Centrum Monitorowania
Jakości w Ochronie Zdrowia

Kraków, 11 lipca 2024 r.
DAK.413.69.2024.AW

WPŁYNEŁO
SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Kościanie
12. 07. 2024
Ilość zał. ..... L.dz. .....
Znak ..... Podpis .....

Pan
Wojciech Maćkowiak
Dyrektor
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ
OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŚCIANIE
ul. Szpitalna 7
64-000 Kościan

Dotyczy:

Raportu z przeglądu akredytacyjnego.

Szanowny Panie,

przesyłam raport z przeglądu akredytacyjnego przeprowadzonego w dniach **26-28 czerwca 2024 r.**, w jednostce pn.: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŚCIANIE.

Jednocześnie informuję, że przysługuje Państwu możliwość wniesienia zastrzeżeń w terminie 14 dni od otrzymania raportu. Zastrzeżenia należy złożyć w formie pisemnej wraz z argumentacją dotyczącą interpretacji poszczególnych standardów. W przypadku braku zastrzeżeń raport zostanie przedstawiony Radzie Akredytacyjnej jako ostateczny.

Podstawa prawna:

Art. 3 ust. 6 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U.2016.0.2135) w zw. z art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U.2023.0.1692).

Z poważaniem
Z up. dyrektora CMJ
Marcin Kalinowski
Kierownik Działu Akredytacji
/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik:

1. Raport z przeglądu akredytacyjnego

Sprawę prowadzi:

Agnieszka Wiechna

Raport z przeglądu akredytacyjnego

id przeglądu:

DAK.413.69.2024

Podmiot Działalności Leczniczej:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŚCIANIE

Zakład Leczniczy:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ KOŚCIAN

Szpitalna 7, 64-000 Kościan

Data wykonania przeglądu: 2024-06-26 - 2024-06-28

Wizytatorzy:
Jolanta Czaplińska-Jaszczurowska - koordynator
Aleksandra Korzeniewska-Eksterowicz
Liliana Adamska
Marzena Łokietko

Uwagi ogólne

Niniejszy raport został sporządzony na podstawie obserwacji, przeglądu dokumentacji oraz wywiadów przeprowadzonych w trakcie przeglądu akredytacyjnego.

Dane dotyczące przeglądu akredytacyjnego

Nazwa Podmiotu Działalności Leczniczej	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŚCIANIE
Data rozpoczęcia wizyty	2024-06-26
Data zakończenia wizyty	2024-06-28
Wizytator wiodący	Jolanta Czaplińska-Jaszczurowska
Wizytatorzy	Jolanta Czaplińska-Jaszczurowska, Aleksandra Korzeniewska-Eksterowicz, Liliana Adamska, Marzena Łokietko

Cel wizytacji

Dokonanie oceny Zakładu Leczniczego w oparciu o standardy akredytacyjne dla szpitali.

System punktowania

- Ocena punktowa standardu akredytacyjnego polega na pomnożeniu wagi standardu akredytacyjnego przez ocenę uzyskaną w skali punktowej.
- Oceny punktowe wszystkich mających zastosowanie do ocenianego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych podlegają zsumowaniu.
- Do uzyskania akredytacji niezbędne jest uzyskanie **co najmniej 75%** możliwej do uzyskania liczby punktów, w wyniku zsumowania o którym mowa powyżej.
- Standardy akredytacyjne, które nie mają zastosowania do ocenianego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, nie są brane pod uwagę i nie są ujęte w ocenie.
- Standardy nieopisane w raporcie uzyskały maksymalną ocenę 5 punktów.

Łączna ocena (poziom spełnienia standardów) wynosi: 85%

Odwołanie

Podmiotowi przysługuje możliwość wniesienia zastrzeżeń w terminie 14 dni od otrzymania raportu. Zastrzeżenia należy złożyć w formie pisemnej, wraz z argumentacją dotyczącą interpretacji poszczególnych standardów. W przypadku braku zastrzeżeń raport zostanie przedstawiony Radzie Akredytacyjnej jako ostateczny.

Zalecenia w zakresie poprawy spełnienia standardów akredytacyjnych przez podmiot udzielający świadczeń

1. Zalecamy zaktualizowanie i monitorowanie wdrożenia stosowanej okołozabiegowej profilaktyki antybiotykowej oraz oceny ryzyka żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej.
2. Zalecamy zwiększenie nadzoru nad prowadzoną farmakoterapią, w tym prowadzoną antybiotykoterapią, leczeniem żywieniowym, zapewnieniem bezpiecznego przygotowywania mieszanek żywieniowych.
3. Szpital powinien wzmocnić swoje działania w zakresie rejestrowania i analizowania wystąpienia u pacjentów niepożądanych działań produktów leczniczych.
4. W celu poprawy efektywności pracy Zespołu Kontroli Zakażeń konieczne jest stałe monitorowanie zużycia preparatu do dezynfekcji rąk z uwzględnieniem zużycia preparatu w przeliczeniu na wykonane procedury i podejmowanie działań do uzyskania zwiększenia obecnych wskaźników.
5. Zalecamy poprawę warunków do przechowywania dokumentacji medycznej w archiwum spełniających wymagania opisane przepisami.
6. Zalecamy dalsze monitorowanie działań na rzecz zgłaszania i analizowania zdarzeń niepożądanych, aby nadal wykorzystywać je dla potrzeb dalszego identyfikowania procesów wymagających korekty lub zmiany.
7. Rekomendujemy zwiększenie nadzoru nad bezpieczeństwem środowiska pracy, przebywania pacjentów, z uwzględnieniem obszarów przechowywania substancji i materiałów niebezpiecznych .
8. W celu identyfikowania obszarów do poprawy zalecane jest dalsze analizowanie działalności klinicznej przez personel medyczny w oddziałach szpitalnych, a wnioski wynikające z tych analiz powinny pozwolić Zespołowi Jakości opracowywać dalsze projekty poprawy jakości.

Standardy niespełnione

Ciągłość Opieki

CO 4 W szpitalu opracowano i wdrożono procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy. **1**
Przedstawiona procedura z roku 2024 - opisana jako wersja 1 nie została wdrożona i nie jest znana personelowi. Dział BHP przedstawił inną procedurę, rozbieżną czasowo z zapisami z lat poprzednich - 2018.

Prawa Pacjenta

PP 13 Opieka nad pacjentami jest sprawowana z zachowaniem zasad prywatności. **3**
W Oddziale Wewnętrznym brak jest pokoju do badań, sale są wieloosobowe, brak parawanów.

PP 15 Przymus bezpośredni jest stosowany zgodnie z obowiązującymi przepisami. 3
Z przedstawionej dokumentacji medycznej wynikało, że u pacjenta u którego stosowano przymus bezpośredni przez 35 i 15 minut godzin nie było konsultacji lekarza psychiatry.

Ocena Stanu Pacjenta

OS 5 Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera:

OS 5.4 ocenę stanu psychicznego pacjenta, 1
Poziom spełniania na podstawie analizy dokumentacji: 26%

OS 5.5 ocenę stanu społecznego pacjenta, 3
Poziom spełniania na podstawie analizy dokumentacji: 70%

OS 5.6 wyniki badania przedmiotowego, 1
Poziom spełniania na podstawie analizy dokumentacji: 95%

OS 5.7 ocenę potrzeb żywieniowych każdego pacjenta, 3
Poziom spełniania na podstawie analizy dokumentacji: 82%

Opieka nad Pacjentem

OP 1.1 Plan opieki jest modyfikowany w zależności od potrzeb. 1
Poziom spełniania na podstawie analizy dokumentacji: 68%

OP 2 W szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania (SOP).

OP 2.1 W każdym oddziale funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania. 1
Dokumenty z oddziałów nie spełniają wymagań opisanych w standardzie - nie obejmują wytycznych klinicznych, opis dotyczy organizacji pracy w zakresie realizacji danej procedury medycznej. Nie przedstawiono wyników wdrożenia tych opracowań.

OP 2.2 W szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia. 1

Przedstawiona Procedura nie obejmuje postępowania z dziećmi, noworodkami w sytuacjach zagrożenia życia.

OP 4.1 Leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki. 3
W Oddziale Ginekologiczno-Położniczym sprzęt jest dostępny w kilku plastikowych, niefunkcjonalnych pudełkach. W pracowni RTG brak zestawu przeciwwstrząsowego.

OP 6 W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu. 3
Przedstawiona Procedura nie obejmuje leczenia bólu przewlekłego, leczenia bólu u dzieci.

Kontrola Zakażeń

KZ 1 W szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń. Redukowanie ryzyka zakażeń obejmuje:

KZ 1.1 efektywne funkcjonowanie zespołu i komitetu ds. kontroli zakażeń, 3
Z przedstawionej dokumentacji, z wywiadu z Zespołem Kontroli Zakażeń wynika, że konieczne jest wzmocnienia działań, aby poprawić wskaźniki zużycia środków do dezynfekcji rąk, zgłaszalności zakażeń. Konieczna poprawa współpracy z personelem lekarskim. Zespół nie dokonuje oceny prowadzonej w oddziałach antybiotykoterapii.

KZ 1.2 mycie i dezynfekcję rąk, 3
Zespół analizuje zużycie środka dezynfekcyjnego w oddziałach wyliczane w przeliczeniu na 1000 osobodni, bez określenie celu do jakiego dąży dany oddział. Dodatkowo np. w Oddziale Wewnętrznym u personelu brak zrozumienia przedstawianych przez Zespół wskaźników.

KZ 1.8 szczepienia personelu, 3
W roku 2023 - zaszczepiono przeciwko grypie 130 pracowników, a w roku 2022 - 100 pracowników (w Szpitalu pracuje około 600 pracowników medycznych).

KZ 2 W szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń. 1
Zespół Kontroli Zakażeń prowadzi monitorowanie zakażeń szpitalnych w ograniczonym zakresie, głównie w oparciu o zgłoszenia wykonanych badań mikrobiologicznych, zgłoszenia pacjentów gorączkujących. Rozpoczęto rejestrowanie zakażeń w ambulatoriach oddziałów zabiegowych.

KZ 2.2 W szpitalu prowadzona jest walidacja danych o zakażeniach. 1
Nie przedstawiono analizy dokonywania regularnego sprawdzania zgłaszanych zakażeń, w szczególności retrospektywnej oceny dokumentacji medycznej, zlecania antybiotykoterapii.

KZ 4 Kierownictwo i personel szpitala regularnie zapoznają się z wynikami monitorowania zakażeń. 3

Działania Zespołu Kontroli Zakażeń nie przekładają się na poprawę monitorowania zakażeń pod kątem rejestrowanych infekcji oraz zmianę praktyki (higiena rąk) i postępowania klinicznego (antybiotykoterapia).

KZ 5 Personel systematycznie uczestniczy w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych. 3

Z przedstawionej dokumentacji wynika, że w 2023 roku w szkoleniach uczestniczyło kilku lekarzy.

KZ 6 W szpitalu wdrożono program racjonalnej polityki antybiotykowej. 1

W Szpitalu nie wdrożono racjonalnej polityki antybiotykowej, w Oddziale Reumatologii, Wewnętrznym, Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu zaobserwowano zapas antybiotyków nie używanych w aktualnej terapii- np. Meronem, Piperacilin. Z wywiadu w tych oddziałach wynika, że personel nie widzi potrzeby wprowadzenia ograniczenia dostępu do antybiotyków .
Zespół Kontroli Zakażeń w trakcie spotkania potwierdził konieczność opracowania racjonalnej polityki antybiotykowej.

KZ 7 W szpitalu wdrożono antybiotykową profilaktykę okołozabiegową. 3

Opracowana Procedura nie jest zgodna z aktualnymi wytycznymi Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, co jest też widoczne w przeglądanej dokumentacji medycznej.

Zabiegi i Znieczulenia

ZA 1 Przed zabiegiem oceniane jest ryzyko związane z zabiegiem i znieczuleniem. 1

Poziom spełniania na podstawie analizy dokumentacji: 61%

ZA 3 Operator kwalifikuje i proponuje sposób przeprowadzenia zabiegu. 3

Poziom spełniania na podstawie analizy dokumentacji: 76%

Farmakoterapia

FA 4 Zlecanie leków jest dokumentowane. 1
Poziom spełniania na podstawie analizy dokumentacji: 35%

FA 8 Leki są przygotowywane i podawane z zachowaniem zasad bezpieczeństwa. 3
W Szpitalu stosuje się mieszanki żywieniowe przygotowywane, suplementowane w oddziałach.

FA 11 Niepożądane działania stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych są dokumentowane. 1
W Szpitalu w latach 2022 - 2023, oraz do dnia wizyty w roku 2024 nie zgłoszono żadnego działania niepożądanego stosowanych leków.

FA 12 W szpitalu wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi. 3
Przedstawione dokumenty nie obejmują postępowania z lekiem uszkodzonym, niewykorzystanym lekiem narkotycznym, jedynie dotyczą postępowania z lekami przeterminowanymi.

FA 13 W szpitalu funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii. 1
W Szpitalu nie funkcjonuje Zespół ds. Farmakoterapii. Komitet Terapeutyczny nie realizuje zadań z zakresu farmakoterapii, nie tworzy polityki lekowej, nie jest prowadzona ocena dokumentacji medycznej pod kątem zasadności stosowania leków, występowania polipragmazji, interakcji lekowych.

Diagnostyka Obrazowa

DO 8 W szpitalu zapewniono konsultacje radiologiczno-kliniczne. 1
W Szpitalu nie funkcjonują cykliczne spotkania lekarzy radiologów i klinicystów, realizowane są jedynie doraźne konsultacje lekarskie trudnych przypadków.

DO 9 Szpital zapewnia konsultacje wyników badań obrazowych w ośrodkach referencyjnych. 1
Szpital nie przedstawił możliwości konsultacji wyników badań obrazowych w zewnętrznych ośrodkach referencyjnych.

Odżywianie

OD 5 Pacjenci otrzymują informację na temat żywienia w okresie poszpitalnym. 1
Poziom spełniania na podstawie analizy dokumentacji: 90%

Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta

PJ 6 W szpitalu wdrożono standardy profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej u pacjentów. 1
Przedstawiona Procedura nie obejmuje zasad prowadzenia profilaktyki w oddziałach zachowawczych; brak analizy wdrożenia opracowanej profilaktyki.

Zarządzanie Ogólne

ZO 8 W szpitalu wdrożono mechanizmy rozwiązywania zagadnień etycznych. 3
Zespół ds. Etyki w swoich zadaniach nie obejmuje obszarów klinicznych, jedynie problemy natury interakcji personalnej. Działa w oparciu o powtarzalny corocznie plan pracy i o zgłaszane doraźnie problemy pracownicze.

ZO 10 Osoby zarządzające są przeszkolone w zakresie zarządzania jakością. 3
Kierownicy Oddziału Wewnętrznego, Oddziału Reumatologii nie posiadają dostatecznej wiedzy w zakresie zasadności prowadzenia analiz klinicznych wymaganych standardami. Nie znają zasad stosowania racjonalnej antybiotykoterapii.

ZO 11 Zarządzenia, plany i procedury są:

ZO 11.3 aktualizowane. 1
W niektórych zaktualizowanych w 2024 r. dokumentach zostały przywołane nieaktualne podstawy prawne np. SOP 3 - LA: przywołano nieaktualne Rozporządzenie MZ z dnia 7 listopada 2007 roku, akt uchylony 23.03.2017 roku. Podobnie w Receptariuszu przywołano Rozporządzenie MZ z dnia 18.04.2005 roku, które zostało uchylone w 2012 roku.

Zarządzanie Informacją

ZI 3 Dokumentacja medyczna jest zabezpieczona.

ZI 3.2 Archiwalna dokumentacja medyczna przechowywana jest w sposób bezpieczny. 1
W Archiwum w dniu wizytacji 24 st. C. Prowadzony rejestr temperatur wskazuje na przekroczenie dopuszczalnych temperatur - od listopada 2023 roku do czerwca 2024 roku - większość pomiarów wskazuje temperaturę 23- 24 st. C. Stwierdzono brak nadzoru nad dokumentacją archiwalną w zakresie przechowywania dokumentacji medycznej zawierającej dane dotyczące przetaczania krwi i jej składników - dokumentacja ta jest brakowana po 20 latach, a nie jak przewidują przepisy prawa po 30 latach.

ZI 4 Dokumentacja medyczna jest czytelna, kompletna i autoryzowana. 3
Poziom spełniania na podstawie analizy dokumentacji: 77%

ZI 5 W szpitalu wdrożono mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności oraz autoryzacji dokumentacji medycznej. 3
Prowadzona ocena dokumentacji medycznej nie obejmuje zawartości medycznej, nie ma przeglądu merytorycznego, obejmuje tylko zakres kompletności dokumentacji pod względem formalnym.

Zarządzanie Środowiskiem Opieki

SO 3 W szpitalu opracowano i wdrożono program zapobiegania wypadkom i urazom. 1
Przedstawiony dokument z dnia 21.06.2024 roku - opisany że dotyczy okresu od 01.01.2024 - 31.12.2025 nie obejmuje w swojej treści elementów wymaganych standardem. Nie przedstawiono poprzedniego dokumentu.

SO 4 W szpitalu opracowano i wdrożono zasady postępowania i przechowywania substancji i materiałów niebezpiecznych. 1
Przedstawiono tylko listę substancji niebezpiecznych stosowanych w Laboratorium.

SO 5 Sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana i sprawna we wszystkich obszarach pobytu pacjentów. 1
W toalecie Pracowni Rezonansu Magnetycznego oraz w toalecie przy gabinecie USG nie było sygnalizacji przyzywowej.

SO 6 W szpitalu opracowano plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala. 3

Przedstawiona Instrukcja dotyczyła jedynie postepowania przeciwpożarowego.

SO 7.1 Ćwiczebna symulacja na wypadek zdarzeń masowych i katastrof przeprowadzana jest corocznie. 1

Nie udokumentowano przeprowadzenia corocznej symulacji na wypadek zdarzeń masowych i katastrof.

SO 8 Szpital spełnia wymogi przeciwpożarowe. 3

Szpital realizuje zalecenia Państwowej Straży Pożarnej .

SO 9 Szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego:

SO 9.2 w wodę, 1

Szpital nie posiada systemu zasilania awaryjnego w wodę.

SO 13.2 Wszystkie odpady w szpitalu są transportowane i przechowywane zgodnie z przyjętymi zasadami. 3

W trakcie wizyty stwierdzono, że w magazynie odpadów medycznych brak stałego monitorowania temperatury, w zeszycie monitorowania temperatury brak zapisów w okresie lipiec 2023 - czerwiec 2024; pomieszczenie brudne w dniu wizyty.

Standardy nieoceniane

PP 8	Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na udział w eksperymencie medycznym. *W Szpitalu nie prowadzi się badań klinicznych.*

ZBIORCZE ZESTAWIENIE WYNIKÓW W DZIAŁACH

1 CO	Ciągłość Opieki	90%
2 PP	Prawa Pacjenta	93%
3 OS	Ocena Stanu Pacjenta	88%
4 OP	Opieka nad Pacjentem	68%
5 KZ	Kontrola Zakażeń	74%
6 ZA	Zabiegi i Znieczulenia	90%
7 FA	Farmakoterapia	68%
8 LA	Laboratorium	100%
9 DO	Diagnostyka Obrazowa	76%
10 OD	Odżywianie	83%
11 PJ	Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta	94%
12 ZO	Zarządzanie Ogólne	90%
13 ZZ	Zarządzanie Zasobami Ludzkimi	100%
14 ZI	Zarządzanie Informacją	86%
15 SO	Zarządzanie Środowiskiem Opieki	80%

Ocena punktowa spełniania standardów akredytacyjnych

	Ciągłość Opieki	**89.68 %**
CO 1	W szpitalu opracowano i wdrożono procedury przyjmowania pacjentów.	5
CO 2	W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania w sytuacjach szczególnych.	5
CO 3	W szpitalu opracowano i wdrożono zasady postępowania w przypadku specyficznych grup pacjentów.	5
CO 4	W szpitalu opracowano i wdrożono procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy.	1
CO 5	W szpitalu opracowano program współpracy ze służbami ratowniczymi.	5
CO 6	W szpitalu wdrożono standardowe procedury postępowania przy przyjęciu.	5
CO 7	W szpitalu określono sposób postępowania z pacjentem w przypadku odmowy przyjęcia.	5
CO 8	W szpitalu prowadzi się okresową analizę przyczyn odmów hospitalizacji.	5
CO 9	W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów.	
CO 9.1	W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów na zewnątrz szpitala.	5
CO 9.2	W szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów między oddziałami.	5
CO 10	W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę przekazywania pacjentów kolejnym zmianom.	5
CO 11	Wszyscy wypisani pacjenci otrzymują kartę informacyjną.	5
CO 12	W szpitalu prowadzi się programy edukacji zdrowotnej.	5
CO 13	Pacjenci i ich rodziny uzyskują wiedzę niezbędną do zrozumienia dalszego przebiegu leczenia i przystosowania do czynności ułatwiających życie codzienne.	5
	Prawa Pacjenta	**92.5%**
PP 1	Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach.	5
PP 2	Osoby zatrudnione w szpitalu znają prawa pacjenta.	5
PP 3	Pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia.	5
PP 4	Pacjenci mają prawo wglądu do własnej dokumentacji medycznej.	5
PP 5	Określono listę procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta.	5
PP 6	Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na wykonywane procedury.	5
PP 7	Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na przeprowadzenie znieczulenia.	5
~~PP 8~~	~~Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na udział w eksperymencie medycznym.~~	
PP 9	Szpital określił i wdrożył zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych.	5
PP 10	Krewni lub osoby wskazane przez pacjenta mogą uczestniczyć w procesie opieki.	5
PP 11	W przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, osoba upoważniona uzyskuje informacje na ten temat.	5
PP 12	Pacjenci i odwiedzający mają zapewnioną możliwość identyfikowania personelu szpitala.	5
PP 13	Opieka nad pacjentami jest sprawowana z zachowaniem zasad prywatności.	3

PP 14	Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin.	5
PP 15	Przymus bezpośredni jest stosowany zgodnie z obowiązującymi przepisami.	3
PP 16	Pacjentom zapewniono możliwość komunikacji z otoczeniem zewnętrznym.	5
PP 17	Pacjenci mają możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej.	5
PP 18	Szpital zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami obcojęzycznymi.	5
PP 19	Opracowano i wdrożono procedurę zabezpieczenia własności pacjentów.	5
PP 20	Informacja o ewentualnych kosztach związanych z hospitalizacją jest aktualna i łatwo dostępna.	5
	Ocena Stanu Pacjenta	**87.69 %**
OS 1	W szpitalu określono zakres wywiadu lekarskiego i badania fizykalnego.	5
OS 2	W szpitalu określono zakres oceny pielęgniarskiej.	5
OS 3	Pacjent jest badany bezpośrednio po przyjęciu do szpitala.	5
OS 4	W szpitalu określono zasady konsultowania pacjentów.	5
OS 5	Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera:	
OS 5.1	dane identyfikacyjne,	5
OS 5.2	wskazanie osób lub osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia,	5
OS 5.3	wyniki badania podmiotowego,	5
OS 5.4	ocenę stanu psychicznego pacjenta,	1
OS 5.5	ocenę stanu społecznego pacjenta,	3
OS 5.6	wyniki badania przedmiotowego,	1
OS 5.7	ocenę potrzeb żywieniowych każdego pacjenta,	3
OS 5.8	rozpoznanie,	5
OS 5.9	codzienną ocenę lekarską,	5
OS 5.10	ocenę pielęgniarską,	5
OS 5.11	zapis określający lekarza odpowiadającego za opiekę nad pacjentem,	5
OS 5.12	epikryzę ustaloną w czasie wypisu,	5
OS 5.13	zalecenia końcowe,	5
	Opieka nad Pacjentem	**67.5%**
OP 1	Każdy pacjent ma opracowany plan opieki.	5
OP 1.1	Plan opieki jest modyfikowany w zależności od potrzeb.	1
OP 2	W szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania (SOP).	
OP 2.1	W każdym oddziale funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania.	1
OP 2.2	W szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia.	1
OP 3	Pracownicy szpitala są szkoleni w resuscytacji krążeniowo-oddechowej.	5
OP 4	W szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia.	5
OP 4.1	Leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki.	3
OP 4.2	Sprzęt używany w stanach nagłego zagrożenia życia jest łatwo dostępny w miejscach świadczenia opieki medycznej.	5
OP 5	W szpitalu prowadzona jest analiza częstości i skuteczności podjętych czynności	5

	reanimacyjnych.	
OP 6	W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu.	3
	Kontrola Zakażeń	**74.44 %**
KZ 1	W szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń. Redukowanie ryzyka zakażeń obejmuje:	
KZ 1.1	efektywne funkcjonowanie zespołu i komitetu ds. kontroli zakażeń,	3
KZ 1.2	mycie i dezynfekcję rąk,	3
KZ 1.3	sprzątanie i dekontaminację pomieszczeń szpitalnych,	5
KZ 1.4	mycie i dekontaminację sprzętu użytkowego,	5
KZ 1.5	mycie, dezynfekcję i sterylizację sprzętu medycznego,	5
KZ 1.6	postępowanie z bielizną szpitalną,	5
KZ 1.7	stosowanie środków ochrony osobistej,	5
KZ 1.8	szczepienia personelu,	3
KZ 1.9	postępowanie po ekspozycji zawodowej,	5
KZ 1.10	izolację chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia,	5
KZ 1.11	identyfikację i wygaszanie ogniska epidemicznego.	5
KZ 2	W szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń.	1
KZ 2.1	W szpitalu przyjęto kryteria rozpoznawania zakażeń.	5
KZ 2.2	W szpitalu prowadzona jest walidacja danych o zakażeniach.	1
KZ 3	W szpitalu prowadzona jest analiza dotycząca szczepów wieloopornych.	5
KZ 4	Kierownictwo i personel szpitala regularnie zapoznają się z wynikami monitorowania zakażeń.	3
KZ 5	Personel systematycznie uczestniczy w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych.	3
KZ 6	W szpitalu wdrożono program racjonalnej polityki antybiotykowej.	1
KZ 7	W szpitalu wdrożono antybiotykową profilaktykę okołozabiegową.	3
	Zabiegi i Znieczulenia	**90.48 %**
ZA 1	Przed zabiegiem oceniane jest ryzyko związane z zabiegiem i znieczuleniem.	1
ZA 2	Przed znieczuleniem ogólnym lub regionalnym pacjent jest badany przez anestezjologa.	5
ZA 3	Operator kwalifikuje i proponuje sposób przeprowadzenia zabiegu.	3
ZA 4	Przed zabiegiem i znieczuleniem stosuje się kontrolną kartę czynności.	5
ZA 5	Sprzęt używany do znieczulania i zabiegów jest systematycznie sprawdzany.	5
ZA 6	W sali operacyjnej znajduje się system zabezpieczający pracowników przed działaniem wziewnych środków znieczulających.	5
ZA 7	Parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w trakcie trwania zabiegu.	5
ZA 8	Anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu.	5
ZA 9	Szpital posiada salę wybudzeń z odpowiednio wyszkolonym personelem.	5
ZA 10	W szpitalu określono odpowiedzialność za opiekę pooperacyjną.	5
ZA 11	Raport z przebiegu operacji zawiera:	
ZA 11.1	nazwiska zespołu operującego,	5
ZA 11.2	nazwiska osób znieczulających	5

ZA 11.3	opis wykonanego zabiegu,	5
ZA 11.4	informacje o pobranym materiale,	5
ZA 11.5	rozpoznanie pooperacyjne.	5
ZA 12	Przebieg i skutki zabiegów są analizowane.	
ZA 12.1	Przebieg i skutki wykonywanych znieczuleń są analizowane.	5
ZA 12.2	Skutki zabiegów zaobserwowane w trakcie hospitalizacji, są analizowane.	5
ZA 12.3	Odległe skutki wykonywanych zabiegów są analizowane.	5
ZA 13	W sali operacyjnej istnieje funkcjonalny system zapewniający komfort termiczny i czystość mikrobiologiczną powietrza.	5
	Farmakoterapia	**67.74 %**
FA 1	Szpital posiada receptariusz szpitalny.	5
FA 2	Określono zasady stosowania leków spoza receptariusza.	5
FA 3	Określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym.	5
FA 4	Zlecanie leków jest dokumentowane.	1
FA 5	W szpitalu określono zasady podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego.	5
FA 6	W szpitalu funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków.	5
FA 7	W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach.	5
FA 8	Leki są przygotowywane i podawane z zachowaniem zasad bezpieczeństwa.	3
FA 9	W szpitalu opracowano system oznakowania przygotowanych leków.	5
FA 10	W szpitalu opracowano procedurę stosowania preparatów krwiopochodnych.	5
FA 11	Niepożądane działania stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych są dokumentowane.	1
FA 12	W szpitalu wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi.	3
FA 13	W szpitalu funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii.	1
	Laboratorium	**100%**
LA 1	W szpitalu opracowano procedury postępowania z materiałem do badań.	
LA 1.1	W szpitalu funkcjonują procedury pobierania i transportu materiału do badań.	5
LA 1.2	W szpitalu funkcjonują procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań.	5
LA 2	W szpitalu prowadzi się ocenę błędów przedlaboratoryjnych.	5
LA 3	W szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych.	5
LA 4	W laboratorium prowadzona jest kontrola jakości wykonywanych oznaczeń.	
LA 4.1	Laboratorium prowadzi wewnętrzną kontrolę poprawności oznaczeń.	5
LA 4.2	Laboratoria uczestniczą w zewnętrznym programie kontroli jakości oznaczeń.	5
LA 5	Laboratorium wyznaczyło wartości błędów dopuszczalnych i opracowało procedurę działań naprawczych przy przekroczeniu dopuszczalnego zakresu błędu.	5
LA 6	W szpitalu nadzoruje się jakość badań laboratoryjnych zlecanych na zewnątrz.	5
LA 7	Wydawane wyniki badań laboratoryjnych zawierają informacje istotne dla procesu opieki.	5
LA 8	W szpitalu wdrożono procedurę sprawdzania krwi, poza bankiem krwi, przed transfuzją.	5

	Diagnostyka Obrazowa	**76.47 %**
DO 1	W pracowni określono sposoby postępowania z pacjentem.	5
DO 2	Pacjenci mają zapewnioną ochronę radiologiczną.	5
DO 3	Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych.	5
DO 4	Personel szpitala ma zapewnioną ochronę radiologiczną.	5
DO 5	Personel narażony na działanie promieniowania jonizującego stosuje indywidualne dozymetry.	5
DO 6	W szpitalu regularnie wykonuje się podstawowe testy kontroli jakości.	5
DO 7	W pracowniach wykonuje się analizę badań powtórzonych.	5
DO 8	W szpitalu zapewniono konsultacje radiologiczno-kliniczne.	1
DO 9	Szpital zapewnia konsultacje wyników badań obrazowych w ośrodkach referencyjnych.	1
	Odżywianie	**82.86 %**
OD 1	W szpitalu stosuje się różne sposoby terapii żywieniowej.	5
OD 1.1	W szpitalu opracowano diety.	5
OD 2	Posiłki przygotowywane są zgodnie z zasadami higieny i bezpieczeństwa.	5
OD 3	Posiłki są dystrybuowane i podawane w sposób bezpieczny i higieniczny.	5
OD 4	W szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów.	5
OD 5	Pacjenci otrzymują informację na temat żywienia w okresie poszpitalnym.	1
	Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta	**94.15 %**
PJ 1	W szpitalu opracowano program działań dla poprawy jakości.	5
PJ 1.1	Program działań dla poprawy jakości jest weryfikowany przynajmniej raz w roku.	5
PJ 1.2	W szpitalu funkcjonuje zespół ds. jakości.	5
PJ 2	W szpitalu dokonuje się regularnej analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją.	
PJ 2.1	W szpitalu regularnie analizuje się przyczyny przedłużonego pobytu pacjentów.	5
PJ 2.2	W szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów pacjentów.	5
PJ 2.3	W szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów okołooperacyjnych.	5
PJ 2.4	W szpitalu regularnie analizuje się nieplanowane, powtórne hospitalizacje.	5
PJ 2.5	W szpitalu regularnie analizuje się reoperacje.	5
PJ 3	W szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów.	5
PJ 4	Wyniki monitorowania jakości są wykorzystywane do poprawy pracy szpitala.	
PJ 4.1	W oparciu o dane uzyskane z monitorowania jakości w szpitalu prowadzone są projekty poprawy.	5
PJ 4.2	W szpitalu ocenia się efekty wprowadzonych zmian.	5
PJ 5	Bezpieczeństwo Pacjenta	
PJ 5.1	W szpitalu identyfikuje się i gromadzi dane na temat zdarzeń niepożądanych.	5
PJ 5.2	W szpitalu analizuje się zdarzenia niepożądane dotyczące pobytu pacjentów.	5
PJ 5.3	W szpitalu wykorzystuje się wnioski z przeprowadzonych analiz zdarzeń niepożądanych.	5
PJ 6	W szpitalu wdrożono standardy profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej u	1

	pacjentów.	
	Zarządzanie Ogólne	**89.57 %**
ZO 1	Szpital ma zdefiniowaną misję.	5
ZO 2	W szpitalu określono szczegółowy zakres odpowiedzialności pracowników niezbędnych dla sprawnego i skutecznego zarządzania organizacją.	5
ZO 3	Każdy dział ma wyznaczoną przez dyrekcję osobę, która jest odpowiedzialna za jego organizację i zarządzanie.	5
ZO 4	Szpital posiada aktualny schemat organizacyjny.	5
ZO 5	Dyrekcja wspiera i promuje zarządzanie przez jakość i działania dla poprawy jakości opieki.	5
ZO 6	Szpital posiada plan strategiczny.	5
ZO 7	Plan strategiczny jest cyklicznie aktualizowany.	5
ZO 8	W szpitalu wdrożono mechanizmy rozwiązywania zagadnień etycznych.	3
ZO 9	Szpital określił zakres usług świadczonych w poszczególnych działach.	5
ZO 10	Osoby zarządzające są przeszkolone w zakresie zarządzania jakością.	3
ZO 11	Zarządzenia, plany i procedury są:	
ZO 11.1	przechowywane w katalogu, który jest łatwo dostępny,	5
ZO 11.2	autoryzowane - datowane i podpisane,	5
ZO 11.3	aktualizowane.	1
	Zarządzanie Zasobami Ludzkimi	**100%**
ZZ 1	W szpitalu funkcjonuje plan zatrudnienia.	5
ZZ 1.1	Liczba i kwalifikacje personelu pozwalają na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami.	5
ZZ 1.2	Kierownictwo określiło pożądane kwalifikacje i inne wymagania dla wszystkich stanowisk pracy.	5
ZZ 2	Wszystkie osoby udzielające świadczeń zdrowotnych pacjentom mają prawo wykonywania zawodu, a szpital posiada na to dowód.	5
ZZ 3	Świadczenia zdrowotne są udzielane przez osoby o udokumentowanych kwalifikacjach, odpowiednich do wykonywanych czynności.	5
ZZ 4	W szpitalu jest opracowany i realizowany program adaptacji zawodowej dla osób nowo zatrudnionych.	
ZZ 4.1	Program adaptacji zapewnia osobom nowo zatrudnionym informacje o szpitalu oraz szkolenie z zakresu specyfiki pracy.	5
ZZ 4.2	Wszyscy nowo zatrudnieni uczestniczą w programie adaptacji zakończonym oceną.	5
ZZ 5	W szpitalu realizowana jest polityka stałego podnoszenia kwalifikacji osób zatrudnionych.	
ZZ 5.1	W szpitalu określono potrzeby edukacyjne poszczególnych grup zawodowych.	5
ZZ 5.2	Szpital posiada plan szkoleń dla osób zatrudnionych.	5
ZZ 5.3	Plan szkoleń uwzględnia tematykę zarządzania jakością.	5
ZZ 5.4	Szpital zapewnia środki na szkolenia.	5
ZZ 5.5	Plan szkoleń jest realizowany.	5
ZZ 6	W szpitalu prowadzi się ocenę kwalifikacji i aktywności zawodowej personelu.	
ZZ 6.1	Wszyscy zatrudnieni są poddawani ocenie.	5
ZZ 6.2	Kierownictwo szpitala wykorzystuje wnioski wynikające z oceny personelu.	5

ZZ 7	Osoby zatrudnione w szpitalu mają ustalone zakresy obowiązków.	5
ZZ 8	W szpitalu opracowano system zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych.	5
ZZ 9	W szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu.	5
	Zarządzanie Informacją	**86%**
ZI 1	W szpitalu opracowano system gromadzenia danych i przetwarzania informacji.	5
ZI 1.1	Szpital określił osoby odpowiedzialne za bezpieczeństwo informacji na terenie jednostki.	5
ZI 1.2	Szpital określił zasady dostępu do sieci rozleglej dla pracowników i pacjentów szpitala.	5
ZI 1.3	Szpital określił zasady dostępu do zewnętrznych medycznych baz danych dla pracowników medycznych.	5
ZI 2	Szpital określił zasady bezpieczeństwa dotyczące informacji medycznej, w tym sposób postępowania w sytuacjach krytycznych.	5
ZI 3	Dokumentacja medyczna jest zabezpieczona.	
ZI 3.1	Wersja papierowa dokumentacji medycznej jest zabezpieczona.	5
ZI 3.2	Archiwalna dokumentacja medyczna przechowywana jest w sposób bezpieczny.	1
ZI 3.3	Archiwalna dokumentacja medyczna jest dostępna.	5
ZI 3.4	Zasady dokonywania wpisów i autoryzacja dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej są określone.	5
ZI 3.5	Wersja elektroniczna dokumentacji medycznej jest zabezpieczona.	5
ZI 4	Dokumentacja medyczna jest czytelna, kompletna i autoryzowana.	3
ZI 5	W szpitalu wdrożono mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności oraz autoryzacji dokumentacji medycznej.	3
ZI 6	W szpitalu opracowano procedurę komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie.	5
	Zarządzanie Środowiskiem Opieki	**80%**
SO 1	W szpitalu określono istniejące uchybienia budowlane i opracowano plan ich likwidacji.	5
SO 2	Infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych.	5
SO 3	W szpitalu opracowano i wdrożono program zapobiegania wypadkom i urazom.	1
SO 4	W szpitalu opracowano i wdrożono zasady postępowania i przechowywania substancji i materiałów niebezpiecznych.	1
SO 5	Sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana i sprawna we wszystkich obszarach pobytu pacjentów.	1
SO 6	W szpitalu opracowano plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala.	3
SO 7	Ćwiczebna ewakuacja na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala przeprowadzana jest corocznie.	5
SO 7.1	Ćwiczebna symulacja na wypadek zdarzeń masowych i katastrof przeprowadzana jest corocznie.	1
SO 8	Szpital spełnia wymogi przeciwpożarowe.	3
SO 9	Szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego:	
SO 9.1	w energię elektryczną,	5
SO 9.2	w wodę,	1
SO 9.3	w gazy medyczne,	5

SO 10	Systemy zabezpieczenia awaryjnego są regularnie sprawdzane.	5
SO 11	W szpitalu opracowano plan zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych.	5
SO 11.1	Urządzenia medyczne są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy.	5
SO 12	Personel jest przeszkolony na temat zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu i urządzeń do pracy.	5
SO 13	Szpital posiada politykę dotyczącą odpadów, obejmującą segregację, transport, przechowywanie i utylizację.	5
SO 13.1	Wszystkie odpady w szpitalu są segregowane zgodnie z przyjętymi zasadami.	5
SO 13.2	Wszystkie odpady w szpitalu są transportowane i przechowywane zgodnie z przyjętymi zasadami.	3
SO 13.3	Wszystkie odpady w szpitalu są utylizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami.	5
SO 14	Szpital przestrzega wymagań związanych z powierzchnią sal chorych.	5
SO 15	Pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.	5
SO 16	Szpital posiada funkcjonalny system orientacji przestrzennej.	5
SO 17	Dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć są dogodne i dobrze oznakowane.	5
SO 18	Wyroby medyczne stosowane w szpitalu są serwisowane zgodnie z zaleceniami producenta.	5
SO 19	Wyroby medyczne stosowane w szpitalu posiadają dokumentację serwisową.	5