	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA **BO 8.1**	WYDANIE: 1.0 DATA WYDANIA: 01.01.2024 DATA OBOWIĄZYWANIA: 01.01.2024
Sporządził: Marcel Lipowicz	**Przychodnia MILOWICE Sp. z o.o.**	Zatwierdził: Dariusz Skłodowski

WSTĘP

W Przychodnia MILOWICE Sp. z o.o. został wdrożony i jest 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

Celem wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta jest 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.

Reporting and Learning System (RLS) – system raportowania i uczenia się. System raportowania powinien być dobrowolny i poufny, może być systemem niezależnym lub zintegrowanym z systemem rejestracji skarg i wniosków czy roszczeń pacjentów.

Safety Assessment Code (SAC) – matryca kodów oceny bezpieczeństwa. Analiza przyczyn źródłowych - proces wyjaśniania przyczyn wystąpienia zdarzenia niepożądanego oraz okoliczności, których wystąpienie mogło mieć wpływ na jego wystąpienie.

Rodzaje zdarzeń niepożądanych:

➢ **Dotyczących rejestracji medycznej pacjenta:**

• pomylona tożsamość pacjenta (np. błędna karta, rejestracja nie tej osoby),
• ujawnienie danych osobowych osobom nieupoważnionym (RODO),
• niezarejestrowanie pacjenta / utrata terminu wizyty,
• nieprawidłowe skierowanie pacjenta (zły lekarz, oddział, zakres usług),
• zbyt późne skierowanie pacjenta do szpitala
• konflikt lub agresja słowna pacjenta (skarga, krzyk, pretensje),
• błąd przy wprowadzaniu danych do systemu (np. numer PESEL, telefon, dane ubezpieczenia),
• awaria systemu rejestracji / brak dostępu do eWUŚ / systemów e-zdrowie,
• wydanie dokumentacji medycznej osobie nieuprawnionej.

➢ **Dotyczących urządzeń medycznych, wyposażenia (interfejsy informacyjne i wykonawcze):**

• usterka / awaria wyrobu medycznego podczas użycia (np. defibrylator, pompa infuzyjna),
• uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu,
• zastosowanie niewłaściwego wyrobu medycznego (np. zła wielkość cewnika, złe elektrody),
• zastosowanie wyrobu medycznego po terminie ważności,
• uszkodzenie mechaniczne wyrobu jednorazowego (np. pęknięty dren, igła, cewnik),
• błąd personelu w obsłudze wyrobu (np. nieprawidłowe ustawienia, brak wiedzy),

➢ **Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego:**
• niewłaściwa klasyfikacja do zabiegu,
• nieprawidłowe wykonanie zabiegu medycznego, uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej,
• mylna identyfikacja miejsca zabiegowego,
• brak zastępstwa,
• brak personelu o odpowiednich kwalifikacjach.
➢ **Związanych z leczeniem i badaniami diagnostycznymi:**
• **w obszarze: gabinet lekarski:**
- nagłe pogorszenie stanu zdrowia pacjenta (np. zasłabnięcie, utrata przytomności),
- reakcja anafilaktyczna (np. po podaniu leku lub szczepionki),
- błąd w podaniu leku / pomyłka lekarska,
- uraz pacjenta w gabinecie (np. upadek, poślizgnięcie się),
- zgubienie / naruszenie dokumentacji medycznej pacjenta,
- zakażenie po zabiegu ambulatoryjny,
- zdarzenie z udziałem personelu (np. zakłucie igłą, kontakt z materiałem zakaźnym),
- niezgodność administracyjna (np. pomyłka w danych pacjenta, nieprawidłowe skierowanie),
- agresja pacjenta lub osoby trzeciej,
- nieuzasadnione oczekiwania pacjenta (roszczenia, żądania bez podstawy medycznej).
• **w obszarze: gabinet pielęgniarski i gabinetu zabiegowego**
- omdlenie / zasłabnięcie pacjenta podczas lub po zabiegu,
- reakcja alergiczna lub anafilaktyczna po leku lub środku dezynfekującym,
- zakłucie się igłą lub ostrym narzędziem (ekspozycja zawodowa),
- pomyłka leku lub jego dawki,
- zanieczyszczenie lub skażenie pola zabiegowego / materiałów sterylnych,
- utrata przytomności / nagłe zatrzymanie krążenia (NZK),
- upadek pacjenta w gabinecie,
- skarga pacjenta / sytuacja konfliktowa.
- pomylenie dokumentacji pacjenta (np. etykiety, karty szczepień),
- wydanie dokumentacji / skierowania nieuprawnionej osobie.
- nieprawidłowe pobranie, przygotowanie lub przechowywanie materiału biologicznego
nieprawidłowa informacja przekazana pacjentowi, w szczególności o przygotowaniu do badania, terminie wizyty, postępowaniu w przypadku choroby zakaźnej
• **w obszarze: laboratorium:**
- pobranie próbki od niewłaściwego pacjenta,
- zły opis próbki (błąd etykiety, brak danych, nieczytelność),
- uszkodzenie próbki (np. hemoliza, skrzep, wyciek, niewłaściwe przechowywanie),
- utrata próbki (np. zgubienie, wylanie, pomylenie w transporcie),
- błąd przy wprowadzaniu wyników (np. pomylenie pacjenta, parametru, zakresu),
- zakłucie igłą lub kontakt z materiałem zakaźnym (ekspozycja zawodowa),
- awaria aparatu diagnostycznego,
- niezgodność między wynikiem a stanem klinicznym pacjenta (wynik „podejrzany").
• **w obszarze: zakład diagnostyki obrazowej:**
- niewłaściwa identyfikacja pacjenta (np. wykonanie badania u innej osoby),
- niewłaściwe badanie (np. wykonanie RTG zamiast USG),
- uraz pacjenta w pracowni (np. upadek ze stołu, potknięcie),
- błędna technika badania,
- awaria aparatu RTG,
- nagłe pogorszenie stanu pacjenta w trakcie badania,
- skarga pacjenta na przebieg badania lub zachowanie personelu.
• **w obszarze: gabinet fizjoterapii/rehabilitacji:**
- omdlenie lub zasłabnięcie pacjenta podczas ćwiczeń lub zabiegu,
- nagły ból lub pogorszenie stanu zdrowia pacjenta w trakcie terapii,
- upadek pacjenta podczas ćwiczeń / zmiany pozycji / na Sali,
- oparzenie lub podrażnienie skóry po zabiegach fizykalnych (np. prądy, laser, krioterapia),
- reakcja alergiczna na środki stosowane w terapii (żele, plastry, elektrody, taśmy),
- zakłucie, skaleczenie lub kontakt personelu z krwią / płynami ustrojowymi
- uszkodzenie sprzętu terapeutycznego w trakcie użycia,
- błąd w realizacji zaleceń lekarskich (np. niewłaściwa procedura lub dawka ćwiczeń).
➢ **Związanych z pomyłką 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,

➢ **Związanych z opieką nad pacjentem:**

• mylną identyfikacją pacjenta,
• mylną identyfikacją procedury,
• niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,
• zgubienie lub wymiana dokumentacji medycznej między pacjentami,
• reakcja anafilaktyczna / wstrząs podczas pobytu w przychodni/ zabiegu,
• utrata lub niewłaściwe przechowywanie wyników badań / opóźnienie w przekazaniu wyników
• przemoc lub agresja fizyczna / słowna wobec pacjenta.

➢ **Związanych ze zdarzeniami niespodziewanymi:**

• próbę samobójczą,
• upadek pacjenta w placówce,
• nagłe pogorszenie się stanu zdrowia, np. omdlenie, drgawki, zadławienie ciałem obcym, napad astmy, ból klatki piersiowej, hipoglikemia,
• korzystanie pacjenta z używek i środków odurzających na terenie placówki,
• zgon pacjenta.

➢ **Związanych z nieprzestrzeganiem procedur:**

• udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej,
• nieprzestrzeganie wewnętrznych procedur, standardów i regulaminów,
• inne.

➢ **Związanych ze stanem sanitarno - higienicznym:**

• stwierdzenie braku czystości / braku porządku w pomieszczeniu medycznym
• wykrycie braku środków higieny (np. brak mydła, ręczników, środków dezynfekcyjnych),
• skażenie biologiczne powierzchni (np. krew, płyn ustrojowy, wymiociny),
• niewłaściwa segregacja odpadów medycznych / nieprawidłowy transport odpadów,
• brak / nieprawidłowe stosowanie środków ochrony osobistej przez personel,
• niewłaściwa dezynfekcja sprzętu medycznego / powierzchni roboczych,
• nieprzyjemny zapach / podejrzenie zaniedbań higienicznych (np. w sanitariatach, kuchni, brudowniku),
• brak przeprowadzania dezynfekcji rąk / brak dostępnych punktów dezynfekcyjnych.

➢ **Dotyczących organizacji pracy i zarządzania (normalizacji):**

• brak normalizacji urządzeń, nazewnictwa, procedur, instalacji,
• dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień (bez prawa do wykonywania zawodu medycznego),
• niewłaściwa identyfikacja pacjenta,
• nieprawidłowa komunikacja,
• inne.

➢ **Związanych z prowadzeniem i udostępnianiem dokumentacji medycznej:**

• przeprowadzenie zabiegu bez podpisania świadomej zgody pacjenta na zabieg,
• udostępnienie dokumentacji medycznej osobie nieupoważnionej,
• niekompletna dokumentacja medyczna,
• nieprawidłowo zabezpieczona dokumentacja medyczna,
• utrata / zagubienie dokumentacji medycznej pacjenta,
• błąd w wpisie w dokumentacji medycznej (np. zła data, nazwisko, lek),
• udostępnienie dokumentacji osobie upoważnionej (naruszenie RODO),
• odmowa wydania dokumentacji pacjentowi lub opóźnienie jej udostępnienia,
• nieczytelny, niekompletny lub niepodpisany wpis w dokumentacji,
• zmiana dokumentacji po czasie / manipulacja wpisem bez adnotacji,
• brak dokumentacji z istotnych czynności medycznych (np. brak zgody na zabieg, brak epikryzy),
• udostępnienie błędnej dokumentacji (np. pomylenie pacjentów).

➢ **Związanych z przestrzeganiem prawa pacjenta:**

• brak uzyskania świadomej zgody pacjenta na zabieg / badanie,
• udostępnienie dokumentacji medycznej osobie nieupoważnionej,
• naruszenie prawa pacjenta do intymności i godności (np. podczas zabiegu, badania),
• odmowa udzielenia świadczenia bez uzasadnionej przyczyny,
• ograniczenie kontaktów z rodziną (bez podstawy epidemicznej lub decyzji lekarza),

• brak informacji o stanie zdrowia lub leczeniu,
• skarga pacjenta dotycząca naruszenia jego praw,
• brak poszanowania woli pacjenta (np. odmowy leczenia, przekonań religijnych).
➢ **Związanych z dostępnością dla osób niepełnosprawnych:**
• brak możliwości dostania się do budynku / gabinetu (np. brak podjazdu, niedziałająca winda),
• brak możliwości skorzystania z toalety przez osobę z niepełnosprawnością ruchową,
• brak możliwości skorzystania z usług przez osobę z niepełnosprawnością słuchu / wzroku / intelektualną,
• brak możliwości uzyskania pomocy przy poruszaniu się po placówce,
• skarga pacjenta z niepełnosprawnością na dyskryminujące zachowanie personelu,
• inne.
➢ **Związanych z leczeniem i badaniami diagnostycznymi:**
• błędną diagnozę z uwagi na:
○ mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych,
○ mylny opis badań radiologicznych,

3. Odpowiedzialność

Za prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością odpowiada Prezes Przychodnia MILOWICE Sp. z o.o. zwany dalej Kierownikiem podmiotu, zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692). Kierownik podmiotu realizuje obowiązki poprzez przewodniczenie Zespołowi ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta. Zespół ds. Jakości monitoruje zdarzenia niepożądane. W ramach pracy Kierownika podmiotu podejmowane są prace mające na celu realizację założeń wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, w tym aktualizacje dokumentacji wewnętrznej w postaci procedur postępowania, standardowych opisów postępowania oraz innej dokumentacji wewnętrznego systemu. 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.
Każdy pracownik w Karcie Opisu Stanowiska ma wpisaną odpowiedzialność za działanie zgodnie z wewnętrznym systemem zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta, jako stosowanie się do procedur wewnętrznych jednostki.

4. Sposób postępowania

Reporting and Learning System (RLS) – system raportowania i uczenia się. Według RLS podejście do bezpieczeństwa i jakości w opiece zdrowotnej polega na **identyfikacji ryzyka** systemowego (czyli na każdym etapie świadczenia usług zdrowotnych), na które narażeni są pacjenci, **ograniczaniu ryzyka i poprawianiu wyników pacjentów** poprzez **wdrażanie systemów zarządzania ryzykiem**.
Tryb postępowania:
1. Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego. `
2. Rejestracja i gromadzenie szczegółowych danych i informacji o zdarzeniu.
3. Mapowanie, identyfikacja i klasyfikacja zdarzenia niepożądanego na podstawie kart zgłoszeń.
4. Analiza przyczyn źródłowych.
5. Ustalenie przyczyn źródłowych zdarzenia, wyciągnięcie wniosków.
6. Zalecenia i raport.
7. Przekazanie informacji personelowi medycznemu i pozostałym pracownikom.

RLS nie może służyć identyfikacji i stygmatyzacji osób, które brały udział w zdarzeniu.
System ma być poufny i dobrowolny. Zasady działania systemu RLS:
1. Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego (na formularzu zgłoszenia zdarzenia niepożądanego – załącznik nr 3), analiza przyczyn źródłowych, ocena zdarzenia i kwalifikacja nie mogą 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.
2. Dane zgłaszającego zdarzenie powinno pozostać do wyłącznej wiadomości osoby odpowiedzialnej za raportowanie, zgłaszający może też pozostać osobą całkowicie anonimową, bez ujawnienia swoich danych.
3. Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych powinno być nastawione na szukanie działań naprawczych, bez personalizacji i szukania osób odpowiedzialnych.
4. Osoba upoważniona przez Kierownika podmiotu, po otrzymaniu zgłoszenia zdarzenia niepożądanego rejestruje zgłoszenie, zbiera informacje o jego okolicznościach, uczestnikach, przeprowadza wstępną analizę, formułuje wnioski, **identyfikuje ryzyko** (załącznik nr 1) i zawiadamia Kierownika Podmiotu.
5. Na podstawie zgłoszenia zostają wyciągnięte wnioski oraz formułuje się zalecenia o podjęciu konkretnych działań na rzecz zapobieżenia ponownemu wystąpieniu nieprawidłowości (załącznik nr 4).
6. Wyciągnięcie wniosków odbywa się bez orzekania o winie. Raport zatwierdza Kierownik Podmiotu.

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

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

Matryca oceny bezpieczeństwa SAC		Ciężkość zdarzenia			
		Bardzo ciężkie	Ciężkie	Umiarkowane	Lekki
Prawdopodobieństwo	Częste	**3**	**3**	**2**	**1**
	Sporadyczne	**3**	**2**	**1**	**1**
	Rzadkie	**3**	**2**	**1**	**1**
	Bardzo rzadkie	**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 – wymaga natychmiastowego działania,

• **2 punkty – średnie ryzyko** – zdarzenie niepożądane ciężkie i sporadyczne albo rzadkie lub bardzo rzadkie oraz zdarzenia umiarkowane i częste – działanie może zostać przesunięte w czasie, ale wymaga stałego monitorowania,

• **1 punkt – małe ryzyko** – zdarzenie niepożądane umiarkowane i sporadyczne albo rzadkie albo bardzo rzadkie oraz zdarzenia lekkie – działania podejmowane w zależności od wymaganych nakładów, ale wymaga okresowego monitorowania.

Zdarzenia niepożądane ocenia się pod względem stopnia ciężkości według poniższych kryteriów:

• zdarzenie **bardzo ciężkie** obejmuje:

1. zgon albo
2. 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;

• zdarzenie **ciężkie** obejmuje:

1. znaczne uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, skutkujące czasowym ograniczeniem funkcji czuciowej, ruchowej, fizjologicznej lub intelektualnej, niezwiązane z podstawowym schorzeniem lub stanem zdrowia pacjenta lub
2. przeniesienie na oddział intensywnej terapii, stacji dializ lub oddział albo salę intensywnego nadzoru, lub
3. konieczność zastosowania interwencji chirurgicznej;

• zdarzenie **umiarkowane** obejmuje:

1. przedłużony czas pobytu w podmiocie leczniczym lub pogorszenie stanu zdrowia pacjenta skutkujące koniecznością przeniesienia na wyższy poziom opieki;

• zdarzenie **lekkie** obejmuje zdarzenia inne niż określone w zdarzeniu bardzo ciężkim, ciężkim i umiarkowanym, nie powodujące uszczerbku na zdrowiu.

Zdarzenia niepożądane ocenia się według stopnia prawdopodobieństwa ich wystąpienia jako:

1. **częste -** zdarzenie prawdopodobnie wystąpi kilka razy w ciągu roku,
2. **sporadyczne -** zdarzenie prawdopodobnie wystąpi raz lub dwa razy w roku,

3. **rzadkie -** możliwe, że zdarzenie wystąpi raz na dwa lata,
4. **bardzo rzadkie -** bardzo małe prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, rzadziej niż raz na dwa lata.

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

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

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

a) Kierownik podmiotu jest odpowiedzialny za monitorowanie realizacji wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta, za reagowanie na sygnały naruszenia oraz zaproponowanie zmian w ww. systemie.

b) Kierownik przeprowadza wśród personelu, co najmniej raz na 12 miesięcy, ankietę monitorującą poziom realizacji wewnętrznego systemu zarządzania jakością (załącznik nr 2).

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

d) Z wyników monitorowania oraz oceny jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń powstaje dokument – ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, który jest zatwierdzony przez Kierownika podmiotu.

8. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych

a) Monitorowanie zdarzeń niepożądanych odbywa się zgodnie z procedurą.

b) Nadzór nad monitorowaniem zdarzeń niepożądanych, w tym analizę roczną prowadzi Kierownik podmiotu.

c) Za analizę zdarzeń niepożądanych związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej odpowiada Zespół powołany przez Kierownika podmiotu.

d) Kierownik podmiotu odpowiada za:

• Prowadzenie rejestru zdarzeń niepożądanych
• Ocenę istotności zdarzenia niepożądanego
• Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego związanego z istotnym i trwałym uszczerbkiem na zdrowiu lub zgonem pacjenta

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

W Przychodnia MILOWICE Sp. z o.o. odbywają się szkolenia wstępne dla wszystkich nowo zatrudnionych i rozpoczynających współpracę. Za realizację szkoleń odpowiada Kierownik podmiotu, który może wyznaczyć osobę prowadzącą szkolenia.

10. Prowadzenie badania opinii i doświadczeń pacjentów

W Przychodnia MILOWICE Sp. z o.o. prowadzone są badania opinii i doświadczeń pacjentów w formie ankiety papierowej i elektronicznej. Ankieta jest anonimowa. Wyniki badania opinii i doświadczeń pacjentów są analizowane następnie formułowane są wnioski.

11. Analiza ryzyka i zarządzanie nim:

Analiza ryzyka jest opracowywana w oparciu o analizę przyczyn źródłowych na podstawie otrzymanych kart zdarzenia niepożądanego.

Karty mogą wpływać do placówki medycznej:

- na **formularzu papierowym**, którego wzór znajduje się na tablica ogłoszeń, a wydrukowane formularze znajdują się w rejestracji. Wypełnione formularze można przekazać pracownikom Przychodnia MILOWICE Sp. z o.o. lub
- za pomocą **formularza pobranego ze strony internetowej** i przesłanego drogą pocztową na adres ul. Baczyńskiego 14c, 41-203 Sosnowiec, lub e-mail: **zozmilowice@poczta.onet.pl**

12. Wejście w życie

Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta wchodzi w życie z dniem: **01.07.2024r**

Za udostępnienie aktualnej wersji WSZJiBP odpowiada Kierownik podmiotu.

Personel potwierdza zapoznanie się z treścią WSZJiBP własnoręcznym podpisem.

Imię Nazwisko	Podpis

Załącznik nr 1 do Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem

Formularz do oceny ryzyka

L.p	Ryzyko	Prawdopodobieństwo wystąpienia (wg matrycy oceny bezpieczeństwa SAC)	Ciężkość zdarzenia (wg matrycy oceny bezpieczeństwa SAC)	Poziom ryzyka (wg kategorii ryzyka)	Uwagi i propozycje działań naprawczych

.....
Podpis Pełnomocnika

Załącznik nr 2 do Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem

Zagadnienia do weryfikacji w ramach monitorowania wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta wśród personelu – w formie ankiety ewaluacyjnej lub audytu wewnętrznego.

Pytanie	TAK	NIE	UWAGI
Czy personel jest zapoznany z WSZJiB?			
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 określane są ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych?			

Załącznik nr 3 do Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem

Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

Dane osoby zgłaszającej:
Imię i Nazwisko (dobrowolnie)
……..…….
Kategoria osoby zgłaszającej (należy zaznaczyć X przy wybranej kategorii)

❑ osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych

❑ osoba biorąca udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (stanowisko……

❑ świadek zdarzenia niepożądanego

❑ pacjent

❑ rodzina pacjenta lub opiekun :

dane pacjenta: Płeć (K/M)…… Nr PESEL ……..……..……

Data wystąpienie zdarzenia niepożądanego ……..……..…(DD/MM/RRRR)

Miejsce wystąpienia zdarzenia niepożądanego……..……

Opis zdarzenia niepożądanego :
……
……
……
……
……
……
……
……

……
Data zgłoszenia

Raport z wyciągniętych wniosków oraz zaleceń o podjętych konkretnych działaniach na rzecz zapobieżenia ponownemu wystąpieniu nieprawidłowości.
RAPORT nr :……..
Zespołu ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta powołany przez Prezesa Przychodnia MILOWICE Sp. z o.o.

Zdarzenie niepożądane z dnia: **Czego dotyczyło:**
WNIOSKI:
DZIAŁANIA:

……
Podpisy członków komisji

Szanowni Państwo!
Akredytacja Ministra Zdrowia to prestiżowe wyróżnienie, które jest dowodem zaangażowania podmiotu leczniczego w jakość świadczonych usług. Starając się o nie, prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej placówki. Formularz zawiera 25 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna, dziękujemy.

W imieniu dzieci odpowiedzi udzielają ich opiekunowie obecni w czasie porad.

O01: Wskaż poradnię, której dotyczy ocena:

_____

O03a: Podaj jeden rodzaj udzielonego świadczenia, którego dotyczy ocena:

1. ☐ Wizyta stacjonarna
2. ☐ Wizyta domowa
3. ☐ Teleporada

O03b: Ocena w ankiecie dotyczy (zaznacz TYLKO jedną opcję):

1. ☐ Lekarza POZ
2. ☐ Pielęgniarki POZ
3. ☐ Położnej POZ

O02: W jaki sposób zapisałeś się do poradni / na wizytę domową?

☐ w placówce ☐ telefonicznie ☐ email ☐ elektronicznie przez stronę placówki

A01: Jak oceniasz łatwość zapisania się na wizytę?

☐ 1. Bardzo ŹLE ☐ 2. Źle ☐ 3. Ani dobrze, ani źle ☐ 4. Dobrze ☐ 5. Bardzo DOBRZE

A02: Jak oceniasz zaangażowanie pracowników rejestracji?

☐ 1. Bardzo ŹLE ☐ 2. Źle ☐ 3. Ani dobrze, ani źle ☐ 4. Dobrze ☐ 5. Bardzo DOBRZE

A03: Jak oceniasz terminowość realizacji wizyty (czy odbyła się w wyznaczonym czasie)?

☐ 1. Bardzo ŹLE ☐ 2. Źle ☐ 3. Ani dobrze, ani źle ☐ 4. Dobrze ☐ 5. Bardzo DOBRZE

A05: Jak oceniasz obowiązujące u nas godziny przyjęć profesjonalistów medycznych?

☐ 1. Bardzo ŹLE ☐ 2. Źle ☐ 3. Ani dobrze, ani źle ☐ 4. Dobrze ☐ 5. Bardzo DOBRZE

I01: Personel traktuje pacjentów życzliwie i z szacunkiem

☐ 1. Zdecydowanie nie zgadzam się ☐ 2. Raczej nie zgadzam się ☐ 3. Nie mam zdania ☐ 4. Raczej zgadzam się ☐ 5. Zdecydowanie zgadzam się

I03: Profesjonalista medyczny (lekarz / pielęgniarka / położna) umożliwia mi współuczestniczenie w podejmowaniu decyzji oraz informuje o możliwych sposobach postępowania

☐ 1. Zdecydowanie nie zgadzam się ☐ 2. Raczej nie zgadzam się ☐ 3. Nie mam zdania ☐ 4. Raczej zgadzam się ☐ 5. Zdecydowanie zgadzam się

I04: Personel jednostki odnosi się z taktem i wyrozumiałością do pacjentów, wyjaśnia stosowane procedury, dostosowuje komunikację do wieku pacjenta, uwzględnia jego obawy

☐ 1. Zdecydowanie nie zgadzam się ☐ 2. Raczej nie zgadzam się ☐ 3. Nie mam zdania ☐ 4. Raczej zgadzam się ☐ 5. Zdecydowanie zgadzam się

A06a: Jak oceniasz pomoc udzieloną przez personel medyczny w gabinecie zabiegowym?

☐ 1. Bardzo ŹLE ☐ 2. Źle ☐ 3. Ani dobrze, ani źle ☐ 4. Dobrze ☐ 5. Bardzo DOBRZE ☐ 6. Nie dotyczy

A06b: Jak oceniasz funkcjonowanie punktu szczepień ochronnych?

☐ 1. Bardzo ŹLE ☐ 2. Źle ☐ 3. Ani dobrze, ani źle ☐ 4. Dobrze ☐ 5. Bardzo DOBRZE ☐ 6. Nie dotyczy

A07: Jak oceniasz dostępność świadczeń zdrowotnych w naszej placówce?

☐ 1. Bardzo ŹLE ☐ 2. Źle ☐ 3. Ani dobrze, ani źle ☐ 4. Dobrze ☐ 5. Bardzo DOBRZE

B01: Jak oceniasz zaangażowanie profesjonalisty medycznego (lekarza / pielęgniarki / położnej) w rozwiązanie Twojego problemu zdrowotnego?

☐ 1. Bardzo ŹLE ☐ 2. Źle ☐ 3. Ani dobrze, ani źle ☐ 4. Dobrze ☐ 5. Bardzo DOBRZE

B02: Jak oceniasz dostęp do badań, których wykonanie może zlecić profesjonalista medyczny podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz / pielęgniarka / położna), o ile były one konieczne?

☐ 1. Bardzo ŹLE ☐ 2. Źle ☐ 3. Ani dobrze, ani źle ☐ 4. Dobrze ☐ 5. Bardzo DOBRZE ☐ 6. Nie dotyczy

B03: Jak oceniasz zaangażowanie lekarza lub innego personelu placówki w zachęcenie Cię do skorzystania z programów profilaktycznych, szczepień ochronnych, wykonania badań okresowych lub zmiany nawyków na zdrowsze?

☐ 1. Bardzo ŹLE ☐ 2. Źle ☐ 3. Ani dobrze, ani źle ☐ 4. Dobrze ☐ 5. Bardzo DOBRZE

C01: Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia, procesu leczenia i zaleceń lekarskich?

☐ 1. Bardzo ŹLE ☐ 2. Źle ☐ 3. Ani dobrze, ani źle ☐ 4. Dobrze ☐ 5. Bardzo DOBRZE

D01: Jak oceniasz wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące)?

☐ 1. Bardzo ŹLE ☐ 2. Źle ☐ 3. Ani dobrze, ani źle ☐ 4. Dobrze ☐ 5. Bardzo DOBRZE

D02: Jak oceniasz czystość w gabinecie, w łazience, w poczekalni?

☐ 1. Bardzo ŹLE ☐ 2. Źle ☐ 3. Ani dobrze, ani źle ☐ 4. Dobrze ☐ 5. Bardzo DOBRZE

E01: Jak oceniasz respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?

☐ 1. Bardzo ŹLE ☐ 2. Źle ☐ 3. Ani dobrze, ani źle ☐ 4. Dobrze ☐ 5. Bardzo DOBRZE

F01: Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz tę placówkę znajomym lub rodzinie?

Zdecydowanie NIE POLECAM Zdecydowanie POLECAM

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

G01: Płeć pacjenta:

☐ 1. Kobieta ☐ 2. Mężczyzna

G02: Wiek pacjenta (w przypadku dzieci, opiekun podaje wiek dziecka):

☐ 1. Poniżej roku ☐ 2. 1-3 lat ☐ 3. 4-6 lat ☐ 4. 7-14 lat ☐ 5. 15-17 lat
☐ 6. 18-39 lat ☐ 7. 40-59 lat ☐ 8. 60-79 lat ☐ 9. 80 lat lub więcej

G03: Wykształcenie pacjenta:

☐ 1. Wyższe ☐ 2. Pomaturalne ☐ 3. Średnie ☐ 4. Zawodowe ☐ 5. Podstawowe ☐ 6. Nie dotyczy – pacjent niepełnoletni

U01: Uwagi:

OCENA JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ
PROTOKÓŁ NR……..
Analiza okresowa / roczna* realizacji
Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta
w Przychodnia MILOWICE Sp. z o.o.

Zdarzenia niepożądane zaistniałe w okresie od…… do……..

1. Identyfikacja ryzyka
- ilość (oraz w stosunku do ilości przyjmowanych pacjentów):…….

2. Ocena częstości występowania i wielkość zagrożeń (wg matrycy SAC)
- prawdopodobieństwo wystąpienia:……..
- ciężkość zdarzenia:……..
- poziom ryzyka:…….
- reakcja na ryzyko:……

5. Analiza badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie złożonych anonimowych ankiet satysfakcji
- ilość złożonych ankiet:…….
- interpretacja poszczególnych zakresów:
• 10: ……..
Bardzo wysoka ocena, oznaczająca pełne zadowolenie i satysfakcję pacjenta.
• 7-9: …….
Wysoka ocena, wskazująca na dobre zadowolenie lub pozytywną opinię pacjenta.
• 4-6: …….
Średnia ocena, to umiarkowane zadowolenie lub neutralne nastawienie pacjenta.
• 0-3:……..…
Bardzo niska ocena, wskazująca na znaczne niezadowolenie lub negatywną opinię pacjenta

6. Obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych:
……

7. Szkolenia personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń: ……

…….
Data i podpisy członków komisji