikowania przyczyn źródłowych zdarzenia.

4. Raportowanie i Działania Korygujące

- Sporządzenie raportu z wynikami analizy i przedstawienie go dyrektorowi SP ZOZ w Wińsku.
- Wdrażanie działań korygujących i zapobiegawczych tj. zmiany w obowiązujących procedurach i procesach oraz poprawa infrastruktury i wyposażenia, mających na celu eliminację przyczyn zdarzenia .

- Edukacja i dodatkowe szkolenia personelu na temat wniosków wyciągniętych z incydentu.

5. Monitorowanie i Ocena Skuteczności Działań

- Regularne monitorowanie wdrożonych działań korygujących i ich skuteczności.
- Systematyczne przeglądy rejestru zdarzeń niepożądanych pomagają w identyfikacji trendów i obszarów wymagających poprawy. Regularne audyty i spotkania zespołu ds. zdarzeń niepożądanych są kluczowe dla skutecznego monitorowania.

6. Komunikacja i Informacja Zwrotna

- Informowanie personelu o zdarzeniach niepożądanych i podjętych działaniach w celu poprawy bezpieczeństwa.
- Zapewnienie regularnej informacji zwrotnej dla personelu na temat wyników działań korygujących i zapobiegawczych.
- Zbieranie informacji zwrotnych od pacjentów dotyczących jakości opieki oraz wykorzystanie tych informacji do ciągłego doskonalenia systemu.

● Badanie satysfakcji pacjentów

Ustawa o jakości w ramach Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością wprowadza obowiązek przeprowadzania badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety, zgodną ze wzorem opublikowanym na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. Badanie satysfakcji pacjenta, to cenne narzędzie i może być traktowane jako jedno ze źródeł pozyskiwania informacji o obszarach wymagających poprawy i występowaniu ewentualnych zdarzeń niepożądanych. Ankieta zostaje udostępniona pacjentowi w formie papierowej przez pracownika rejestracji.

1. Analiza wyników ankiety, czyli odpowiedzi oraz tzw. responsu, czyli procentu pacjentów, którzy zdecydowali się wziąć udział w ankiecie.

2. Trend wyników - regularne śledzenie zmian w wynikach ankiet, w cyklach półrocznych i monitorowanie czy podejmowane działania podnoszące jakość mają przełożenie na poziom satysfakcji pacjentów.

3. Omówienie wyników z personelem – informacje uzyskane z badań satysfakcji są cenne nie tylko dla kierownictwa podmiotu, ale również dla osób udzielających świadczeń.

● Zasady działania systemu:

1. System zarządzania zdarzeniami niepożądanymi nie może służyć identyfikacji i stygmatyzacji osób, które brały udział w zdarzeniu. System jest poufny i dobrowolny. Dane zgłaszającego zdarzenie powinno pozostać do wyłącznej wiadomości osoby odpowiedzialnej za raportowanie, zgłaszający może też pozostać osobą całkowicie anonimową, bez ujawnienia swoich danych.

2. Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych powinno być nastawione na szukanie działań naprawczych, bez personalizacji i szukania osób odpowiedzialnych.

3. Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego, analiza przyczyn źródłowych, ocena zdarzenia i kwalifikacja nie może stanowić podstawy do odpowiedzialności dyscyplinarnej,

odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną wskutek dokonania zgłoszenia lub odpowiedzialności z tytułu naruszenia praw innych osób lub obowiązków określonych w przepisach prawa.

4. Osoba upoważniona przez dyrektora SP ZOZ w Wińsku (przewodnicząca zespołu ds. zdarzeń niepożądanych), po otrzymaniu zgłoszenia zdarzenia niepożądanego rejestruje zgłoszenie, zbiera informacje o jego okolicznościach, uczestnikach, przeprowadza wstępną analizę, formułuje wnioski, zawiadamia dyrektora jednostki.

5. Na podstawie zgłoszenia zostają wyciągnięte wnioski oraz formułuje się zalecenia o podjęcie konkretnych działań na rzecz zapobieżenia ponownemu wystąpieniu nieprawidłowości. Wyciągnięcie wniosków odbywa się bez orzekania o winie. Raport zatwierdza dyrektor SP ZOZ w Wińsku.

● **Zgłaszanie zdarzenia niepożądanego**

Celem zgłaszania zdarzeń niepożądanych jest poprawa bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych poprzez identyfikację sytuacji i okoliczności, które są zagrożeniami dla pacjenta, oraz działania mające na celu zapobieganie tym zagrożeniom lub ich kontrolę. Wdrażanie takich rozwiązań, które pozwoliłyby na eliminację lub ograniczenie występowania zdarzeń niepożądanych w przyszłości i poddanie ich dogłębnej analizie.

Personel SP ZOZ w Wińsku powinien mieć świadomość z jaką odpowiedzialnością wiąże się właściwe zidentyfikowanie oraz zgłaszanie osobie odpowiedzialnej wszystkich zdarzeń niepożądanych, jakie wystąpiły w podmiocie, niezależnie od stopnia ich ciężkości i prawdopodobieństwa ponownego wystąpienia.

1. Zdarzenie niepożądane może być zgłoszone przez:

- a. personel medyczny i pracowników niemedycznych, niezwłocznie po zaistnieniu lub stwierdzeniu zdarzenia niepożądanego,
- b. świadków zdarzenia niepożądanego,
- c. pacjentów, rodziny pacjentów, opiekunów.

2. Sposób zgłaszania:

- a. bezpośrednio, ustnie skierowane do osoby zajmującej się zdarzeniami niepożądanymi, upoważnionej przez Dyrektora SP ZOZ w Wińsku (przewodnicząca zespołu ds. zdarzeń niepożądanych). Osoba upoważniona ma obowiązek wypełnienia karty zgłoszenia zdarzenia niepożądanego (załącznik nr 1 do WSZJ w Wińsku) lub przekazania karty osobie zgłaszającej w celu wypełnienia.
- b. na formularzu karty zdarzenia niepożądanego, udostępnionej w rejestracji Ośrodka Zdrowia w Wińsku, Ośrodka Zdrowia w Krzelowie i Ośrodka Zdrowia w Głębowicach lub pobranego ze strony BIP <http://spzozwinsko.bipstrona.pl/>
- c. poprzez przesłanie wypełnionej karty zdarzenia niepożądanego drogą pocztową na adres: Samodzielny Publiczny zakład Opieki Zdrowotnej w Wińsku, 56-160 Wińsko, plac Wolności 13.
- d. przesłanie informacji o zdarzeniu niepożądanym na adres e-mail: winsko@spzozwinsko.pl osoba upoważniona w odpowiedzi na zgłoszenie odeśle zgłaszającemu formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego z prośbą o jego wypełnienie.

● Rejestr zdarzeń niepożądanych

Rejestr zdarzeń niepożądanych jest kluczowym elementem systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjentów. Prowadzenie rejestru umożliwia monitorowanie, analizę i poprawę procedur w celu minimalizacji ryzyka wystąpienia niepożądanych incydentów w przyszłości.

Rejestr zawiera:

- dane dotyczące pacjenta (wiek w chwili zdarzenia, płeć);
- określenie ośrodka, w którym zidentyfikowano zdarzenie niepożądane;
- opis zdarzenia (czas zdarzenia, rodzaj incydentu, miejsce wystąpienia zdarzenia – miejsce udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, konsekwencje dla pacjenta, przyczyny wystąpienia zdarzenia);
- opis podjętych działań, na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń mających na celu zapobieżenie ponownemu wystąpieniu zdarzenia niepożądanego.

Prowadzenie rejestru zdarzeń niepożądanych jest procesem wymagającym zaangażowania całego zespołu medycznego, ale jest kluczowe dla zapewnienia wysokiej jakości opieki nad pacjentami i minimalizacji ryzyka wystąpienia niepożądanych incydentów.

● Analiza przyczyn źródłowych

Analiza przyczyn źródłowych, to proces wyjaśniania przyczyn wystąpienia zdarzenia niepożądanego oraz okoliczności, których wystąpienie mogło mieć wpływ na jego wystąpienie. W ramach analizy przyczyn źródłowych nie dokonuje się oceny winy i odpowiedzialności osób, które uczestniczyły w zdarzeniu niepożądanym.

Do przeprowadzenia analizy przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych Dyrektor SP ZOZ w Wińsku powołał zespół ds. zdarzeń niepożądanych. W skład zespołu wchodzi przedstawiciele personelu ze zróżnicowanych obszarów działalności jednostki, posiadający wiedzę i doświadczenie w zakresie problematyki związanej z bezpieczeństwem pacjenta.

Analiza przyczyn źródłowych ma na celu:

1. zebranie informacji o zidentyfikowanych przyczynach i okolicznościach wystąpienia zdarzenia niepożądanego, uczestnikach tego zdarzenia oraz jego konsekwencjach dla uczestników;
2. przeprowadzenie analizy informacji, o których mowa w pkt. 1 oraz sformułowaniu na jej podstawie wniosków i zaleceń.

Sformułowanie zaleceń podjęcia działań na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej mających na celu zapobieżenie ponownemu wystąpieniu zdarzenia niepożądanego.

Analiza stanowi kluczowy element procesu zarządzania zdarzeniami niepożądanymi, a jej pierwszym krokiem jest kategoryzacja zdarzenia, ocenianego pod kątem ciężkości oraz prawdopodobieństwa jego ponownego wystąpienia, analizy dokonuje Zespół ds. zdarzeń niepożądanych.

Zdarzenia niepożądane zostaje zakwalifikowane do jednej z kategorii ryzyka na podstawie **matrycy oceny bezpieczeństwa SAC**:

Matryca oceny bezpieczeństwa SAC			Ciężkość zdarzenia			
			Bardzo ciężkie	Ciężkie	Umiarkowane	Lekkie
Prawdopodobieństwo	Częste	kilka razy w ciągu roku	3	3	2	1
	Sporadyczne	raz lub dwa razy w roku	3	2	1	1
	Rzadkie	raz na 2 lata	3	2	1	1
	Bardzo rzadkie	rzadziej niż raz na 2 lata	3	2	1	1

Kategorię ryzyka dla danego zdarzenia niepożądanego określa się według skali punktowej:

3 punkty - wysokie ryzyko - zdarzenie niepożądane spełniające kryteria zdarzenia bardzo ciężkiego oraz zdarzenia ciężkiego i częstego, zgodnie z kryteriami oraz oceną prawdopodobieństwa,

2 punkty - średnie ryzyko - zdarzenie niepożądane ciężkie i sporadyczne albo rzadkie albo bardzo rzadkie oraz zdarzenia umiarkowane i częste,

1 punkt - małe ryzyko - zdarzenie niepożądane umiarkowane i sporadyczne albo rzadkie albo bardzo rzadkie oraz zdarzenia lekkie.

Zdarzenia niepożądane ocenia się pod względem stopnia ciężkości:

1. zdarzenie **bardzo ciężkie** obejmuje:

- zgon albo
- znaczne i trwałe uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, skutkujące utratą lub upośledzeniem funkcji czuciowej, ruchowej, fizjologicznej lub intelektualnej, niezwiązane ze schorzeniami stanowiącymi podstawę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub stanem zdrowia pacjenta prowadzące do trwałej niepełnosprawności;

2. zdarzenie **ciężkie** obejmuje:

- znaczne uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, skutkujące czasowym ograniczeniem funkcji czuciowej, ruchowej, fizjologicznej lub intelektualnej, niezwiązane z podstawowym schorzeniem lub stanem zdrowia pacjenta, zdarzenie prowadzące do poważnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub
- konieczność zastosowania interwencji chirurgicznej;

3. zdarzenie **umiarkowane** obejmuje:

- chwilowy dyskomfort lub nieznaczne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta;

4. zdarzenie **lekkie** obejmuje zdarzenia inne niż określone w pkt 1–3, niepowodujące uszczerbku na zdrowiu, nie mające znacznego wpływu na stan zdrowia pacjenta.

Zdarzenia najcięższe podlegają obligatoryjnej analizie RCA (Root Cause Analysis), a zdarzenia z ocenami 1-2 podlegają analizie z wykorzystaniem metody 5 WHY.

Wyniki analizy przedstawiane są dyrektorowi SP ZOZ w Wińsku, a wnioski z niej wynikające są omawiane z personelem, w celu zapewnienia ich efektywnego wdrożenia.

Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

Data zdarzenia: _____

Czas zdarzenia: _____

Miejsce zdarzenia: _____

Opis zdarzenia:

Dane pacjenta:

- Wiek: _____

- Płeć: _____

- Identyfikator pacjenta (opcjonalnie): _____

Okoliczności zdarzenia:

Skutki zdarzenia dla pacjenta:

Działania podjęte natychmiast po zdarzeniu:

Osoba zgłaszająca: _____

Kontakt: _____

Osoby uczestniczące w zdarzeniu:
