



DZIENNIK URZĘDOWY

MINISTRA ZDROWIA

Warszawa, dnia 31 grudnia 2024 r.

Poz. 145

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 30 grudnia 2024 r.

w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692) ogłasza się standardy akredytacyjne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA
wz. Ministra Zdrowia
Sekretarz Stanu
Wojciech Konieczny

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

Załącznik do obwieszczenia

Ministra Zdrowia

z dnia 30 grudnia 2024 r. (poz. 145)

**STANDARDY AKREDYTACYJNE
W ZAKRESIE
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Spis treści

TERMINY I OKREŚLENIA

I. OPIEKA NAD PACJENTEM (OP)

OP 1 Jednostka zapewnia opiekę pielęgniarki POZ.

OP 1.1 Świadczenia pielęgniarki POZ są dostępne w jednostce.

OP 1.2 Jednostka zapewnia opiekę pielęgniarki POZ w miejscu zamieszkania pacjenta.

OP 1.3 Jednostka analizuje realizację opieki w miejscu zamieszkania.

OP 2 Jednostka zapewnia opiekę położnej POZ.

OP 2.1 Jednostka zapewnia pacjentkom opiekę położnej POZ.

OP 2.2 Jednostka zapewnia opiekę okołoporodową realizowaną przez położną POZ.

OP 3 Jednostka prowadzi racjonalną antybiotykoterapię.

OP 3.1 Jednostka przyjęła i wdrożyła schemat empirycznego stosowania antybiotyków.

OP 3.2 Jednostka monitoruje stosowanie antybiotyków.

OP 4 Jednostka wdrożyła wytyczne postępowania klinicznego.

OP 5 Szczepienia ochronne.

OP 5.1 Jednostka posiada plan szczepień i harmonogram prowadzonych szczepień.

OP 5.2 Jednostka realizuje szczepienia obowiązkowe zgodnie z PSO (standard obligatoryjny).

OP 5.3 Jednostka analizuje realizację szczepień zalecanych dla dorosłych.

OP 5.4 Jednostka prowadzi szczepienia seniorów przeciwko grypie.

OP 5.5 Jednostka prowadzi szczepienia seniorów przeciwko pneumokokom.

OP 6 Jednostka realizuje programy profilaktyczne.

OP 6.1 Jednostka prowadzi program profilaktyki antynikotynowej.

OP 6.2 Jednostka realizuje program profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK).

OP 6.3 Jednostka aktywnie zachęca pacjentki do udziału w programie profilaktyki raka piersi (mammografia).

OP 6.4 Jednostka aktywnie zachęca pacjentki do udziału w programie profilaktyki raka szyjki macicy.

OP 6.5 Jednostka aktywnie zachęca pacjentów do udziału w programie profilaktyki raka jelita grubego (kolonoskopia).

OP 6.6 Jednostka prowadzi inny, wybrany program profilaktyczny (standard może być wyłączony).

OP 7 Pacjenci mają dostęp do informacji o możliwości skorzystania ze świadczeń w jednostce.

OP 7.1 Informacje o oferowanych świadczeniach zdrowotnych są łatwo dostępne i aktualne.

OP 7.2 Harmonogram pracy uwzględnia potrzeby pacjentów i jest przestrzegany.

OP 7.3 Terminarz wizyt jest elastyczny i funkcjonalny.

OP 8 System rejestracji pacjentów jest efektywny.

OP 8.1 Pacjenci są rejestrowani na określone godziny.

OP 8.2 System rejestracji telefonicznej jest efektywny.

OP 8.3 Dostępna jest rejestracja internetowa (zdalna).

OP 9 Jednostka analizuje prowadzenie wizyt domowych.

OP 10 Informacja o możliwości uzyskania i terminie teleporady jest łatwo dostępna.

II. KOMPLEKSOWOŚĆ OPIEKI (KO)

KO 1 Lekarze jednostki sprawują kompleksową opiekę nad całą populacją.

KO1.1 Jednostka sprawuje opiekę nad populacją odzwierciedlającą krzywą demograficzną.

KO 1.2 Lekarze jednostki sprawują kompleksową opiekę nad całą populacją.

KO 2 Jednostka stosuje szybkie testy diagnostyczne.

KO 3 Chorzy przewlekłe są objęci planową opieką w grupach dyspanseryjnych.

KO 3.1 Jednostka opracowała programy dyspanseryjne dla przewlekłe chorych.

KO 3.2 Jednostka wdrożyła i prowadzi programy dyspanseryjne.

KO 4 Jednostka realizuje opiekę koordynowaną.

KO 4.1 Jednostka realizuje świadczenia w ramach opieki koordynowanej (standard może być wyłączony).

KO 4.2 Jednostka realizuje poszerzone działania w zakresie diagnostycznym (standard może być wyłączony).

KO 4.3 Jednostka analizuje skuteczność działań w zakresie opieki koordynowanej i poszerzonego zakresu diagnostyki (standard może być wyłączony).

KO 5 Jednostka prowadzi edukację pacjentów i ich rodzin.

KO 5.1 Określono lub zidentyfikowano choroby i potrzeby edukacyjne indywidualnych pacjentów.

KO 5.2 Jednostka realizuje programy edukacji pacjentów.

KO 6 Jednostka monitoruje zagrożenie pogorszenia stanu zdrowia seniorów.

KO 7 Jednostka zapewnia opiekę terminalną.

KO 8 Lekarze jednostki skutecznie zwalczają ból przewlekły u pacjenta.

KO 9 Zapewnienie ciągłości opieki nad pacjentem.

KO 9.1 Jednostka analizuje skierowania na konsultacje specjalistyczne.

KO 9.2 Jednostka analizuje skierowania na hospitalizacje.

KO 9.3 Jednostka współpracuje ze szpitalami (standard może być wyłączony).

KO 10 Jednostka dba o wiarygodność wyników badań laboratoryjnych.

KO 10.1 Jednostka korzysta z usług wiarygodnego laboratorium.

KO 10.2 Jednostka umożliwia pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych.

KO 10.3 Zasady postępowania z materiałem laboratoryjnym są przestrzegane.

III. PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA (PP)

PP 1 Pacjent traktowany jest życzliwie i z szacunkiem.

PP 2 Pacjent uzyskuje zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia.

PP 3 Pacjent lub opiekun mający trudności w komunikowaniu się może liczyć na pomoc w porozumieniu się z personelem jednostki.

PP 4 Udział osób trzecich w wizycie możliwy jest tylko na życzenie lub za zgodą pacjenta.

PP 5 Pacjent uczestniczy w podejmowaniu decyzji medycznych i w procesie leczenia.

PP 6 Funkcjonowanie jednostki cechuje poszanowanie praw pacjenta.

PP 6.1 Informacja o przysługujących pacjentowi prawach jest łatwo dostępna.

PP 6.2 Pacjent ma dostęp do własnej dokumentacji medycznej.

PP 6.3 Uwagi, skargi i wnioski pacjentów są wykorzystywane do korygowania deficytów jakości.

PP 7 Jednostka wyraźnie informuje o ewentualnych opłatach za wybrane świadczenia.

PP 8 Dzieci leczone w jednostce traktowane są z troską i poszanowaniem ich praw.

IV. POPRAWA JAKOŚCI (PJ)

PJ 1 Jednostka systematycznie poprawia jakość oferowanych świadczeń.

PJ 1.1 Jednostka posiada i realizuje program ciągłej poprawy jakości (standard obligatoryjny).

PJ 1.2 Wyznaczono osoby odpowiedzialne za programy poprawy jakości.

PJ 2 Jednostka analizuje potrzeby populacji pacjentów objętych opieką.

PJ 2.1 Jednostka analizuje strukturę demograficzną zadeklarowanych pacjentów.

PJ 2.2 Problemy zdrowotne leczonych pacjentów są okresowo analizowane.

PJ 2.3 Jednostka analizuje czynniki ryzyka u zadeklarowanych pacjentów.

PJ 2.4 Jednostka prowadzi analizy dokumentacji medycznej.

PJ 3 Jednostka okresowo poddaje własną działalność krytycznej ocenie.

PJ 3.1 Jednostka przeprowadza samoocenę spełniania standardów akredytacyjnych (standard obligatoryjny).

PJ 3.2 Jednostka systematycznie bada opinie pacjentów (standard obligatoryjny).

PJ 3.3 Jednostka ocenia dostępność do świadczeń.

PJ 3.4 Personel okresowo ocenia działalność jednostki.

PJ 4 Personel jednostki uczestniczy w szkoleniach z zakresu jakości.

V. BEZPIECZEŃSTWO OPIEKI (BO)

BO 1 Personel jest szkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy (standard obligatoryjny).

BO 2 Jednostka posiada efektywny system postępowania w stanach zagrożenia życia.

BO 2.1 Procedury postępowania w stanach zagrożenia życia są wdrożone.

BO 2.2 Produkty lecznicze i wyroby medyczne niezbędne w stanach zagrożenia życia są dostępne.

BO 2.3 Jednostka posiada wyposażenie do skutecznej resuscytacji.

BO 2.4 Personel zna miejsce przechowywania wyposażenia używanego w stanach zagrożenia życia.

BO 2.5 Procedura wezwania pomocy w stanach zagrożenia życia jest znana personelowi.

BO 2.6 Procedura postępowania poekspozycyjnego u pacjenta i personelu jest wdrażana w razie potrzeby.

BO 3 Opracowano i wdrożono procedury podawania produktów leczniczych.

BO 3.1 Określono jakie produkty lecznicze mogą być podawane w jednostce.

BO 3.2 Produkty lecznicze są podawane przez uprawniony personel.

BO 3.3 Personel podający produkty lecznicze zna ich działania niepożądane i umie postąpić w razie ich wystąpienia.

BO 3.4 Produkty lecznicze są właściwie przechowywane.

BO 3.5 Dostęp do produktów leczniczych ma wyłącznie wyznaczony personel.

BO 3.6 Terminy ważności produktów leczniczych i wyrobów medycznych są kontrolowane.

BO 3.7 Jednostka wdrożyła procedurę postępowania z produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi wstrzymanymi i wycofanymi.

BO 4 Jednostka nadzoruje zawartość toreb wyjazdowych.

BO 4.1 Jednostka nadzoruje zawartość torby wyjazdowej pielęgniarki POZ.

BO 4.2 Jednostka nadzoruje zawartość torby wyjazdowej położnej POZ.

BO 4.3 Jednostka kontroluje zawartość torby wyjazdowej lekarza POZ.

BO 5 Jednostka opracowała standard zgłaszania przypadków szczególnych do instytucji zewnętrznych.

BO 6 Jednostka wdrożyła zasady postępowania w przypadku ofiar przemocy lub zaniedbania (standard obligatoryjny).

BO 7 Lekarze weryfikują produkty lecznicze przyjmowane przez pacjenta.

BO 8 Jednostka monitoruje i analizuje zdarzenia niepożądane.

BO 8.1 Jednostka wdrożyła politykę bezpieczeństwa pacjenta (standard obligatoryjny).

BO 9 Jednostka wdrożyła standardy ochrony osobistej.

VI. INFORMACJA MEDYCZNA (IM)

IM 1 Personel medyczny ma łatwy dostęp do dokumentacji medycznej.

IM 2 Dokumentacja medyczna jest funkcjonalna i prawidłowo zabezpieczona.

IM 2.1 Jednostka określiła zasady bezpieczeństwa dotyczące informacji medycznej, w tym sposób postępowania w sytuacjach krytycznych.

IM 2.2 Wpisy i zmiany wpisów są opatrywane oznaczeniem osoby ich dokonującej.

IM 2.3 System informatyczny zapewnia integralność treści dokumentacji i metadanych.

IM 2.4 Generowanie zestawień informacji z systemu informatycznego jest funkcjonalne.

IM 3 Dokumentacja medyczna zawiera kluczowe informacje.

IM 3.1 Dokumentacja medyczna zawiera dane osób upoważnionych przez pacjenta.

IM 3.2 Dokumentacja obejmuje wywiad rodzinny i informacje o obciążeniach dziedzicznych.

IM 3.3 Dokumentacja medyczna zawiera informacje o uzależnieniach i używkach.

IM 3.4 Informacje o hospitalizacjach, operacjach i zabiegach stanowią odrębną część dokumentacji medycznej.

IM 3.5 Informacje o uczuleniach i nietolerancjach stanowią odrębną część dokumentacji medycznej.

IM 3.6 Lista stosowanych produktów leczniczych jest osobnym modułem, stanowiącym integralną część dokumentacji medycznej.

IM 3.7 Informacja o szczepieniach jest osobnym modułem, stanowiącym integralną część dokumentacji medycznej.

IM 3.8 Dokumentacja medyczna zawiera wyniki badania antropometrycznego.

IM 3.9 Dokumentacja medyczna zawiera informacje o warunkach rodzinno-środowiskowych.

IM 4 Wpisy dotyczące porad powinny być kompletne.

IM 4.1 Notatka z porady zawiera subiektywne dane z wywiadu.

IM 4.2 Notatka z porady zawiera dane obiektywne.

IM 4.3 Wpisy dotyczące porad zawierają ocenę stanu pacjenta.

IM 4.4 Wpisy dotyczące porad zawierają plan postępowania i zalecenia.

IM 5 Wykonanie zleconych badań i zabiegów oraz podanie produktów leczniczych jest dokumentowane.

IM 6 Jednostka określiła sposób prowadzenia dokumentacji medycznej.

VII. JAKOŚĆ ZARZĄDZANIA (JK)

JZ 1 Personel jednostki jest przygotowany do sprawowania opieki.

JZ 1.1 Określono obowiązki, uprawnienia i zakresy odpowiedzialności członków zespołu i zasady współdziałania.

JZ 1.2 Lekarze POZ udzielający świadczeń posiadają specjalizacje.

JZ 1.3 Jednostka dba o stałe podnoszenie kwalifikacji zespołu lekarskiego (standard może być wyłączone).

JZ 1.4 Jednostka dba o stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.

JZ 1.5 Jednostka dba o stałe podnoszenie kwalifikacji wszystkich pracowników.

JZ 1.6 Spotkania całego zespołu odbywają się regularnie.

JZ 2 Infrastruktura jednostki jest wygodna dla pacjenta i ułatwia sprawowanie opieki.

JZ 2.1 Jednostka posiada wyroby medyczne adekwatne do rodzaju udzielanych świadczeń.

JZ 2.2 Gabinety umożliwiają badanie w warunkach komfortu i nieskrępowania pacjenta.

JZ 2.3 Wyroby medyczne są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy.

JZ 2.4 Plan przeglądów i konserwacji wyrobów medycznych jest realizowany.

JZ 2.5 Pomieszczenia jednostki są czyste, dostatecznie oświetlone, prawidłowo ogrzane lub schłodzone i wentylowane.

- JZ 2.6 Jednostka wdrożyła standardy stref higieniczno-sanitarnych.
- JZ 2.7 Jednostka zapewnia dogodne i bezpieczne warunki oczekiwania na wizytę.
- JZ 2.8 Jednostka zapewnia dobre warunki opiekunom z małymi dziećmi.
- JZ 2.9 Pomieszczenia jednostki są łatwo dostępne dla osób z niepełnosprawnościami.
- JZ 2.10 Toalety dla pacjentów, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, są łatwo dostępne.
- JZ 2.11 Jednostka spełnia wymogi przeciwpożarowe.
- JZ 2.12 Jednostka wdrożyła politykę zarządzania odpadami medycznymi.
- JZ 2.13 Transport chorego jest prosty i funkcjonalny.

TERMINY I OKREŚLENIA

1) ankietyzacja – badanie opinii i doświadczeń pacjentów w rozumieniu ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692); od 1 lipca 2025 r. obowiązkową formą realizacji ankietyzacji jest wykorzystywanie narzędzia proponowanego przez ośrodek akredytacyjny, o którym mowa w ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta; dla wizyt akredytacyjnych realizowanych od 1 lipca 2026 r. ocena będzie dokonywana wyłącznie w oparciu o ankietę i obowiązkowe narzędzie proponowane przez ośrodek akredytacyjny, o którym mowa w ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta;

2) CMJ – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia;

3) jednostka – podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799, z późn. zm.);

4) kamienie milowe – elementy zawarte w opisie wymagań i wyszczególnione w pojedynczym standardzie, których wypełnienie w określonej części uprawnia do ustalenia, że standard został spełniony w części i pozwala na uzyskanie 3 punktów;

5) karetka – specjalistyczny środek transportu sanitarnego wykorzystywany przez zespół ratownictwa medycznego;

6) lekarz POZ – lekarz, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527, z późn. zm.);

7) lista aktywna – lista osób objętych opieką, które złożyły w jednostce oświadczenia woli, o których mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;

8) Niebieska Karta – procedura obejmująca ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez odpowiednie organy, w związku z uzasadnionym podejrzeniem stosowania przemocy domowej, w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1673).

9) opieka koordynowana – opieka realizowana przez jednostkę w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w budżecie powierzonym opieki koordynowanej, która jest realizowana na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia;

10) opiekun społeczny – osoba zajmująca się rozpoznaniem i zaspokajaniem potrzeb w zakresie pomocy społecznej, pomaga w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, zapewnia opiekę higieniczną, pielęgnację oraz w miarę możliwości również zapewnia kontakt z otoczeniem;

11) personel – pracownicy lub osoby zatrudnione w jednostce;

12) pielęgniarka POZ – pielęgniarka, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;

13) polipragmazja – jednoczesowe stosowanie co najmniej 5 produktów leczniczych, które nie dodają, ani nie potencjalizują swoich efektów farmakologicznych, natomiast podczas ich jednoczesowego stosowania dochodzi do wzrostu ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych;

14) położna POZ – położna, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;

15) PSO – Program Szczepień Ochronnych;

16) SIMP – System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki, jest to narzędzie informatyczne udostępniane podmiotom wykonującym działalność leczniczą przez Narodowy Fundusz Zdrowia, służące do realizacji wybranych programów profilaktycznych;

17) SOAP (ang. Subjective, Objective, Assessment, Plan) – dane subiektywne, obiektywne, ocena stanu, plan postępowania. Jest to metoda dokumentowania informacji o pacjentach używana przez specjalistów medycznych. Akronim SOAP oznacza odnotowanie subiektywnej oceny stanu pacjenta, oceny obiektywnej opartej na badaniu oraz ustaleniu planu działania, przy założeniu, że informacje są uporządkowane w jasny i logiczny sposób, są zwięzłe, rzeczowe, istotne dla leczenia, bez uprzedzeń i osobistych interpretacji;

18) średnia krajowa wyszczepialność – ogólnodostępne dane na temat średniej wyszczepialności w Polsce, w różnych grupach wiekowych, w podziale na poszczególne rodzaje szczepień, publikowane w Internecie, w odniesieniu do lat ubiegłych przez Państwowy Zakład Higieny (<https://www.pzh.gov.pl/>);

19) teleporada – teleporada zgodna ze standardem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

20) waga standardu – wartość mnożnika dla uzyskanych punktów wynikająca ze stopnia, w jakim dany standard oddziałuje na bezpieczeństwo pacjenta i personelu, na ile jest trudny do wprowadzenia lub jest związany z opisem procedur i postępowania;

21) wyłączenie standardu – zgodnie z art. 25 ust. 6 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta, standardy mogą zostać wyłączone, gdy nie mają zastosowania do podmiotu wnioskującego. Możliwość wyłączenia standardu jest określona przy pojedynczym standardzie;

22) zespół POZ – zespół, o którym mowa w art. 11 ust. 1 w związku z art. 9 ust 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

I. OPIEKA NAD PACJENTEM (OP)

Odpowiednie zapewnienie opieki to proces, który wymaga organizacji i zarządzania różnymi aspektami opieki zdrowotnej. Dla sprawowania właściwej opieki konieczne jest ustalenie zakresu kompetencji poszczególnych osób, uzgodnienie podejmowanych działań i sprawny przepływ informacji. Bez względu na formę zatrudnienia personelu jednostki, powinien on ze sobą ściśle współpracować.

Opieka nad pacjentem podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) powinna obejmować również działania profilaktyczne, których celem jest poprawa skuteczności zdrowotnej. Analiza różnych wskaźników zdrowotnych jest dobrą metodą monitorowania uzyskiwanych rezultatów klinicznych.

Opieka nad pacjentem w POZ powinna być dostępna i dobrze zorganizowana. Pacjent powinien mieć możliwość łatwego umówienia się na wizytę w wybranej lokalizacji danej jednostki, a także możliwość uzyskania porady lekarza, pielęgniarki, położnej w różnych formach, w szczególności w ramach teleporady czy wizyty domowej. Wykorzystanie zarówno telefonu, jak i współczesnych komunikatorów, pozwalających na przesłanie zdjęcia czy połączenie audiowizualne, ułatwia skorzystanie z porady lekarskiej, w szczególności, gdy lekarz dobrze zna pacjenta i historię jego choroby, a także, gdy pacjent mieszka daleko od gabinetu bądź ma trudności w poruszaniu się i dotarciu do gabinetu. Podmiot wykonujący działalność leczniczą powinien opracować kompleksowe podejście do świadczonej opieki, zapewniając oczekiwaną dostępność oraz skoordynowane podejście do opieki nad pacjentem, obejmujące zarówno promocję zdrowia, jak i skuteczne leczenie.

OP 1 Jednostka zapewnia opiekę pielęgniarki POZ.

Jednostka zapewnia opiekę pielęgniarską pacjentom, w tym pozostającym w miejscu zamieszkania pod opieką lekarzy jednostki. Opieka pielęgniarska jest skoordynowana z pozostałymi świadczeniami opieki zdrowotnej. Elementem umożliwiającym prawidłową koordynację jest właściwy przepływ informacji pomiędzy lekarzem POZ i pielęgniarką POZ.

OP 1.1 Świadczenia pielęgniarki POZ są dostępne w jednostce.

1. Opis wymagań

Jednostka zapewnia realizację świadczeń opieki zdrowotnej pielęgniarki POZ w gabinecie zabiegowym w każdej lokalizacji, w której realizowane są świadczenia.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) obserwacja bezpośrednia;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka zapewnia we własnym zakresie realizację świadczeń pielęgniarki POZ w każdym gabinecie zabiegowym w każdej lokalizacji.

3 – Jednostka zapewnia we własnym zakresie realizację świadczeń pielęgniarki POZ w gabinecie zabiegowym w niektórych lokalizacjach.

1 – Jednostka nie zapewnia we własnym zakresie realizacji świadczeń pielęgniarki POZ w gabinecie zabiegowym.

Waga standardu: 0,5

OP 1.2 Jednostka zapewnia opiekę pielęgniarki POZ w miejscu zamieszkania pacjenta.

1. Opis wymagań

Jednostka zapewnia opiekę pielęgniarki POZ w miejscu zamieszkania pacjenta, adekwatną do liczby pacjentów, którzy złożyli deklarację wyboru podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Pacjenci jednostki powinni mieć możliwość korzystania z opieki pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania. Jednostka sama zapewnia świadczenia pielęgniarki POZ w środowisku lub posiada umowę z udzielającym takich świadczeń podmiotem wykonującym działalność leczniczą. Opieka ta jest skoordynowana z całością opieki w POZ, gwarantuje szybki, dwustronny przepływ informacji pomiędzy lekarzem POZ i pielęgniarką POZ. Konieczne jest zapewnienie bieżącego przekazywania przez pielęgniarkę POZ informacji lekarzowi POZ oraz przekazywania zleceń lekarza POZ pielęgniarcie POZ. Współpraca między lekarzem POZ a pielęgniarką POZ jest tak zorganizowana, aby był możliwy łatwy, wzajemny dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z kierownikiem;
- 4) wywiad z personelem POZ.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka zapewnia we własnym zakresie opiekę pielęgniarki POZ w miejscu zamieszkania pacjenta. Prowadzona dokumentacja medyczna pacjenta jest dostępna dla poszczególnych członków zespołu POZ zgodnie z ich kompetencjami.

3 – Opieka lekarza POZ i opieka pielęgniarki POZ są sprawowane przez odrębne podmioty. Zapewniony jest bieżący przepływ informacji między tymi podmiotami.

1 – Jednostka nie zapewnia opieki pielęgniarki POZ w miejscu zamieszkania pacjenta lub nie ma bieżącego przepływu informacji o pacjentach między podmiotami.

Waga standardu: 0,5

OP 1.3 Jednostka analizuje realizację opieki w miejscu zamieszkania.

1. Opis wymagań

W opiece w miejscu zamieszkania decydującą rolę odgrywa współpraca pielęgniarki POZ, położnej POZ, opiekuna społecznego oraz lekarza POZ. Jednostka posiada odpowiednią dokumentację, okresowo, co najmniej raz w roku, dokonuje przeglądu i analizy realizacji opieki w miejscu zamieszkania, a wnioski z analizy są wykorzystywane dla poprawy tej formy opieki.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z kierownikiem;
- 4) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka posiada odpowiednią dokumentację z opieki w miejscu zamieszkania oraz, co najmniej raz w roku, dokonuje okresowej analizy realizacji opieki środowiskowej miejscu zamieszkania, a wnioski z analizy wykorzystuje w praktyce do poprawy organizacji opieki nad pacjentami.

3 – Jednostka posiada odpowiednią dokumentację z opieki środowiskowej miejscu zamieszkania, lecz nie prowadzi analizy tej dokumentacji lub nie wyciąga wniosków z tej analizy albo nie wykorzystuje wniosków do poprawy opieki.

1 – Jednostka nie posiada odpowiedniej dokumentacji z opieki środowiskowej miejscu zamieszkania.

Waga standardu: 0,25

OP 2 Jednostka zapewnia opiekę położnej POZ.

Jednostka powinna zapewnić opiekę położnej POZ pacjentkom pozostającym pod opieką lekarzy POZ. Opieka położnej POZ jest skoordynowana z pozostałymi świadczeniami zdrowotnymi. Elementem umożliwiającym prawidłową koordynację jest właściwy przepływ informacji pomiędzy lekarzem i położną POZ.

OP 2.1 Jednostka zapewnia pacjentkom opiekę położnej POZ.

1. Opis wymagań

Jednostka zapewnia opiekę położnej POZ, adekwatną do liczby zadeklarowanych pacjentek, obejmującą m.in. profilaktykę chorób ginekologicznych, opiekę onkologiczną, opiekę po operacjach ginekologicznych. Pacjentki jednostki korzystają z opieki położnej POZ nie tylko w gabinecie, ale również w miejscu zamieszkania. Jednostka sama zapewnia świadczenia zdrowotne położnej POZ lub posiada umowę z udzielającym tych świadczeń zdrowotnych podmiotem. Tak zorganizowana opieka gwarantuje właściwy przepływ informacji pomiędzy lekarzem POZ i położną POZ. Konieczne jest istnienie systemu bieżącego przekazywania przez położną POZ informacji lekarzowi oraz przekazywania zleceń lekarza położnej POZ. Współpraca między lekarzem a położną POZ powinna być zorganizowana tak, by możliwy był dostęp lekarza do dokumentacji medycznej położnej POZ i odwrotnie.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z kierownikiem;
- 4) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka zapewnia we własnym zakresie kompleksową opiekę położnej POZ zarówno w ambulatorium, jak i w miejscu zamieszkania pacjentki oraz prowadzi wspólną dokumentację medyczną pacjentki lekarską i położnej, dostępną dla poszczególnych członków zespołu POZ, zgodnie z ich kompetencjami.

3 – Opieka lekarska i opieka położnej POZ, zarówno w ambulatorium jak i w miejscu zamieszkania pacjentki, jest realizowana przez odrębne podmioty i zapewniony jest bieżący przepływ informacji między podmiotami.

1 – Jednostka nie zapewnia kompleksowej opieki położnej POZ lub nie ma bieżącego przepływu informacji o pacjentkach.

Waga standardu: 0,5

OP 2.2 Jednostka zapewnia opiekę okołoporodową realizowaną przez położną POZ.

1. Opis wymagań

Jednostka posiada plan edukacji przedporodowej, plan prowadzenia ciąży fizjologicznej, plan opieki okołoporodowej i poporodowej (opieka nad matką i dzieckiem) oraz wsparcie laktacyjne. Niezbędne jest efektywne współdziałanie położnej POZ z lekarzem i z pielęgniarką POZ realizującą działania w środowisku. Jednostka udziela świadczeń zdrowotnych położnej POZ lub posiada porozumienie ze świadczącym tę opiekę podmiotem. Opieka ta musi gwarantować właściwy przepływ informacji pomiędzy lekarzem a położną POZ. Dokumentacja położnej POZ prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w sprawie dokumentacji. Współpraca między lekarzem POZ a położną POZ powinna być zorganizowana tak, by możliwy był dostęp lekarza do dokumentacji medycznej położnej POZ i odwrotnie. Niezbędne jest efektywne współdziałanie położnej POZ z lekarzem POZ i z pielęgniarką POZ. Opieka okołoporodowa jest realizowana przez położną POZ zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej oraz wymagań dla świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, jak również zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego opartych na dowodach naukowych.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z kierownikiem;
- 4) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka zapewnia opiekę położnej POZ we własnym zakresie, posiada plan edukacji przedporodowej, plan opieki okołoporodowej i poporodowej, wsparcie laktacyjne oraz prowadzi dokumentację medyczną lekarską i położnej dostępną dla poszczególnych członków zespołu POZ zgodnie z ich kompetencjami.

3 – Opieka położnej POZ w zakresie opieki okołoporodowej jest realizowana przez odrębny podmiot, który określił plan edukacji przedporodowej, plan opieki okołoporodowej i poporodowej, wsparcie laktacyjne dla pacjentek jednostki, a także zapewniony jest bieżący przepływ informacji między podmiotami.

1 – Jednostka nie zapewnia kompleksowej opieki położnej POZ w zakresie opieki okołoporodowej lub nie ma bieżącego przepływu informacji o pacjentkach.

Waga standardu: 0,5

OP 3 Jednostka prowadzi racjonalną antybiotykoterapię.

Nadmierne stosowanie antybiotyków powoduje narastanie antybiotykooporności poszczególnych szczepów bakterii i związaną z tym utratę skuteczności leczenia. Racjonalnie prowadzona antybiotykoterapia, w tym leczenie empiryczne, opiera się na aktualnych wytycznych i uwzględnia dane epidemiologiczne dla kraju, a kiedy jest to możliwe dla danego regionu.

OP 3.1 Jednostka przyjęła i wdrożyła schemat empirycznego stosowania antybiotyków.**1. Opis wymagań**

Stosowanie antybiotyków w przypadkach braku badań bakteriologicznych, opiera się na przyjętym schemacie stosowania wskazanych antybiotyków, w najczęściej występujących bakteryjnych schorzeniach infekcyjnych z jakimi jednostka ma do czynienia. Określono jakie antybiotyki pierwszego rzutu są standardowo stosowane w poszczególnych zakażeniach lub infekcjach. Wybór antybiotykoterapii uwzględnia aktualne wytyczne krajowe, które uwzględniają zjawisko narastającej oporności szczepów bakteryjnych. Stosowanie antybiotyków musi uwzględniać dane epidemiologiczne dotyczące tego zagadnienia w odniesieniu do regionu i populacji. Lekarze POZ w oparciu o tą wiedzę opracowali schematy empirycznego stosowania antybiotyków.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka przyjęła i stosuje w praktyce schemat empirycznego stosowania antybiotyków i jest on znany wszystkim lekarzom zatrudnionym w jednostce.

1 – Jednostka nie przyjęła lub nie wdrożyła schematu empirycznego stosowania antybiotyków albo nie jest on znany wszystkim lekarzom zatrudnionym w jednostce.

Waga standardu: 0,5

OP 3.2 Jednostka monitoruje stosowanie antybiotyków.**1. Opis wymagań**

Jednostka ocenia zasadność stosowania antybiotyków, określając czy były one stosowane zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami i zasadami racjonalnego ich stosowania. Najistotniejsze jest, aby jednostka ustaliła jakie rekomendacje przyjmuje i następnie się do nich stosowała. Jeżeli istnieją w tym zakresie rekomendowane zalecenia lub wytyczne, to należy się do nich stosować. Szczególnie należy monitorować, czy nie stwierdza się przypadków zbyt pośpiesznego podawania antybiotyków w schorzeniach o przeważającej etiologii wirusowej, zanim wystąpią objawy uzasadniające podejrzenie zakażenia bakteryjnego. Jednostka opracowała i wdrożyła sposób monitorowania stosowania antybiotyków ze szczególnym uwzględnieniem występowania antybiotykooporności oraz co najmniej raz w roku analizuje uzyskane wyniki monitoringu. Z wnioskami z przeprowadzonej analizy (sprawozdanie) zapoznają się wszyscy lekarze.

2. Sposób sprawdzenia

Przegląd dokumentacji medycznej z 10 ostatnich (lub losowo wybranych) wizyt pacjentów, w trakcie których zlecono antybiotyki.

3. Ocena punktowa

5 – 75–100% zleconych antybiotyków było zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami.

3 – 50–74% zleconych antybiotyków było zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami.

1 – Mniej niż 50% zleconych antybiotyków było zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami.

Waga standardu: 0,5

OP 4 Jednostka wdrożyła wytyczne postępowania klinicznego.**1. Opis wymagań**

Wiarygodne i aktualne opracowania mające charakter praktycznych wytycznych postępowania są wykorzystane dla poprawy jakości opieki w POZ. Wybór wytycznych klinicznych do wdrożenia w jednostce uwzględnia najistotniejsze problemy zdrowotne leczonej populacji, a także nowe, istotne zmiany w sposobie postępowania. Wytyczne opracowane na poziomie światowym lub europejskim oraz wytyczne opracowane w kraju wymagają adaptacji do warunków jednostki. Po zidentyfikowaniu

problemów zdrowotnych jednostka wybrała adekwatne, aktualne i wiarygodne wytyczne kliniczne, które wdrożyła. Dla ułatwienia wdrożenia zalecane jest dokonanie:

- 1) zamiany wytycznych na proste instrukcje postępowania;
- 2) przypisania odpowiednich kompetencji pracownikom (lekarzom, pielęgniarkom, rejestratorom);
- 3) ustalenia sposobu przekazywania informacji;
- 4) przeszkolenia personelu w postępowaniu zgodnym z instrukcjami;
- 5) przećwiczenia postępowania w praktyce.

Okresowa ocena wdrożenia wytycznych polega na sprawdzaniu, co najmniej raz w roku, zgodności postępowania personelu z instrukcjami, opartymi na rekomendacjach zawartych w przyjętych wytycznych.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka dokonała wyboru wytycznych klinicznych i co najmniej raz w roku ocenia zgodność postępowania personelu z wytycznymi.

3 – Jednostka podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).

1 – Jednostka nie dokonała wyboru wytycznych klinicznych lub nie analizuje zgodności postępowania personelu z wytycznymi.

4. Kamienie milowe.

- 1) wytyczne są określone w prostych instrukcjach;
- 2) odpowiednie kompetencje są przypisane pracownikom (lekarze, pielęgniarki, rejestratorki);
- 3) ustalono sposób przekazywania informacji pracownikom o przyjętych instrukcjach;
- 4) personel został przeszkolony w postępowaniu zgodnym z instrukcjami.

Co najmniej 60% stanowią 3 kamienie milowe.

Waga standardu: 0,5

OP 5 Szczepienia ochronne.

Szczepienia ochronne są jedną z najskuteczniejszych metod redukcji chorób zakaźnych. Jednostka prowadzi szczepienia ochronne dla całej populacji pacjentów pozostającej pod jej opieką, zgodnie z aktualnym PSO, zarówno w zakresie szczepień obowiązkowych, jak i szczepień zalecanych. W zależności od objętej opieką populacji pacjentów, jednostka określiła rodzaje wykonywanych szczepień ochronnych i harmonogram ich realizacji.

OP 5.1 Jednostka posiada plan szczepień i harmonogram prowadzonych szczepień.

1. Opis wymagań

Plan szczepień opracowany przez jednostkę obejmuje nie tylko szczepienia obowiązkowe, ale również zalecane. W odniesieniu do szczepień zalecanych jednostka ma wcześniej opracowany plan edukowania i mobilizowania pacjentów do uczestnictwa w tych szczepieniach. W oparciu o plan szczepień jednostka tworzy harmonogram szczepień na dany rok. Harmonogram to uszczegółowiony plan działań, który określa kolejność i czas trwania poszczególnych etapów.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka opracowała kompletny plan edukowania i mobilizowania pacjentów do uczestnictwa w szczepieniach i harmonogram szczepień, uwzględniający aspekty wskazane w opisie wymagań.

1 – Jednostka opracowała plan edukowania i mobilizowania pacjentów do uczestnictwa w szczepieniach i harmonogram szczepień, który nie obejmuje niektórych aspektów wymienionych w opisie wymagań.

Waga standardu: 0,25

OP 5.2 Jednostka realizuje szczepienia obowiązkowe zgodnie z PSO (standard obligatoryjny).

1. Opis wymagań

W jednostce są realizowane obowiązkowe szczepienia ochronne zgodnie z aktualnie obowiązującym PSO. Jednostka opracowała sposób zapraszania pacjentów na szczepienia oraz prowadzi analizy wyszczepialności w poszczególnych grupach wiekowych i zależnie od wyników wprowadza konieczne działania (edukacyjne, informacyjne, plan poprawy). Analiza uwzględnia szczepienia realizowane według indywidualnego kalendarza. Jednostka rejestruje również odmowy szczepień obowiązkowych. Przyczyny uzasadniające czasowe lub trwałe wstrzymanie się od szczepienia są opracowane w formie pisemnej, dostępne i znane personelowi. Przeciwwskazania do szczepień (stałe lub czasowe) oraz odmowy szczepień powinny być odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka realizuje wszystkie szczepienia obowiązkowe zgodnie z PSO i osiąga wyszczepialność we wszystkich grupach wiekowych co najmniej równą średniej krajowej oraz analizuje realizację szczepień i w razie potrzeby wprowadza działania dla poprawy (zgodnie z opisem wymagań).

3 – Jednostka podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).

1 – Jednostka nie analizuje stopnia realizacji PSO w zakresie szczepień obowiązkowych.

4. Kamienie milowe:

- 1) jednostka realizuje obowiązkowe szczepienia ochronne zgodnie z aktualnym PSO;
- 2) opracowano sposób zapraszania pacjentów na szczepienia;
- 3) jednostka opracowała w formie pisemnej przyczyny uzasadniające czasowe lub trwałe wstrzymanie się od szczepień; są one dostępne i znane personelowi;
- 4) przyczyny uzasadniające czasowe lub trwałe wstrzymanie się od szczepień, przeciwwskazania do szczepień (stałe lub czasowe) oraz odmowy szczepień są odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta.

Co najmniej 60% stanowią 3 kamienie milowe.

Waga standardu: 1

OP 5.3 Jednostka analizuje realizację szczepień zalecanych dla dorosłych.

1. Opis wymagań

Zaleca się okresowe szczepienia dorosłych przeciwko:

- 1) WZW B (wszyscy nieszczepieni, 3 dawki);
- 2) grypie (raz w roku, na początku sezonu grypowego, 1 dawka) – wymóg osobnego standardu;
- 3) błonicy, tężcowi i krztuścowi szczepionką DTaP z obniżoną zawartością antygenów błonicy i krztuśca (dawka przypominająca co 10 lat);
- 4) MMR przeciw odrze, śwince i różyczce (wszyscy nieszczepieni, 1 lub 2 dawki);
- 5) ospie wietrznej (wszyscy, którzy nie chorowali i nie byli szczepieni, 2 dawki);
- 6) kleszczowemu zapaleniu mózgu (3 dawki, dawka przypominająca, co 3 do 5 lat);
- 7) meningokokom grupy B (2 dawki) oraz meningokokom grupy A, C, W, Y (1 dawka);

8) WZW A (wszyscy nieszczepieni, 2 dawki);

9) pneumokokom (szczepionka skoniugowana 1 dawka) – ujęte w osobnym standardzie OP 5.5.

Powyższa lista nie stanowi zamkniętego katalogu szczepień. Powinna być ona modyfikowana i dostosowywana do aktualnej sytuacji, w szczególności w sytuacji pojawienia się nowych, dostępnych szczepionek lub zmiany zaleceń dotyczących szczepień.

Jednostka prowadzi edukację dorosłych o szczepieniach. Stosuje zachęty i podnosi świadomość korzystania z tego osiągnięcia cywilizacyjnego. W jednostce są dostępne informacje o korzyściach zdrowotnych szczepień z powyższej listy. Jednostka prowadzi dokumentację dotyczącą szczepiących się i monitoruje stan wyszczepienia swoich pacjentów, wykorzystując w szczególności moduł w systemie informatycznym. Dokumentacja ta jest przyczynkiem do tematycznych spotkań zespołu jednostki, podczas których analizuje się wyszczepialność zalecaną, specyfikę zagadnienia i sposoby przełamania niechęci znacznej części dorosłych do szczepień.

Jednostka określiła populację, harmonogram i sposób organizacji szczepień, jak również warunki uzyskania świadczenia. Aby szczepienia te były skutecznie realizowane, konieczne jest odpowiednie informowanie pacjentów i ich rodzin oraz zapewnienie dostępności szczepionek. Należy wyznaczyć osoby odpowiedzialne za realizację szczepień oraz określić sposób oceny ich realizacji.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka realizuje cykliczne coroczne spotkania zespołu poświęcone szczepieniom dorosłych i przedstawia aktualne, uzyskane wyniki wyszczepialności.

1 – Jednostka nie realizuje cyklicznych corocznych spotkań zespołu poświęconych szczepieniom dorosłych.

Waga standardu: 0,25

OP 5.4 Jednostka prowadzi szczepienia seniorów przeciwko grypie.

1. Opis wymagań

Osoby po 65. r.ż. należą do grupy pacjentów szczególnie narażonej na ciężki przebieg grypy i jej powikłań. Szczepienie przeciwko grypie zaleca się wykonać od września do połowy listopada. Intencją standardu jest powszechne uzyskanie odporności, do czego konieczna jest odpowiednia kampania informacyjno-promocyjna wśród pacjentów jednostki, w tym wykorzystanie kompetencji pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej oraz systemu zapraszania na szczepienia.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – Wyszczepialność przeciwko grypie pacjentów powyżej 65. r.ż. każdego roku w ostatnich 3 latach była równa lub większa od średniej krajowej wyszczepialności dla pacjentów w tym wieku.

1 – Wyszczepialność przeciwko grypie pacjentów powyżej 65. r.ż. choć w jednym roku w ostatnich 3 latach była mniejsza od średniej krajowej wyszczepialności dla pacjentów w tym wieku lub jednostka nie posiada danych o wyszczepialności.

Waga standardu: 0,5

OP 5.5 Jednostka prowadzi szczepienia seniorów przeciwko pneumokokom.

1. Opis wymagań

Osoby po 65. r.ż. należą do grupy pacjentów narażonych na ciężki przebieg inwazyjnego zakażenia dwóinką zapalenia płuc (*Streptococcus pneumoniae*). Szczepienie przeciwko pneumokokom zalecane jest wszystkim osobom dorosłym w wieku 65 lat i starszym, jeżeli nie byli szczepieni oraz dorosłym

z grup ryzyka. Aby szczepienie było realizowane powszechnie, konieczna jest odpowiednia informacja, system zapraszania na szczepienia, edukacja pacjentów i ich rodzin.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki;
- 3) przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – Więcej niż 10% pacjentów w wieku 65 lat i starszych było zaszczepionych podstawową szczepionką przeciwko pneumokokom w okresie ostatnich 5 lat.

3 – 5–10% pacjentów w wieku 65 lat i starszych było zaszczepionych podstawową szczepionką przeciwko pneumokokom w okresie ostatnich 5 lat.

1 – Mniej niż 5% pacjentów w wieku 65 lat i starszych było zaszczepionych podstawową szczepionką przeciwko pneumokokom w okresie ostatnich 5 lat.

Waga standardu: 0,5

OP 6 Jednostka realizuje programy profilaktyczne.

Promocja zdrowia i działania profilaktyczne, zarówno zaplanowane przez jednostkę, jak i powszechnie prowadzone stanowią jeden z pożądanych zakresów działalności POZ. Jednostka wdrożyła programy profilaktyczne, dedykowane różnym grupom wiekowym (dzieci, młodzież, dorośli, seniorzy). Każdy program profilaktyczny określa populację objętą programem, terminarz planowanych działań oraz sposób oceny realizacji poszczególnych etapów programu. Należy wyznaczać osoby odpowiedzialne za zapewnienie udziału pacjentów w programie. Realizowane programy profilaktyczne muszą opierać się na opisanych w publikacjach naukowych, wiarygodnych badaniach klinicznych potwierdzających ich potencjalną skuteczność i możliwość uzyskania korzyści zdrowotnych. Źródłem najbardziej wiarygodnych informacji na temat potencjalnej efektywności zdrowotnej programów profilaktycznych są strony internetowe *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)* i *Cochrane Library*. Nie należy wdrażać programów profilaktycznych niemających potwierdzenia naukowego w tych źródłach z uwagi na bardzo duże ryzyko nieskuteczności i trwonienia zasobów.

OP 6.1 Jednostka prowadzi program profilaktyki antynikotynowej.

1. Opis wymagań

Palenie tytoniu jest jednym z kluczowych czynników ryzyka rozwoju chorób układu oddechowego, chorób naczyniowych i nowotworów tytoniozależnych. Jednostka opracowała program profilaktyki antynikotynowej i zidentyfikowała pacjentów wymagających objęcia tym programem. W dokumentacji pacjenta należy odnotować informacje dotyczące jego historii palenia, rodzaju kontaktów z produktami zawierającymi nikotynę, liczby paczkołat u palących aktualnie lub w przeszłości. W jednostce jest prowadzona minimalna interwencja nikotynowa i ocena stopnia uzależnienia od tytoniu. U palących należy okresowo wykonywać test motywacji do rzucenia palenia. Pacjenci rozważający zaprzestanie palenia powinni otrzymywać wsparcie. Praktyka wykorzystuje test uzależnienia od tytoniu oraz oferuje w razie potrzeby odpowiednią farmakoterapię antynikotynową. Jednostka powinna okresowo oceniać realizację programu profilaktyki antynikotynowej.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka opracowała program profilaktyki antynikotynowej, zidentyfikowała osoby palące, realizuje minimalną interwencję nikotynową, ocenia stopień uzależnienia od tytoniu i gotowość do rzucenia palenia, udziela pacjentom wsparcia i stosuje farmakoterapię antynikotynową. Jednostka okresowo ocenia realizację programu profilaktyki antynikotynowej.

1 – Jednostka nie zidentyfikowała palaczy w populacji podopiecznych lub nie realizuje programu profilaktyki antynikotynowej lub nie ocenia realizacji programu profilaktyki antynikotynowej.

Waga standardu: 0,5

OP 6.2 Jednostka realizuje program profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK).

1. Opis wymagań

Jednostka wdrożyła program profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK) i jest on realizowany zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej, a wskaźnik objęcia populacji świadczeniem ChUK jest wyższy niż 40%.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) SIMP;
- 4) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka wdrożyła program profilaktyki chorób układu krążenia, realizuje go zgodnie z planem i okresowo ocenia jego realizację, a wskaźnik objęcia populacji świadczeniem ChUK jest wyższy niż 40%.

3 – Jednostka wdrożyła program profilaktyki chorób układu krążenia, realizuje go zgodnie z planem i okresowo ocenia jego realizację, a wskaźnik objęcia populacji świadczeniem ChUK wynosi od 11 % do 40%.

1 – Jednostka nie wdrożyła programu profilaktyki chorób układu krążenia ChUK lub wskaźnik objęcia populacji świadczeniem ChUK jest niższy niż 11%.

Waga standardu: 0,5

OP 6.3 Jednostka aktywnie zachęca pacjentki do udziału w programie profilaktyki raka piersi (mammografia).

1. Opis wymagań

Jednostka aktywnie zachęca pacjentki do regularnej profilaktyki raka piersi, przez wykonywanie badania mammograficznego. W tym celu monitoruje, które pacjentki z listy aktywnej kwalifikują się do wykonania badania, zachęca pacjentki do wykonania badań mammograficznych, wskazuje im miejsca, gdzie mogą wykonać badanie oraz ocenia, jaki odsetek kwalifikujących się kobiet wykonał badanie. Standard jest oceniany na podstawie danych o wykonanych badaniach mammograficznych. Jednostka posiada zestawienia przygotowane na podstawie dostępnych danych, zawierające wyliczenie procentowego wskaźnika realizacji badań mammograficznych wśród zadeklarowanych pacjentek.

Wskaźnik jest wyliczany jako wynik dzielenia liczby wszystkich badań wykonanych w okresie ostatnich 12 miesięcy przez liczbę pacjentek kwalifikujących się do wykonania badania mammograficznego.

Wartość średniej krajowej wykonalności mammografii jest publikowana na stronie internetowej CMJ.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) SIMP;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki;
- 3) przegląd dokumentacji medycznej;
- 4) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka aktywnie zachęca swoje pacjentki do profilaktyki raka piersi, a odsetek kobiet, które wykonały badanie mammograficzne, spośród kobiet na liście aktywnej jednostki, które kwalifikują się do programu, jest wyższy od średniej krajowej wykonalności mammografii.

3 – Jednostka aktywnie zachęca swoje pacjentki do profilaktyki raka piersi, a odsetek kobiet, które wykonały badanie mammograficzne, spośród kobiet na liście aktywnej jednostki, które kwalifikują się do programu, jest równy średniej krajowej wykonalności mammografii.

1 – Jednostka niedostatecznie zachęca swoje pacjentki do profilaktyki raka piersi i odsetek kobiet, które wykonały badanie mammograficzne, spośród kobiet na liście aktywnej jednostki, które kwalifikują się do programu, wynosi mniej niż średnia krajowa wykonalności mammografii lub jednostka nie ocenia wykonania badań mammograficznych u swoich pacjentek.

Waga standardu: 0,5

OP 6.4 Jednostka aktywnie zachęca pacjentki do udziału w programie profilaktyki raka szyjki macicy.

1. Opis wymagań

Jednostka aktywnie zachęca pacjentki do profilaktyki raka szyjki macicy i wykonywania badań cytologicznych.

W tym celu monitoruje, które pacjentki z listy aktywnej kwalifikują się do wykonania badania cytologicznego, zachęca pacjentki do wykonania cytologii, wskazuje im miejsca, gdzie mogą wykonać badanie oraz ocenia jaki odsetek kwalifikujących się kobiet wykonał badanie. Standard jest oceniany na podstawie danych o wykonanych badaniach cytologicznych. Jednostka posiada zestawienia przygotowane na podstawie dostępnych danych, zawierające wyliczenie procentowego wskaźnika realizacji badań cytologicznych wśród zadeklarowanych pacjentek.

Wskaźnik jest wyliczany jako wynik dzielenia liczby wszystkich badań wykonanych w okresie ostatnich 12 miesięcy przez liczbę pacjentek kwalifikujących się do wykonania badań cytologicznych.

Wartość średniej krajowej wykonalności badań cytologicznych jest publikowana na stronie internetowej CMJ.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) SIMP;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki;
- 3) przegląd dokumentacji medycznej;
- 4) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka aktywnie zachęca swoje pacjentki do profilaktyki raka szyjki macicy, a odsetek kobiet, które wykonały cytologię, spośród kobiet na liście aktywnej jednostki, które kwalifikują się do programu, jest wyższy od ogólnopolskiej średniej krajowej wykonalności cytologii.

3 – Jednostka aktywnie zachęca swoje pacjentki do profilaktyki raka szyjki macicy, a odsetek kobiet, które wykonały cytologię, spośród kobiet na liście aktywnej jednostki, które kwalifikują się do programu, jest równy ogólnopolskiej średniej krajowej wykonalności cytologii.

1 – Jednostka niedostatecznie zachęca swoje pacjentki do profilaktyki raka szyjki macicy i odsetek kobiet, które wykonały cytologię, spośród kobiet na liście aktywnej jednostki, które kwalifikują się do programu, wynosi mniej niż ogólnopolska średnia krajowa wykonalności cytologii lub jednostka nie ocenia wykonania badań cytologicznych u swoich pacjentek.

Waga standardu: 0,5

OP 6.5 Jednostka aktywnie zachęca pacjentów do udziału w programie profilaktyki raka jelita grubego (kolonoskopia).

1. Opis wymagań

Jednostka aktywnie zachęca pacjentów do profilaktyki raka jelita grubego (kolonoskopia). W tym celu monitoruje, którzy pacjenci z listy aktywnej kwalifikują się do wykonania badania, zachęca ich do wykonania kolonoskopii, wskazuje im miejsca, gdzie mogą wykonać badanie oraz ocenia jaki odsetek kwalifikujących się pacjentów wykonał badanie. Standard jest oceniany na podstawie danych o wykonanych badaniach kolonoskopowych. Jednostka posiada zestawienia przygotowane na podstawie dostępnych danych, zawierające wyliczenie procentowego wskaźnika realizacji badań kolonoskopii wśród zadeklarowanych pacjentów. Wskaźnik jest wyliczany jako wynik dzielenia liczby wszystkich

badan wykonanych w okresie ostatnich 12 miesięcy przez liczbę pacjentów kwalifikujących się do wykonania kolonoskopii.
Wartość średniej krajowej wykonalności kolonoskopii jest publikowana na stronie internetowej CMJ.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) SIMP;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki;
- 3) przegląd dokumentacji medycznej;
- 4) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka aktywnie zachęca pacjentów do udziału w programie profilaktyki raka jelita grubego, a odsetek pacjentów, którzy skorzystali z programu profilaktyki raka jelita grubego spośród pacjentów na liście aktywnej jednostki, którzy kwalifikują się do programu, jest wyższy od ogólnopolskiej średniej krajowej wykonalności kolonoskopii.

3 – Jednostka wdrożyła program profilaktyki raka jelita grubego, a odsetek pacjentów, którzy skorzystali z programu profilaktyki raka jelita grubego spośród pacjentów na liście aktywnej jednostki, którzy kwalifikują się do programu, jest równy ogólnopolskiej średniej krajowej wykonalności kolonoskopii.

1 – Jednostka nie wdrożyła programu profilaktyki raka jelita grubego lub odsetek pacjentów, którzy skorzystali z programu profilaktyki raka jelita grubego, spośród pacjentów na liście aktywnej jednostki, którzy kwalifikują się do programu, jest mniejszy od ogólnopolskiej średniej krajowej wykonalności kolonoskopii lub jednostka nie ocenia wykonania badań kolonoskopowych u swoich pacjentów.

Waga standardu: 0,5

OP 6.6 Jednostka prowadzi inny, wybrany program profilaktyczny (standard może być wyłączony).

1. Opis wymagań

Jednostka powinna wybrać i wdrożyć program profilaktyczny inny niż szczepienia ochronne i programy opisane w standardach OP 6.1–OP 6.5. Powinien być on wybrany zgodnie z potrzebami objętej opieką populacji. Program określa populację, do której jest kierowany oraz terminarz planowanych działań, a także sposób oceny realizacji poszczególnych etapów programu.

Należy wyznaczyć, spośród personelu jednostki, osoby odpowiedzialne za zapewnienie udziału pacjentów w programie. Wybrany program powinien opierać się na opisanych w *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)* lub *Cochrane Library*, publikacjach naukowych, wiarygodnych badaniach klinicznych, potwierdzających jego skuteczność i możliwość uzyskania korzyści zdrowotnych. Program opracowany przez zewnętrzną instytucję jest akceptowany, jeżeli spełnia powyższe wymagania, co powinno zostać ocenione przez jednostkę lub podmiot niezależny od autora programu. Jednostka okresowo ocenia realizację programu.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka wybrała i wdrożyła (bądź wybrała opracowanie zewnętrzne i je wdrożyła), co najmniej jeden program profilaktyczny inny niż szczepienia ochronne i programy opisane w standardach OP 6.1–OP 6.5 i realizuje go zgodnie z planem i okresowo ocenia jego realizację.

1 – Jednostka nie prowadzi żadnego programu profilaktycznego innego niż szczepienia ochronne i programy opisane w standardach OP 6.1–OP 6.5 albo nie ocenia realizacji programu.

Waga standardu: 0,5

Standard może być wyłączony na wniosek jednostki.

OP 7 Pacjenci mają dostęp do informacji odnośnie możliwości skorzystania ze świadczeń w jednostce.

Pacjenci mają możliwość łatwego zapoznania się z podstawowymi informacjami dotyczącymi funkcjonowania jednostki i ułatwiającymi korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Informacja jest aktualna i łatwo dostępna dla pacjenta w różnych miejscach, w różnej formie, w tym zamieszczona na stronie internetowej.

OP 7.1 Informacje o oferowanych świadczeniach zdrowotnych są łatwo dostępne i aktualne.

1. Opis wymagań

W łatwo dostępnym miejscu (na tablicy ogłoszeń, na stronie internetowej jednostki) znajdują się istotne informacje, w szczególności o rodzajach świadczeń zdrowotnych dostępnych w jednostce, w tym badań diagnostycznych, funkcjonowaniu gabinetu zabiegowego, pobieraniu materiału biologicznego do badań laboratoryjnych, godzinach wizyt domowych, prowadzonych działaniach profilaktycznych, prowadzonych grupach dyspanseryjnych, opiece koordynowanej, a także o możliwych formach kontaktu (telefon, poczta elektroniczna, strona internetowa).

2. Sposób sprawdzenia

- 1) obserwacja bezpośrednia;
- 2) przegląd strony internetowej.

3. Ocena punktowa

5 – Informacja o oferowanych świadczeniach zdrowotnych jest aktualna i łatwo dostępna we wszystkich miejscach (adresach) udzielania świadczeń zdrowotnych i na stronie internetowej.

1 – Informacja o oferowanych świadczeniach zdrowotnych nie jest aktualna albo nie jest łatwo dostępna we wszystkich miejscach (adresach) świadczenia udzielania świadczeń zdrowotnych i na stronie internetowej.

Waga standardu: 0,25

OP 7.2 Harmonogram pracy uwzględnia potrzeby pacjentów i jest przestrzegany.

1. Opis wymagań

Opracowanie harmonogramu pracy, uwzględniającego tygodniowy i dzienny rozkład stałych zajęć, usprawnia organizację pracy. Tygodniowy rozkład godzin pracy powinien uwzględniać potrzeby pacjentów, którzy nie mogą skorzystać z porady w godzinach popołudniowych. Pacjenci mają łatwy dostęp do informacji określającej godziny, w których udzielane są różne świadczenia zdrowotne, w szczególności: przyjęcia w gabinecie, wizyty domowe, teleporady, zabiegi diagnostyczno-lecznicze, pobieranie materiału biologicznego do badań laboratoryjnych, wykonywanie szczepień ochronnych. Informacje obejmują pracę wszystkich członków personelu medycznego. Harmonogram miesięczny lub roczny wskazuje zadania realizowane okresowo, takie jak sezonowe akcje szczepień. Pacjent uzyskuje informacje o harmonogramie pracy z tablicy ogłoszeń, strony internetowej jednostki, a dodatkowe, szczegółowe informacje w rejestracji bezpośrednio lub zdalnie.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) przegląd strony internetowej;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka opracowała harmonogram pracy, który uwzględnia wszystkie udzielane świadczenia zdrowotne, przestrzega go, jest on łatwo dostępny dla personelu i pacjentów i spełnia wymogi z opisu wymagań.

1 – Harmonogram nie jest przestrzegany lub nie spełnia wymogów z opisu wymagań.

Waga standardu: 0,25

OP 7.3 Terminarz wizyt jest elastyczny i funkcjonalny.

1. Opis wymagań

Funkcjonalny i elastyczny terminarz wizyt warunkuje sprawne funkcjonowanie jednostki i bezpieczeństwo pacjentów. Terminarz jest na tyle elastyczny, by umożliwiał przyjmowanie pacjentów zgodnie z wcześniej ustalonym terminem, lecz także uwzględniał pacjentów zgłaszających się z nagłymi problemami zdrowotnymi oraz wymagających dłuższej porady medycznej. Czas przeznaczony na udzielenie porady jest uzależniony od problemów indywidualnych pacjenta i musi być wystarczający do zapewnienia pacjentom świadczeń zdrowotnych odpowiedniej jakości. System rejestracji zapewnia średni czas na przyjęcie pacjenta zgodnie z przyjętym przez jednostkę standardem. Pracownicy rejestracji są odpowiednio przeszkoleni i posiadają wiedzę jak postąpić w zależności od przekazywanych przez pacjenta informacji. Terminarz wizyt uwzględnia podział pacjentów na:

- 1) planowych;
- 2) pilnych, którym należy zapewnić możliwość wizyty w ciągu 24 godzin od chwili zgłoszenia.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) telefoniczne badanie typu „tajemniczy klient”;
- 2) obserwacja bezpośrednia;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka posiada elastyczny i funkcjonalny terminarz wizyt, uwzględniający przyjęcia planowe i pilne.

1 – Terminarz wizyt jest nieelastyczny lub niefunkcjonalny.

Waga standardu: 0,5

OP 8 System rejestracji pacjentów jest efektywny.

Jednostka powinna posiadać efektywny system rejestracji pacjentów na określone godziny i wykorzystywać do tego celu różne sposoby komunikacji takie jak: rejestracja osobista, telefoniczna, internetowa. Sposoby te zapewniają pacjentowi szybki kontakt oraz możliwość zarówno zarejestrowania się na wizytę, jak i zmiany jej terminu lub odwołania. Terminy mogą uwzględniać dodatkowy czas na zgłoszenie do rejestracji i przygotowanie do wizyty lub zabiegu. Pacjenci są informowani o sposobie, w jaki powinni w razie potrzeby odwoływać wizyty, gdy nie mogą dotrzymać terminu.

OP 8.1 Pacjenci są rejestrowani na określone godziny.

1. Opis wymagań

Rejestracja pacjentów na określone godziny pozwala na minimalizację czasu oczekiwania pacjenta na wizytę, co zwiększa jego komfort i poprawia bezpieczeństwo sanitarne. System rejestracji umożliwia zapisanie pacjenta na wizytę o określonej godzinie. Pacjent otrzymuje niezbędne informacje do przygotowania się na wizytę wymagającą wykonania określonej procedury.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) badanie typu „tajemniczy klient”;
- 2) obserwacja bezpośrednia;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka stosuje system rejestracji na określone godziny.

1 – Jednostka nie stosuje systemu rejestracji na określone godziny.

Waga standardu: 0,25

OP 8.2 System rejestracji telefonicznej jest efektywny.**1. Opis wymagań**

Jednostka posiada zasoby oraz rozwiązania organizacyjne, które umożliwią pacjentom łatwy kontakt w jej godzinach pracy. Realizowana liczba połączeń przychodzących w jednym czasie i liczba osób odbierających telefony, zapewnia pacjentom możliwość łatwego kontaktu w czasie 5 minut oraz nie dezorganizuje pracy rejestracji w jednostce.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) kontakt telefoniczny z jednostką w godzinach jej pracy (trzykrotny kontakt w czasie pracy jednostki w różnych porach dnia) w datach różnych od daty wizyty akredytacyjnej;
- 2) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Średni czas oczekiwania na połączenie z rejestracją nie przekracza 5 minut.

3 – Średni czas oczekiwania na połączenie z rejestracją jest dłuższy niż 5 minut.

1 – Jednostka nie posiada efektywnego systemu rejestracji telefonicznej (średni czas oczekiwania na połączenie z pracownikiem rejestracji przekracza 15 minut).

Waga standardu: 0,25

OP 8.3 Dostępna jest rejestracja internetowa (zdalna).**1. Opis wymagań**

Jednostka umożliwia wszystkim pacjentom możliwość internetowej rejestracji na wizytę, na dostępne terminy do wszystkich lekarzy, do pielęgniarek oraz położnych POZ (jeżeli wchodzi one w skład personelu jednostki). System rejestracji powinien być łatwy w obsłudze i przyjazny dla pacjenta. System ten powinien być wykorzystany przy ustalaniu terminów wizyt planowych. Nie zastępuje on rejestracji bezpośredniej lub telefonicznej w pilnych przypadkach. Pacjent po zarejestrowaniu otrzymuje potwierdzenie w szczególności pocztą elektroniczną lub wiadomością tekstową SMS.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) próba ustalenia terminu wizyty przez Internet;
- 2) obserwacja bezpośrednia;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka posiada efektywny system rejestracji internetowej.

1 – Jednostka nie posiada efektywnego systemu rejestracji internetowej.

Waga standardu: 0,25

OP 9 Jednostka analizuje prowadzenie wizyt domowych.**1. Opis wymagań**

Wizyty domowe są właściwą formą sprawowania opieki i zapewniają leczenie w sytuacjach, w których skorzystanie z porady w jednostce jest niemożliwe lub bardzo utrudnione, w szczególności w przypadku obłożnie chorych, pacjentów po urazach, osób starszych, pacjentów mających istotne problemy w poruszaniu się oraz w nagłych zachorowaniach. Przy przyjmowaniu deklaracji i wpisywaniu na listę zadeklarowanych pacjentów, jednostka bierze odpowiedzialność za możliwość przeprowadzenia wizyt domowych. Jednostka nie powinna przyjmować deklaracji od osób, którym z uwagi na miejsce zamieszkania nie jest w stanie świadczyć wizyt domowych. Jednostka określiła sposób dokumentowania zgłoszeń wizyt, monitoruje ich liczbę, analizuje przyczyny i zasadność zgłaszanych wizyt domowych. Jest prowadzona ocena zasadności alternatywnych sposobów udzielenia świadczeń (teleporada, wizyta pielęgniarki, wizyta w gabinecie jednostki, zalecenie wezwania zespołu ratownictwa medycznego – ŻRM).

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

- 5 – Jednostka prowadzi wizyty domowe, analizuje ich liczbę, przyczyny i zasadność wezwań.
1 – Jednostka nie analizuje realizowanych wizyt domowych.

Waga standardu: 0,5

OP 10 Informacja o możliwości uzyskania i terminie teleporady jest łatwo dostępna.**1. Opis wymagań**

Informacja o uzyskaniu teleporady jest łatwo dostępna, a w informacji zostały określone formy możliwego kontaktu, organizacja udzielania porad oraz godziny, w których każdego dnia możliwy jest kontakt zdalny. Informacja powinna zawierać też wskazówki, w jakich sytuacjach zdrowotnych należy zwracać się o teleporadę. Teleporady nie powinny zastępować wizyty w gabinecie, gdy istotne jest badanie fizykalne pacjenta lub w przypadku pacjentów nieznanych lekarzowi POZ, w szczególności pierwszorazowych.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) obserwacja bezpośrednia;
- 2) przegląd strony internetowej.

3. Ocena punktowa

- 5 – Informacja o możliwości uzyskania porady na odległość jest łatwo dostępna dla pacjenta, zarówno na terenie jednostki, jak i na jej stronie internetowej, jej formie oraz godzinach, w których możliwy jest kontakt teleinformatyczny.
1 – Brak informacji o możliwości uzyskania porady na odległość zgodnie z opisem wymagań.

Waga standardu: 0,25

II. KOMPLEKSOWOŚĆ OPIEKI (KO)

Kompleksowość i wszechstronność opieki jest cechą zasadniczą, odróżniającą kompetencje lekarza POZ od kompetencji lekarzy specjalistów. Polega ona na sprawowaniu kompleksowej opieki zdrowotnej nad pacjentem niezależnie od jego wieku, płci i problemu zdrowotnego. Zespół POZ podejmuje działania profilaktyczne oraz terapeutyczne w określonych jednostkach chorobowych. Lekarz POZ ma podstawowe kompetencje w wielu specjalizacjach medycznych, nie tylko internistycznych i pediatrycznych, ale także zabiegowych, jak laryngologia, okulistyka czy ginekologia, jednak ograniczone do najczęstszych, umiarkowanie skomplikowanych stanów klinicznych. W razie wystąpienia bardziej złożonych problemów zdrowotnych, lekarz POZ powinien być odpowiedzialny za skoordynowanie różnych poziomów opieki medycznej, takich jak: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) czy leczenie szpitalne, dostosowując plan leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta. Kluczowym elementem wszechstronnej opieki jest zapewnienie odpowiedniej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

W przypadku leczenia pacjenta przez różne podmioty systemu ochrony zdrowia szczególnie istotne jest zapewnienie ciągłości opieki. Deficyty jakości, zdarzenia niepożądane najczęściej występują w fazie przekazywania chorego. Dobrze funkcjonująca opieka zdrowotna powinna umożliwić sprawne przekazywanie nie tylko pacjenta, ale też istotnych dla dalszego postępowania informacji o pacjencie. Dotyczy to zarówno informacji przekazywanych przez jednostkę udzielającą świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej do innych świadczeniodawców, jak również pozyskiwania informacji zwrotnej. Właściwa organizacja działań terapeutycznych pozwoli usprawnić proces leczenia. Pozwala na uniknięcie powtórzeń, błędów oraz zapewni pacjentowi skuteczną i kompleksową opiekę medyczną. Istotne jest dbanie o płynny przepływ informacji pomiędzy wszystkimi zaangażowanymi w leczenie pacjenta podmiotami. Pozwoli uniknąć pozostawienia pacjenta bez opieki oraz zadbać o jego bezpieczeństwo i skuteczność terapii.

KO 1 Lekarze jednostki sprawują kompleksową opiekę nad całą populacją.

KO1.1 Jednostka sprawuje opiekę nad populacją odzwierciedlającą krzywą demograficzną.

1. Opis wymagań

Udział poszczególnych grup wiekowych wśród zadeklarowanych pacjentów odzwierciedla rozkład wiekowy populacji. Jednostka zapewnia kompleksową opiekę nad całą populacją zadeklarowanych podopiecznych i całymi ich rodzinami (noworodki, dzieci, młodzież, dorośli, seniorzy). Udział poszczególnych grup wiekowych wśród zadeklarowanych pacjentów odzwierciedla rozkład wiekowy populacji. Zazwyczaj 10% populacji stanowią dzieci i nie mniej niż 10% zadeklarowanej populacji stanowią seniorzy.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z kierownikiem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka zapewnia kompleksową opiekę nad całą populacją (min. 10 % stanowią dzieci i min. 10% stanowią seniorzy).

1 – Jednostka sprawuje opiekę nad wybraną populacją.

Waga standardu: 0,5

KO 1.2 Lekarze jednostki sprawują kompleksową opiekę nad całą populacją.

1. Opis wymagań

Lekarze POZ jednostki zapewniają kompleksową opiekę nad całą populacją zadeklarowanych podopiecznych i całymi ich rodzinami (noworodki, dzieci, młodzież, dorośli, seniorzy). W czasie godzin pracy jednostki przyjmowani są zarówno dorośli, jak i dzieci.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z kierownikiem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka zapewnia kompleksową opiekę nad całymi rodzinami (od noworodka do seniora) i 80–100% lekarzy sprawuje opiekę zarówno nad dziećmi, jak i dorosłymi.

3 – Jednostka zapewnia kompleksową opiekę nad całymi rodzinami (od noworodka do seniora) i 60–79% lekarzy sprawuje opiekę zarówno nad dziećmi, jak i dorosłymi.

1 – Jednostka nie zapewnia kompleksowej opieki nad całymi rodzinami albo mniej niż 60% lekarzy sprawuje opiekę zarówno nad dziećmi, jak i dorosłymi.

Waga standardu: 0,5

KO 2 Jednostka stosuje szybkie testy diagnostyczne.

1. Opis wymagań

Szybkie testy diagnostyczne, w tym pilne, wykonywane w miejscu opieki nad pacjentem lub w pobliżu tego miejsca, dzięki łatwości i szybkości uzyskania wyniku stanowią istotną składową procesu diagnostycznego.

Szybkie testy diagnostyczne pozwalają lekarzowi POZ podjąć szybką decyzję terapeutyczną, a pacjentowi oszczędzają trudu i czasu na wizytę w celu wykonania badania w laboratorium i dwukrotnej wizyty u lekarza. Są również szczególnie przydatne w jednostce znacznie oddalonej od laboratorium.

W jednostce określono wykonywane szybkie testy diagnostyczne, wymaganych dla grup dyspanseryjnych, zidentyfikowane jako ważne dla populacji objętej opieką jednostki, ich metodykę

i sprzęt, materiały zużywalne, odczynniki, kalibratory i materiały kontrolne, jeżeli metodyka oznaczenia tego wymaga.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) obserwacja bezpośrednia;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki;
- 4) przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka stosuje co najmniej 4 rodzaje szybkich testów diagnostycznych w codziennej praktyce.

3 – Jednostka stosuje 2 lub 3 rodzaje szybkich testów diagnostycznych w codziennej praktyce.

1 – Jednostka stosuje mniej niż 2 rodzaje szybkich testów diagnostycznych lub nie stosuje takich testów.

Waga standardu: 0,5

KO 3 Chorzy przewlekłe są objęci planową opieką w grupach dyspanseryjnych.

Niektóre choroby przewlekłe wymagają szczególnej opieki lekarskiej lub pielęgniarskiej. Osoby zaliczane do grupy z takimi schorzeniami wymagają wyodrębnienia w grupę dyspanseryjną i aktywnego oferowania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przyjętym harmonogramem, a nie przyjmowania jedynie w razie wystąpienia dolegliwości. Tacy chorzy są umawiani na z góry zaplanowane wizyty kontrolne stanu zdrowia, badania wykonywane są w przyjętych interwałach.

KO 3.1 Jednostka opracowała programy dyspanseryjne dla przewlekłe chorych.

1. Opis wymagań

Jednostka powinna ustalić, w jakich problemach zdrowotnych, chorobach przewlekłych tworzy grupy dyspanseryjne, którym oferuje zaplanowaną opiekę według przyjętych harmonogramów. Powinny być one wybrane w oparciu o dane praktyki i obejmować choroby często występujące, w których ściślejszy nadzór wiąże się z lepszymi efektami zdrowotnymi. Dla każdej grupy dyspanseryjnej, obejmującej pacjentów z określonym problemem zdrowotnym, jednostka posiada opracowany program i harmonogram optymalnej opieki, uwzględniający:

- 1) rodzaje badań i interwencji;
- 2) częstotliwość ich wykonywania w określonych grupach, częstotliwość wizyt;
- 3) sposób powiadamiania lub zapraszania pacjenta w przypadku, gdy nie zgłasza się on sam;
- 4) postępowanie w przypadku braku kontaktu z osobą z takiej grupy;
- 5) sposób pomiaru efektu.

Programy powinny być oparte o aktualne i wiarygodne wytyczne postępowania medycznego.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka określiła co najmniej 5 grup z określonym problemem zdrowotnym i opracowała programy opieki nad pacjentami ze wszystkich tych grup.

3 – Jednostka określiła 3–4 grupy z określonym problemem zdrowotnym i opracowała programy opieki nad pacjentami ze wszystkich tych grup.

1 – Jednostka określiła i opracowała programy opieki dla mniej niż 3 grup z określonym problemem zdrowotnym.

Waga standardu: 0,25

KO 3.2 Jednostka wdrożyła i prowadzi programy dyspanseryjne.

1. Opis wymagań

Program opieki nad pacjentem z wybranej grupy dyspanseryjnej, określa sposób monitorowania realizacji poszczególnych elementów programu. Zostały wyznaczone osoby odpowiedzialne za zapewnienie udziału pacjentów w programach opieki oraz monitorowanie wdrożenia i analizę wyników programu. Wyniki z monitorowania są przekazywane pracownikom w szczególności w trakcie spotkań zespołu POZ.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka realizuje programy opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, w co najmniej 5 grupach z określonym problemem zdrowotnym i analizuje wyniki wdrożenia programów.

3 – Jednostka realizuje programy opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi w 3–4 grupach z określonym problemem zdrowotnym i analizuje wyniki wdrożenia programów.

1 – Jednostka realizuje programy opieki dla mniej niż 3 grup z określonym problemem zdrowotnym lub nie analizuje wyników wdrożenia programów.

Waga standardu: 0,5

KO 4 Jednostka realizuje opiekę koordynowaną.

Koordynacja opieki jest jednym z najistotniejszych aspektów wszechstronności opieki i ciągłości leczenia. Wprowadzenie opieki koordynowanej w POZ poszerzyło listę badań diagnostycznych, które może zlecić lekarz POZ. W ramach tej opieki lekarz POZ może zlecić pacjentowi (w sytuacji medycznie uzasadnionej) konsultacje z dietetykiem (przy rozpoznaniu w szczególności cukrzycy) oraz konsultacje z lekarzem specjalistą z zakresu diabetologii, endokrynologii, kardiologii, pulmonologii, alergologii lub innym w ramach rozwoju opieki koordynowanej.

Szerszy zakres badań diagnostycznych wykonywanych w POZ skraca czas potrzebny na wykonanie diagnostyki, pozwala na szybsze postawienie diagnozy i wprowadzenie właściwego leczenia, co w konsekwencji poprawia jakość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.

KO 4.1 Jednostka realizuje świadczenia w ramach opieki koordynowanej (standard może być wyłączony).

1. Opis wymagań

Opieka koordynowana to wiele możliwości diagnostycznych i leczenia najczęstszych chorób przewlekłych już u swojego lekarza POZ. Lekarz POZ może zlecić pacjentom dodatkowe badania diagnostyczne, które pozwalają na zapewnienie bardziej wszechstronnej opieki.

Diagnostyka i leczenie pacjenta oparte są na Indywidualnym Planie Opieki Medycznej (IPOM) i uwzględniają nie tylko wykonywanie badań, ale także konsultacje między lekarzem POZ a lekarzem specjalistą i dodatkowe konsultacje w szczególności z dietetykiem.

Wymogiem standardu jest realizacja świadczeń zdrowotnych w formie opieki koordynowanej w zakresie:

- 1) diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków;
- 2) diagnostyka i leczenie stanów przedcukrzycowych albo cukrzycy;
- 3) diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc;
- 4) diagnostyka i leczenie nadczynności tarczycy, diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy;
- 5) diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek;
- 6) innym w ramach rozwoju opieki koordynowanej.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka prawidłowo realizuje świadczenia w zakresie opieki koordynowanej we wszystkich zakresach określonych w opisie wymagań.

3 – Jednostka prawidłowo realizuje świadczenia w zakresie opieki koordynowanej w co najmniej dwóch zakresach określonych w opisie wymagań.

1 – Jednostka nie realizuje świadczeń w zakresie opieki koordynowanej lub świadczenia nie są realizowane prawidłowo.

Waga standardu – 0,25

Standard może być wyłączony, jeżeli jednostka nie zawarła umowy z NFZ na realizację opieki koordynowanej.

KO 4.2 Jednostka realizuje poszerzone działania w zakresie diagnostycznym (standard może być wyłączony).

1. Opis wymagań

Jednostka może realizować dodatkowe badania diagnostyczne. To są badania, na które przeznacza się dodatkowe środki. Poszerzenie zakresu badań i przeznaczenie na to dodatkowych środków finansowych ma charakter fakultatywny, jednak pozwala to na zapewnienie bardziej wszechstronnej opieki.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka realizuje poszerzone działania w zakresie diagnostycznym.

1 – Jednostka nie realizuje poszerzonych działań w zakresie diagnostycznym.

Waga standardu – 0,25

Standard może być wyłączony na wniosek jednostki.

KO 4.3 Jednostka analizuje skuteczność działań w zakresie opieki koordynowanej i poszerzonego zakresu diagnostyki (standard może być wyłączony).

1. Opis wymagań

Opieka koordynowana i poszerzony zakres badań diagnostycznych w POZ ma na celu zapewnienie pacjentowi choremu przewlekłe kompletnej diagnostyki i terapii. Analiza skuteczności udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach opieki koordynowanej jest istotnym elementem prawidłowej realizacji umowy i zapewnieniu pacjentowi kompleksowej diagnostyki i terapii. Wymogiem standardu jest opracowanie zasad analizy udzielonych świadczeń zdrowotnych i ich wdrożenie oraz wykorzystanie płynących z tych analiz wniosków.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z kierownikiem;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka prowadzi analizy skuteczności udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach opieki koordynowanej i poszerzonego zakresu diagnostyki co najmniej raz w roku i wykorzystuje płynące z niej wnioski.

1 – Jednostka nie wykorzystuje wniosków z analizy skuteczności udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach opieki koordynowanej i poszerzonego zakresu badań diagnostycznych lub nie prowadzi analiz dokumentacji medycznej, co najmniej raz w roku.

Waga standardu: 0,25

Standard może być wyłączony w zakresie analiz skuteczności opieki koordynowanej, jeśli został wyłączony z oceny standard KO 4.1. Standard może być wyłączony w zakresie analiz poszerzonego zakresu diagnostyki, jeśli został wyłączony z oceny standard KO 4.2. Standard może zostać wyłączony z oceny w całości, jeżeli zostały wyłączone z oceny standardy KO 4.1 i KO 4.2.

KO 5 Jednostka prowadzi edukację pacjentów i ich rodzin.

Odpowiednie zrozumienie problemów związanych z chorobą przewlekłą pozwala pacjentowi i jego rodzinie postępować w sposób dużo korzystniejszy z medycznego punktu widzenia. Wyniki leczenia chorób przewlekłych wśród pacjentów odpowiednio wyedukowanych są zdecydowanie lepsze. Jednostka dysponuje materiałami edukacyjnymi (ulotki, broszury, nagrania, teksty zamieszczane na stronie internetowej jednostki, programy komputerowe, testy do samooceny poziomu wiedzy, materiały do ćwiczeń), które są wykorzystywane pomocniczo przy kształceniu pacjentów i ich rodzin, ale nie zastępują bezpośrednich rozmów prowadzonych przez personel jednostki. Programy edukacyjne dobrze jest stworzyć wraz z wybranymi pacjentami z poszczególnymi problemami zdrowotnymi tak, aby uwzględnić ich problemy i ograniczenia.

KO 5.1 Określono lub zidentyfikowano choroby i potrzeby edukacyjne indywidualnych pacjentów.

1. Opis wymagań

Jednostka określiła listę chorób przewlekłych (bądź chronicznych problemów zdrowotnych) i listę pacjentów z tymi chorobami, wymagających edukacji, wskazując na zakres potrzebnej edukacji u poszczególnych pacjentów.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka zidentyfikowała co najmniej 5 chorób przewlekłych lub problemów zdrowotnych, w których wymagana jest szczególna edukacja pacjentów, i ustaliła listy pacjentów z tymi schorzeniami oraz określiła indywidualne potrzeby edukacyjne pacjentów.

3 – Jednostka zidentyfikowała 3–4 choroby przewlekłe lub problemy zdrowotne, w których wymagana jest szczególna edukacja pacjentów, i ustaliła listy pacjentów z tymi schorzeniami oraz określiła indywidualne potrzeby edukacyjne pacjentów.

1 – Jednostka zidentyfikowała mniej niż 3 choroby przewlekłe lub problemy zdrowotne, w których wymagana jest szczególna edukacja pacjentów, albo nie ustaliła listy pacjentów ze wszystkimi zidentyfikowanymi schorzeniami, albo nie określiła indywidualnych potrzeb edukacyjnych pacjentów.

Waga standardu: 0,25

KO 5.2 Jednostka realizuje programy edukacji pacjentów.

1. Opis wymagań

Dla każdej z wybranych chorób przewlekłych jednostka wdrożyła odpowiednio opracowany lub zaadaptowany program edukacyjny. Program jest realizowany zgodnie z przyjętym harmonogramem, a zakres przekazywanych informacji został dostosowany do zidentyfikowanych potrzeb pacjentów. Jednostka równolegle z programami edukacji zdrowotnej pacjentów wdrożyła sposób oceny jego

skuteczności i korygowania. Program zakłada wieloletnie działania edukacyjne w chorobach przewlekłych. Realizacja programów edukacyjnych jest dokumentowana.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka opracowała odpowiednie programy edukacyjne dla co najmniej 5 wybranych chorób i realizuje je dla wyłonionych grup pacjentów, a w dokumentacji są potwierdzenia realizacji.

3 – Jednostka opracowała odpowiednie programy edukacyjne dla 3–4 wybranych chorób i realizuje je dla wyłonionych grup pacjentów, a w dokumentacji są potwierdzenia realizacji.

1 – Jednostka opracowała programy edukacyjne dla mniej niż 3 wybranych chorób albo w dokumentacji nie ma potwierdzenia realizacji programów edukacyjnych.

Waga standardu: 0,5

KO 6 Jednostka monitoruje zagrożenie pogorszenia stanu zdrowia seniorów.

1. Opis wymagań

Istotnym zadaniem zespołu POZ jest zmierzenie się z problemem starzejącego się społeczeństwa. Zachowanie czujności wobec tej grupy pozwala wyłonić pacjentów obarczonych zwiększonym ryzykiem pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu, a wcześniejsze wykrycie zagrożenia pozwala na podjęcie działań prewencyjnych. Jednostka opracowała zasady opieki nad pacjentem starszym z uwzględnieniem prowadzenia badań przesiewowych, umożliwiających wyłonienie grupy pacjentów wymagających szczególnie wzmożonej opieki. Zalecana jest okresowa ocena w skali VES-13, jako badanie kwalifikujące do przeprowadzenia całościowej oceny geriatrycznej (COG). Wskazane jest aktywne zapraszanie pacjentów na badanie, również tych, którzy nie zgłaszają się sami.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej;
- 2) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka opracowała sposób prowadzenia oceny zagrożenia pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu u osób starszych i u co najmniej 50% pacjentów w wieku 75–85 lat wykonano ocenę w skali VES-13 co najmniej raz w roku.

3 – Jednostka opracowała sposób prowadzenia oceny zagrożenia pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu u osób starszych i u 20–49% pacjentów w wieku 75–85 lat wykonano ocenę w skali VES-13 co najmniej raz w roku.

1 – U mniej niż 20% pacjentów w wieku 75–85 lat wykonano ocenę w skali VES-13 co najmniej raz w roku.

Waga standardu: 0,5

KO 7 Jednostka zapewnia opiekę terminalną.

1. Opis wymagań

Jednostka posiada opracowane zasady opieki lekarskiej i pielęgniarskiej nad pacjentem znajdującym się w stanie terminalnym, obejmujące świadczenia lekarskie i pielęgniarskie tak w jednostce, jak też w miejscu zamieszkania pacjenta. Dotyczą one łagodzenia dolegliwości takich jak: nudności, wymioty, duszność, a w szczególności sposobu zapewnienia pacjentowi dostatecznej analgezji (wystarczającej ilości skutecznych produktów leczniczych przeciwbólowych). Zasady opieki terminalnej określają podział zadań personelu medycznego zapewniającego opiekę i są znane zarówno personelowi lekarskiemu, jak i pielęgniarskiemu, który realizuje wizyty domowe. Opieka terminalna nad pacjentami jednostki może być sprawowana przez hospicjum domowe. W takiej sytuacji jednostka powinna opracować i uzgodnić zasady współpracy.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Opracowano zasady opieki terminalnej lub zakres współpracy z hospicjum lub hospicjum domowym w tym zakresie i cały personel je dobrze zna i stosuje.

1 – Jednostka nie zapewnia opieki chorym terminalnie i nie opracowała zasad współpracy z hospicjum lub hospicjum domowym w tym zakresie lub personel nie zna albo nie stosuje opracowanych zasad.

Waga standardu: 0,5

KO 8 Lekarze jednostki skutecznie zwalczają ból przewlekły u pacjenta.**1. Opis wymagań**

Leczenie bólu polega na jednoczesnym stosowaniu różnych metod, w tym indywidualnie dobranych produktów leczniczych. Analgetyki wprowadzane są zgodnie z zasadą trójstopniowej drabiny analgetycznej Światowej Organizacji Zdrowia, z uwzględnieniem nasilenia bólu i mechanizmu jego powstawania, które powinny być regularnie oceniane przy pomocy wybranej przez jednostkę skali nasilenia bólu spośród rekomendowanych przez aktualne wytyczne towarzystw leczenia bólu. Lekarze zlecający produkty lecznicze powinni stosować wymienioną powyżej zasadę. Dokumentacja medyczna każdego pacjenta leczonego przewlekłe przeciwbólowo zawiera czytelne oznaczenie tego faktu.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – U pacjentów wymagających przewlekłego leczenia bólu stosowana jest ocena bólu w skali przyjętej w jednostce, terapia jest prowadzona zgodnie z zasadami drabiny analgetycznej lub zaleceniami specjalisty.

1 – Leczenie bólu jest niezgodne z zasadami drabiny analgetycznej lub z zaleceniami specjalisty albo nie jest prowadzona ocena bólu.

Waga standardu: 0,5

KO 9 Zapewnienie ciągłości opieki nad pacjentem.

Przekazanie pacjenta z jednostki pod opiekę innego świadczeniodawcy odbywa się w sposób umożliwiający zachowanie informacji istotnych dla skutecznej i bezpiecznej opieki.

Jednostka jest zobowiązana przekazać niezbędne informacje na temat kierowanego pacjenta (w szczególności: historia choroby, aktualne wyniki badań, list polecający, dotychczas wykonane badania), w miarę możliwości w formie zdigitalizowanej.

Dotyczy to zarówno kierowania pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala, jak i sytuacji, gdy pacjent wraca pod opiekę POZ. Analogiczny przepływ informacji jest wskazany w przypadku przekazywania pacjenta wymagającego opieki długoterminowej, rehabilitacji i innych świadczeń.

Skierowanie wystawiane przez lekarza POZ powinno zawierać:

- 1) rozpoznanie lub określenie stanu chorobowego, bądź objawu dominującego/zespołu objawów;
- 2) cel przesyłania chorego;
- 3) jednoznaczne wskazanie czy intencją przekazywania jest udzielanie konsultacji, czy też przejęcie pacjenta.

Jednostka powinna gromadzić informacje od lekarzy specjalistów udzielających świadczeń zdrowotnych jej pacjentom.

KO 9.1 Jednostka analizuje skierowania na konsultacje specjalistyczne.**1. Opis wymagań**

Kierownictwo i zespół jednostki wiedzą do jakich świadczeniodawców lekarze najczęściej kierują swoich pacjentów. Pożądane jest, aby była to informacja zarówno zbiorcza dla całej jednostki, jak i dla poszczególnych lekarzy oraz uwzględniała kategorie powodów skierowania. System informatyczny powinien zawierać odpowiednią funkcjonalność, pozwalającą w łatwy sposób wyszukać i zestawić skierowania wydane przez poszczególnych lekarzy lub dla poszczególnych pacjentów.

Jednostka analizuje skierowania pod względem merytorycznym: kompletność informacji, diagnozy wstępnej, wyjaśnienia celu konsultacji. Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera wynik konsultacji, w tym zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne lub informacje o wyniku konsultacji.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z kierownikiem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka corocznie ocenia częstość kierowania pacjentów na konsultacje specjalistyczne i analizuje skierowania pod względem merytorycznym.

1 – Jednostka nie ocenia corocznie częstości kierowania pacjentów na konsultacje specjalistyczne lub nie analizuje skierowań pod względem merytorycznym.

Waga standardu: 0,25

KO 9.2 Jednostka analizuje skierowania na hospitalizację.**1. Opis wymagań**

Jednostka okresowo analizuje skierowania wystawiane celem hospitalizacji pacjentów pod względem: liczby, powodu wystawienia skierowania, merytorycznej oceny skierowań, a także sposobu realizacji świadczenia (hospitalizacja lub odmowa hospitalizacji, konsultacja). Wnioski z analizy są uwzględnione w programie poprawy jakości.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z kierownikiem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka systematycznie analizuje skierowania wystawiane celem hospitalizacji pacjentów, w tym odmowy hospitalizacji, a wnioski z analiz są uwzględniane w programie poprawy jakości, o którym mowa w standardzie PJ 1.1.

1 – Jednostka nie analizuje skierowań wystawianych do szpitala lub nie uwzględnia wniosków z analizy w programie poprawy jakości, o którym mowa w standardzie PJ 1.1.

Waga standardu: 0,25

KO 9.3 Jednostka współpracuje ze szpitalami (standard może być wyłączony).**1. Opis wymagań**

Jednostka współpracuje z pobliskimi szpitalami, mając na celu sprawny przepływ informacji w odniesieniu do hospitalizowanych w nich pacjentów, którzy na co dzień objęci są opieką jednostki. Realizowane jest to na przykład przez korespondencję pomiędzy jednostką a pobliskimi szpitalami, wspólne konsylia dotyczące pacjentów, objęcie usystematyzowaną i skoordynowaną opieką pacjentów leczonych uprzednio w tych szpitalach.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) wywiad z kierownikiem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka współpracuje w zakresie opisanym w standardzie z pobliskimi szpitalami (co najmniej dwoma).

1 – Jednostka nie podejmuje współpracy z pobliskimi szpitalami.

Waga standardu: 0,75

Standard może być wyłączony na wniosek jednostki.

KO 10 Jednostka dba o wiarygodność wyników badań laboratoryjnych.

Wyniki badań laboratoryjnych są istotną przesłanką przy podejmowaniu decyzji diagnostyczno-terapeutycznych. Jednostka zadbała, aby pacjent mógł mieć pobrany materiał biologiczny do badań laboratoryjnych w miejscu, w którym się leczy oraz aby otrzymane wyniki badań laboratoryjnych były wiarygodne. Dla zagwarantowania poprawności wykonywanych oznaczeń jednostka korzysta z usług medycznego laboratorium diagnostycznego, zwanego dalej „laboratorium”, posiadającego aktualny wpis do ewidencji laboratoriów Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Specjaliści współpracującego laboratorium prowadzą okresowe szkolenia personelu pobierającego materiały biologiczne od pacjentów celem minimalizacji błędów przedlaboratoryjnych. Szkolenia te są odnotowywane w dokumentacji jednostki. Jednostka zapewnia personelowi odpowiednie materiały instruktażowe pozostające w jednostce po szkoleniu.

Jednostka spełnia wymagania w przypadku posiadania własnego laboratorium.

KO 10.1 Jednostka korzysta z usług wiarygodnego laboratorium.

1. Opis wymagań

Jednostka określiła zakres badań laboratoryjnych wykonywanych w laboratoriach zewnętrznych oraz wewnętrznych. W celu zagwarantowania wiarygodności wyników jednostka posiada potwierdzenie, iż laboratorium realizuje wewnętrzną kontrolę jakości wykonywanych badań i uczestniczy w zewnętrznym systemie kontroli jakości. Potwierdzeniem wiarygodności laboratorium jest numer wpisu do ewidencji laboratoriów Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, certyfikat rejestracji, zaświadczenia lub świadectwa Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej (COB) lub Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej (POLMICRO). Jednostka korzysta z usług laboratorium spełniającego standardy jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych oraz dysponuje kopią dokumentów potwierdzających wiarygodność laboratorium, z którym współpracuje.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka posiada dowody (kopie odpowiednich certyfikatów) potwierdzające, iż wszystkie laboratoria, z którymi współpracuje, spełniają kryteria wysokiej wiarygodności wyników badań laboratoryjnych.

1 – Jednostka nie posiada dokumentów potwierdzających korzystanie z usług wiarygodnego laboratorium.

Waga standardu: 1

KO 10.2 Jednostka umożliwia pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych.

1. Opis wymagań

W jednostce (w każdej lokalizacji) znajduje się punkt pobrań materiału biologicznego do badań laboratoryjnych. Personel odpowiedzialny za pobieranie materiału biologicznego do badań jest wyznaczony, a informacja o tym jest łatwo dostępna dla wszystkich członków zespołu POZ. Punkt pobrań może być obsługiwany przez personel jednostki lub personel laboratorium, z którym podpisana została umowa.

Jednostka zapewnia również możliwość pobierania materiału do badań laboratoryjnych w miejscu zamieszkania pacjenta, zarówno u pacjentów przewlekle chorych, leżących, starszych, jak i w sytuacjach pilnych. Pobieranie materiału w miejscu zamieszkania pacjenta może być realizowane przez personel jednostki albo personel laboratorium, z którym podpisana jest umowa.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) obserwacja bezpośrednia;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki;
- 3) przegląd dokumentacji medycznej;
- 4) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – W jednostce (we wszystkich lokalizacjach) znajduje się punkt pobrań materiału biologicznego do badań laboratoryjnych. Jednostka zapewnia także możliwość pobierania materiału biologicznego w miejscu zamieszkania pacjenta.

3 – Punkt pobrań znajduje się nie we wszystkich lokalizacjach, ale jest zapewnione pobieranie materiału biologicznego w miejscu zamieszkania pacjenta.

1 – W żadnej lokalizacji jednostki nie ma punktu pobrań materiału do badań albo nie zapewniono pobierania materiału biologicznego w miejscu zamieszkania pacjenta.

Waga standardu: 0,5

KO 10.3 Zasady postępowania z materiałem laboratoryjnym są przestrzegane.

1. Opis wymagań

Jednostka, we współpracy z wybranym laboratorium, wdrożyła procedury zapewniające przestrzeganie zasad:

- 1) prawidłowego przygotowania pacjenta do pobrania materiału biologicznego do badań laboratoryjnych;
- 2) właściwych warunków do pobierania materiału biologicznego do badań laboratoryjnych;
- 3) poprawnej metody pobierania materiału biologicznego do badań laboratoryjnych w systemie zamkniętym;
- 4) obróbki materiału biologicznego, o ile jest ona wskazana;
- 5) bezpiecznego przechowywania materiału biologicznego do badań laboratoryjnych;
- 6) właściwego transportowania próbek do laboratorium.

Jednostka posiada odpowiednie materiały instruktażowo-ilustracyjne, które są stale dostępne dla wyznaczonego personelu.

Personel pobierający materiał biologiczny do badań laboratoryjnych jest przeszkolony w zakresie postępowania z materiałem laboratoryjnym, co winno być udokumentowane. Okresowo, nie rzadziej niż co 2 lata albo w przypadku istotnych zmian w tym zakresie, jest prowadzone szkolenie aktualizujące. Szkolenia tego rodzaju odbywają się przy współpracy laboratorium. Szkolenie dotyczy też sposobu pobierania materiału biologicznego w miejscu zamieszkania chorego. Personel jednostki zapoznaje się z informacjami przekazanymi przez laboratorium o stwierdzonych błędach przedlaboratoryjnych i poprawia sposób postępowania w celu uniknięcia podobnych błędów w przyszłości.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji personelu;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Personel pobierający materiał biologiczny do badań laboratoryjnych zna i stosuje zasady przygotowania pacjenta do badań laboratoryjnych, zasady pobierania materiału biologicznego do badań laboratoryjnych zarówno w gabinecie, jak i w miejscu zamieszkania pacjenta oraz zasady obróbki, przechowywania i transportowania materiału biologicznego do laboratorium, a także jest regularnie szkolony w tym zakresie.

1 – Nie wszystkie osoby pobierające materiał biologiczny do badań laboratoryjnych, w tym też w miejscu zamieszkania pacjenta, są regularnie szkolone w tym zakresie lub nie wszystkie znają zasady pobierania, obróbki, przechowywania i transportu materiału biologicznego do laboratorium.

Waga standardu: 1

III. PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA (PP)

W modelu medycyny rodzinnej za nadrzędną uznaje się opartą na wzajemnym zaufaniu, bezpośrednią, osobistą opiekę lekarza POZ nad pacjentem i jego rodziną. Empatyczna, partnerska relacja pomiędzy lekarzem POZ i pacjentem oraz spersonalizowane podejście do problemów pacjenta sprzyjają budowaniu zaufania, co zwiększa szansę na świadome uczestniczenie pacjenta w dbaniu o swój stan zdrowia i zaangażowanie w proces leczenia.

Pacjent korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej oczekuje nie tylko wysokich kompetencji medycznych personelu, ale też traktowania z szacunkiem i życzliwością. Relacje wzajemnego zrozumienia pomiędzy pacjentem a personelem ułatwiają uwzględnienie indywidualnych potrzeb pacjenta, jego świadome uczestnictwo w procesie leczenia i większą jego adherencję (stosowanie się do zaleceń lekarza), co zwiększa szanse powodzenia leczenia. Podstawową metodą sprawdzenia, w jaki sposób pacjenci oceniają jakość opieki zdrowotnej w jednostce jest zbieranie informacji zwrotnej od pacjentów w formie ankietyzacji. Może to być ankietyzacja przy użyciu kwestionariuszy papierowych, ankietyzacja internetowa, wywiady telefoniczne. Istotne jest uzyskanie kompletnych odpowiedzi od co najmniej 5% zadeklarowanych pacjentów (rodziców/opiekunów) i nie mniej niż od 100 respondentów. Warunek ten odnosi się do wszystkich standardów, które przewidują jako metodę sprawdzenia ankietyzację pacjentów.

Jednostka zapewnia informacje o prawach i obowiązkach pacjenta w sposób zrozumiały i informacja ta jest dostępna w miejscu udzielania świadczeń. Jednostka, która prowadzi dydaktykę i badania naukowe, powinna zapewniać informacje na temat praw pacjenta w kontekście realizacji procesu edukacyjnego, w szczególności prawo do niewyrażenia zgody na badanie przeprowadzane przez kształcących się oraz udziału w prowadzonych badaniach naukowych.

Jednostka wdraża mechanizmy egzekwowania obowiązków pacjenta, w szczególności takich jak:

- 1) nakaz zachowywania się w sposób kulturalny i niezakłócający spokoju innym pacjentom;
- 2) nakaz zachowania higieny osobistej i porządku;
- 3) szacunek do personelu i innych pracowników ochrony zdrowia (szczególnie osób sprawujących opiekę nad pacjentem);
- 4) brak tolerancji dla agresji wobec personelu (informacje o ochronie przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu).

Kierownik i personel powinni przestrzegać praw pacjenta i taktownie wymagać spełniania przez pacjenta jego obowiązków. Szkolenia na ten temat powinny odbywać się cyklicznie, nie rzadziej niż raz w roku i powinny być prowadzone przez osoby posiadające przygotowanie i aktualną, opartą o komunikaty i stanowiska Rzecznika Praw Pacjenta, wiedzę. Jednak samo przestrzeganie praw pacjenta nie gwarantuje wysokiej oceny opieki ze strony pacjentów. Immanentną składową opieki powinna być empatia personelu w stosunku do pacjentów, życzliwość i wyczulenie na indywidualne potrzeby psychiczne. W przypadku pacjentów małoletnich, ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody standardy akredytacyjne odnoszą się też do przedstawicieli ustawowych pacjenta, na zasadach określonych przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

Pacjent uczestniczy w procesie wyboru postępowania medycznego: otrzymuje informacje o alternatywnych metodach postępowania oraz uczestniczy w procesie wyboru sposobu leczenia.

PP 1 Pacjent traktowany jest życzliwie i z szacunkiem.

1. Opis wymagań

Personel jednostki respektuje godność pacjentów, w tym osób z niepełnosprawnością psychiczną lub fizyczną oraz traktuje ich z szacunkiem. Nie zwraca się do pacjenta starszego lub z niepełnosprawnościami w sposób, który może być odbierany jako wyraz niestosownej poufałości (w założeniu, często mylnie przez stosującego takie zwroty, uznawany, jako sposób okazywania sympatii), na którą pacjent nie dał wyraźnego, niewymuszonego przyzwolenia. Pacjenci mają poczucie, że są szanowani, bez względu na stan zdrowia, wiek, pochodzenie, światopogląd, orientację seksualną, status społeczny czy sytuację ekonomiczną. Cały personel jednostki odnosi się do pacjentów z troską i życzliwością. Wszyscy pacjenci mają poczucie, że personel ma dobrą wolę i otacza ich ciepłą, serdeczną atmosferą, co zwiększa ich poczucie bezpieczeństwa i zaopiekowania w chorobie. Przyjazna atmosfera panująca w jednostce sprzyja lepszej komunikacji oraz budowaniu zaufania między pacjentem, a personelem medycznym jednostki.

2. Sposób sprawdzenia

Ankietyzacja pacjentów.

3. Ocena punktowa

5 – 90–100% pacjentów lub opiekunów (z oceniającej grupy, stanowiącej co najmniej 5% pacjentów i nie mniej niż 100 ankiet) uważa, że personel traktuje pacjentów życzliwie i z szacunkiem.

3 – 70–89% pacjentów lub opiekunów (z oceniającej grupy stanowiącej co najmniej 5% pacjentów i nie mniej niż 100 ankiet) uważa, że personel traktuje pacjentów życzliwie i z szacunkiem albo uzyskano opinię mniejszej liczby pacjentów.

1 – Mniej niż 70% pacjentów lub opiekunów (z oceniającej grupy, stanowiącej co najmniej 5% pacjentów i nie mniej niż 100 ankiet) uważa, że personel traktuje pacjentów życzliwie i z szacunkiem albo uzyskano opinię mniejszej liczby pacjentów.

Waga standardu: 0,25

PP 2 Pacjent uzyskuje zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia.

1. Opis wymagań

Pacjenci oczekują zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia i proponowanym postępowaniu medycznym. Przekazanie informacji zrozumiałej dla pacjenta zwiększa szansę na jego adherencję (stosowanie się przez pacjenta do zaleceń profesjonalistów medycznych: lekarz, pielęgniarka, położna). W razie jakichkolwiek wątpliwości pacjent może bez skrupowania prosić o dodatkowe wyjaśnienia niezrozumiałych dla niego kwestii. Na życzenie pacjenta informacja o jego stanie zdrowia jest przekazywana w obecności wskazanej przez niego osoby trzeciej.

2. Sposób sprawdzenia

Ankietyzacja pacjentów.

3. Ocena punktowa

5 – 85–100% pacjentów (z oceniającej grupy, stanowiącej co najmniej 5% pacjentów i nie mniej niż 100 ankiet) podaje, że uzyskuje zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia.

1 – Mniej niż 85% pacjentów (z oceniającej grupy, stanowiącej co najmniej 5% pacjentów i nie mniej niż 100 ankiet) podaje, że uzyskuje zrozumiałą informację o swoim stanie zdrowia albo uzyskano opinię mniejszej liczby pacjentów.

Waga standardu: 0,5

PP 3 Pacjent lub opiekun mający trudności w komunikowaniu się może liczyć na pomoc w porozumieniu się z personelem jednostki.

1. Opis wymagań

Jednostka zapewnia wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych osobom trwale lub okresowo doświadczającym trudności w komunikowaniu się, w szczególności osobom niesłyszącym, niedowidzącym, głuchoniemym, niemówiącym w języku polskim. Jednostka opracowała odpowiednie procedury, a personel je zna i wie, jakie procedury zastosować w sytuacjach, gdy pacjentowi nie towarzyszy tłumacz czy inna osoba pełniąca rolę pośrednika w komunikacji. Procedura dotycząca osób doświadczających danego rodzaju problemu, w szczególności niemówiących w języku polskim, może obejmować zapewnienie na zmianie recepcji osoby posługującej się językiem obcym. Pomocne może być również przygotowanie odpowiednich wzorów w dokumentacji w języku obcym lub przygotowanie karty komunikacji z osobą niesłyszącą. Pierwszym zadaniem powinna być identyfikacja takich osób wśród pacjentów.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka opracowała procedurę komunikacji z dwiema grupami pacjentów, mających trudności w komunikowaniu się; personel je zna i wie jak je zastosować.

3 – Jednostka opracowała procedurę komunikacji z jedną grupą pacjentów, mających trudności w komunikowaniu się; personel ją zna i wie jak ją zastosować.

1 – Jednostka nie opracowała procedur ułatwiających komunikację pacjentom, mającym trudności w komunikowaniu się lub personel ich nie zna.

Waga standardu: 0,5

PP 4 Udział osób trzecich w wizycie możliwy jest tylko na życzenie lub za zgodą pacjenta.

1. Opis wymagań

Obecność i asystowanie przy wizycie, badaniu lub zabiegu osób trzecich, w szczególności członków rodziny, a także pracowników jednostki, studentów, stażystów, może mieć miejsce jedynie na życzenie pacjenta lub po uzyskaniu wyraźnej jego zgody. Pacjent ma prawo nie wyrazić zgody na obecność osoby trzeciej. Pacjent ma również prawo wymagać, aby jego badanie odbywało się w obecności wskazanej przez niego osoby trzeciej. Jednostka powinna określić osoby, w tym personel, który w pewnych sytuacjach może być obecny i określić sposób uzyskiwania zgody pacjenta na taką okoliczność, w tym pacjentów małoletnich.

UWAGA: Opisana sytuacja nie odnosi się do obecności rodziców, a także personelu o charakterze świadka przebiegu procedury.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) obserwacja bezpośrednia;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka opracowała zasady obecności i asystowania przy wizycie, badaniu lub zabiegu osób trzecich oraz cały personel je zna i stosuje.

1 – Jednostka nie opracowała zasad obecności i asystowania przy wizycie, badaniu lub zabiegu osób trzecich lub nie cały personel zna te zasady.

Waga standardu: 0,5

PP 5 Pacjent uczestniczy w podejmowaniu decyzji medycznych i w procesie leczenia.

1. Opis wymagań

Pacjentowi należy przedstawić różne możliwości postępowania odnośnie planowanych badań, konsultacji i leczenia, aby miał możliwość dokonania świadomego wyboru i współuczestniczenia w procesie leczenia. Pacjent ma możliwość zapoznania się z celem, potencjalnymi korzyściami i ryzykiem związanym z różnymi alternatywnymi sposobami postępowania medycznego. Takie działanie zwiększa szanse na adherencję (stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarza). Pacjent ma prawo odmówić proponowanego badania lub sposobu leczenia. Jeżeli w opinii lekarza jest to decyzja niekorzystna, pacjent powinien zostać o tym wyraźnie poinformowany lub ewentualnie podpisać stosowne oświadczenie. Informacja o proponowanych sposobach postępowania, decyzjach pacjenta lub odmowie, jest odnotowywana w dokumentacji medycznej.

2. Sposób sprawdzenia

Ankietyzacja pacjentów.

3. Ocena punktowa

5 – 85–100% pacjentów (z oceniającej grupy, stanowiącej co najmniej 5% pacjentów i nie mniej niż 100 ankiet) podaje, że lekarz jednostki umożliwia im współuczestniczenie w podejmowaniu decyzji oraz informuje o możliwych sposobach postępowania.

1 – Opinie uzyskano od mniej niż 100 pacjentów albo mniej niż 85% pacjentów (z oceniającej grupy, stanowiącej co najmniej 5% pacjentów) podaje, że lekarz jednostki umożliwia im współuczestniczenie w podejmowaniu decyzji oraz informuje o możliwych sposobach postępowania albo uzyskano opinie mniejszej liczby pacjentów.

Waga standardu: 0,5

PP 6 Funkcjonowanie jednostki cechuje poszanowanie praw pacjenta.

Poszanowanie podstawowych praw pacjenta jest istotnym aspektem udzielanych świadczeń. Ocena funkcjonowania tego obszaru jest możliwa w oparciu o obserwację bezpośrednią podczas przeglądu, wywiady z kierownikiem i personelem.

PP 6.1 Informacja o przysługujących pacjentowi prawach jest łatwo dostępna.

1. Opis wymagań

Prawa pacjenta są spisane i umieszczone w widocznym miejscu dla pacjenta. Jeżeli świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej realizowane są w lokalizacjach oddalonych od głównej siedziby jednostki, również tam informacja o prawach pacjenta jest umieszczona w widocznych dla pacjentów miejscach. Personel zna prawa pacjenta i umie wyjaśnić je na życzenie pacjenta.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) obserwacja bezpośrednia;
- 2) przegląd strony internetowej;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Prawa pacjenta są spisane i łatwo dostępne, widoczne dla pacjentów we wszystkich miejscach realizacji świadczeń (adresach) oraz na stronie internetowej, a personel je zna i umie udzielić informacji o nich.

1 – Prawa pacjenta nie są łatwo dostępne dla pacjentów we wszystkich miejscach realizacji świadczeń albo na stronie internetowej lub personel ich nie zna.

Waga standardu: 0,25

PP 6.2 Pacjent ma dostęp do własnej dokumentacji medycznej.**1. Opis wymagań**

Informacja o możliwości i sposobie udostępnienia pacjentowi jego dokumentacji medycznej jest widoczna i łatwo dostępna dla pacjentów w każdej lokalizacji świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, jak i na stronie internetowej jednostki. Dokumentacja medyczna jest udostępniana pacjentowi lub osobie bliskiej na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581). Przyjmowanie wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej ma formę dogodną dla pacjenta, w szczególności możliwość złożenia wniosku ustnie, telefonicznie, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Udostępnienie dokumentacji medycznej odbywa się bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd strony internetowej;
- 2) badanie typu „tajemniczy klient”;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki;
- 4) obserwacja bezpośrednia;
- 5) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Informacja o dostępie do własnej dokumentacji medycznej jest łatwo dostępna dla pacjentów (we wszystkich miejscach udzielania świadczenia opieki zdrowotnej i na stronie internetowej), a dostęp do dokumentacji jest prosty i bez zbędnej zwłoki.

1 – Dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej jest ograniczony lub informacja na ten temat nie jest łatwo dostępna albo jej nie ma.

Waga standardu: 0,25

PP 6.3 Uwagi, skargi i wnioski pacjentów są wykorzystywane do korygowania deficytów jakości.**1. Opis wymagań**

Pacjent posiada możliwość złożenia skarg, uwag i wniosków, również anonimowo. Jednostka umożliwia złożenie przez pacjenta skargi ustnej, bądź uwagi pisemnej (w każdym miejscu udzielania świadczeń, jak i za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub telefonu). Skargi i wnioski są oceniane na bieżąco i kwalifikowane do doraźnego rozpatrzenia lub do analizy okresowej (przeprowadzanej nie rzadziej niż raz na pół roku). W ramach analizy należy pogrupować skargi i wnioski według poruszanych problemów i określić zagadnienia wymagające poprawy. Jednostka może określić jakiego typu skarg nie będzie analizowała, w szczególności skarg zawierających niecenzuralne, obraźliwe epitety lub ponawiane skargi mające cechy pieniactwa, swarliwości.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) obserwacja bezpośrednia;
- 3) przegląd strony internetowej.

3. Ocena punktowa

5 – Pacjent ma możliwość złożenia uwagi, skargi lub wniosku w dogodny sposób (zarówno w każdym miejscu udzielania świadczeń, jak i za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub telefonu), również z zachowaniem anonimowości. Jednostka analizuje skargi i uwagi, co najmniej raz na pół roku, wyciąga wnioski i dokonuje korekt zmierzających do poprawy funkcjonowania.

1 – Pacjent nie ma możliwości złożenia uwagi, skargi lub wniosku w dogodny sposób, również z zachowaniem anonimowości, lub jednostka nie analizuje ich, co najmniej co pół roku, albo nie wyciąga wniosków z analizy skarg, uwag i wniosków lub nie dokonuje korekt zmierzających do poprawy funkcjonowania, bądź ich nie dokumentuje.

Waga standardu: 0,5

PP 7 Jednostka wyraźnie informuje o ewentualnych opłatach za wybrane świadczenia.

1. Opis wymagań

Pacjenci posiadają łatwy dostęp do wyczerpujących informacji o udzielanych w jednostce świadczeniach, które związane są z kosztami, opłatami ponoszonymi przez pacjentów i które nie są finansowane lub są nie w pełni finansowane przez NFZ.

Informacja o zakresie i kosztach poszczególnych świadczeń wymagających opłaty lub dopłaty ze strony pacjenta jest umieszczona w łatwo dostępnym dla pacjentów miejscu, w szczególności na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej jednostki.

Informacja o odpłatności odnosi się też do usług niemedycznych, w szczególności wydruków drugiej kopii dokumentacji medycznej. W sytuacji, kiedy jednostka nie pobiera opłat, taka informacja powinna być również dostępna dla pacjentów.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) obserwacja bezpośrednia;
- 2) przegląd strony internetowej.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka zapewnia pełną i łatwo dostępną informację (we wszystkich miejscach udzielania świadczeń i na stronie internetowej) o opłatach za dodatkowe świadczenia.

1 – Nie we wszystkich miejscach udzielania świadczeń jest dostępna informacja o opłatach za dodatkowe świadczenia lub brak takiej informacji na stronie internetowej, bądź dostępna informacja jest niekompletna.

Waga standardu: 0,25

PP 8 Dzieci leczone w jednostce traktowane są z troską i poszanowaniem ich praw.

1. Opis wymagań

Prawa dzieci powinny być szanowane w takim samym stopniu, jak prawa dorosłych. Przed przeprowadzeniem badania lub zabiegu (pobranie krwi, szczepienie i inne) należy dziecku rzetelnie wyjaśnić, co może go czekać, nie bagatelizując jego obaw. Nie należy dziecka okłamywać, w szczególności mówiąc, że „zastrzyk nie będzie bolał”, ani bagatelizować jego obaw, w szczególności mówiąc „nie ma się czego bać”. Rozmowa powinna być spokojna, dostosowana do wieku dziecka, z użyciem zrozumiałego dla niego języka.

2. Sposób sprawdzenia

Ankietyzacja pacjentów (rodziców lub opiekunów).

3. Ocena punktowa

5 – Co najmniej 90% rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w badaniu (z oceniającej grupy stanowiącej co najmniej 5% pacjentów i nie mniej niż 100 ankiet) potwierdza, że personel jednostki odnosi się z taktem i wyrozumiałością do dzieci, wyjaśnia stosowane procedury, dostosowuje komunikację do wieku dziecka, uwzględnia jego obawy.

3 – 75–89% rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w badaniu (z oceniającej grupy stanowiącej co najmniej 5% pacjentów i nie mniej niż 100 ankiet) potwierdza, że personel jednostki odnosi się z taktem i wyrozumiałością do dzieci, wyjaśnia stosowane procedury, dostosowuje komunikację do wieku dziecka, uwzględnia jego obawy.

1 – Mniej niż 75% rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w badaniu (z oceniającej grupy stanowiącej co najmniej 5% pacjentów i nie mniej niż 100 ankiet) potwierdza, że personel jednostki odnosi się z taktem i wyrozumiałością do dzieci, wyjaśnia stosowane procedury, dostosowuje komunikację do wieku dziecka, uwzględnia jego obawy albo uzyskano opinię mniejszej liczby pacjentów.

Waga standardu: 0,5

IV. POPRAWA JAKOŚCI (PJ)

Poprawa jakości sprowadza się do poprawy istotnych procesów udzielania świadczeń i sprawowania opieki albo do poprawy ważnych - z perspektywy pacjenta - efektów będących wynikiem realizowanych procesów. Efekty z reguły klasyfikowane są na efekty medyczne – wyzdrowienie, poprawa stanu zdrowia, zmniejszenie dolegliwości, zapobieganie niechcianym zdarzeniom medycznym oraz na istotne dla pacjenta efekty niemedyczne jak: poczucie bezpieczeństwa, zadowolenie, satysfakcja, zaufanie. Jednostka dla poprawnego funkcjonowania realizuje i powinna realizować cały szereg procesów pomocniczych, niemających znaczącego wpływu na efekty u pacjentów. Najskuteczniejszą metodą doskonalenia procesów istotnych są systematycznie planowane i realizowane programy ciągłej, cyklicznej poprawy jakości. Wymaga to specyficznej wiedzy, wykraczającej poza wiedzę medyczną i możliwie najszerzego zaangażowania w te programy personelu jednostki.

PJ 1 Jednostka systematycznie poprawia jakość oferowanych świadczeń.

Jednostka posiada plan poprawy jakości, którego elementem są realizowane programy ciągłej poprawy jakości.

PJ 1.1 Jednostka posiada i realizuje program ciągłej poprawy jakości (standard obligatoryjny).

1. Opis wymagań

Programy ciągłej poprawy jakości są realizowane w postaci cyklicznie powtarzanej sekwencji: planowanie – wprowadzanie usprawnień – pomiar rezultatów – ocena i wyciąganie wniosków (cykl Shewharta-Deminga). Program jest ukierunkowany na konkretne aspekty opieki. Cele programu są jasno określone. Jednostka prowadzi ewidencję programów poprawy jakości oraz harmonogram ich realizacji z oceną rezultatów pośrednich i końcowych.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z kierownikiem;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka posiada co najmniej jeden program ciągłej poprawy jakości i jest on realizowany zgodnie z metodologią Shewharta-Deminga oraz z ustalonym harmonogramem.

3 – Jednostka posiada co najmniej jeden program ciągłej poprawy jakości, ale nie jest on realizowany zgodnie z metodologią Shewharta-Deminga lub jest realizowany niezgodnie z ustalonym harmonogramem.

1 – Jednostka nie posiada programu ciągłej poprawy jakości lub nie jest on realizowany zgodnie z metodologią Shewharta-Deminga i nie jest on realizowany zgodnie z ustalonym harmonogramem.

Waga standardu: 1

PJ 1.2 Wyznaczono osoby odpowiedzialne za programy poprawy jakości.

1. Opis wymagań

Dla realizacji programów ciągłej poprawy jakości konieczne jest wyznaczenie osoby, a w większej jednostce – zespołu realizatorów, którzy będą koordynować działania na rzecz jakości i odpowiadać za wdrażanie programów.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z kierownikiem;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Wyznaczono osobę lub zespół odpowiedzialny za realizację programów poprawy jakości i osoby te znają realizowane w jednostce programy.

1 – W jednostce nie ma osoby ani zespołu odpowiedzialnego za realizację programów poprawy jakości albo osoby te nie znają programów.

Waga standardu: 0,25

PJ 2 Jednostka analizuje potrzeby populacji pacjentów objętych opieką.

Potrzeby zdrowotne populacji pacjentów objętych opieką jednostki są określone w oparciu o informacje zebrane w jednostce i w ramach pracy środowiskowej przez personel jednostki. W szczególności są to dane o problemach zdrowotnych i czynnikach ryzyka występujących u pacjentów jednostki. Dostępne dane podlegają okresowej ewaluacji i analizie, a wyniki analizy i wynikające z niej wnioski stanowią podstawę dla opracowania planu poprawy jakości opieki.

PJ 2.1 Jednostka analizuje strukturę demograficzną zadeklarowanych pacjentów.

1. Opis wymagań

Jednostka analizuje, co najmniej raz w roku, strukturę demograficzną zadeklarowanej populacji (co najmniej rozkład wieku i płci) i ich zmiany. Wnioski z analizy są wykorzystywane w praktyce.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z kierownikiem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka, co najmniej raz w roku, analizuje strukturę demograficzną/zmiany struktury demograficznej pacjentów, a wnioski z analizy są wykorzystywane w praktyce.

1 – Jednostka nie analizuje struktury demograficznej pacjentów co najmniej raz w roku lub nie wykorzystuje wniosków z analizy w praktyce.

Waga standardu: 0,25

PJ 2.2 Problemy zdrowotne leczonych pacjentów są okresowo analizowane.

1. Opis wymagań

Analiza problemów zdrowotnych zadeklarowanej populacji obejmuje co najmniej: główne choroby przewlekłe, w szczególności występujące często, dotyczące znaczącej liczby pacjentów, generujące wysokie koszty opieki związane w szczególności z badaniami diagnostycznymi i profilaktyką wtórną. Analiza jest prowadzona w oparciu o dokumentację medyczną co najmniej raz w roku. Wnioski z analizy są wykorzystywane w praktyce.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z kierownikiem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka, co najmniej raz w roku, analizuje główne problemy zdrowotne leczonych pacjentów, a wnioski z analizy wykorzystuje w praktyce.

1 – Jednostka nie wykorzystuje w praktyce wniosków z analizy problemów zdrowotnych lub nie prowadzi analiz co najmniej raz w roku.

Waga standardu: 0,25

PJ 2.3 Jednostka analizuje czynniki ryzyka u zadeklarowanych pacjentów.

1. Opis wymagań

Analiza i identyfikacja czynników ryzyka stanowi ważny, wstępny etap na drodze planowania działań mających na celu ogólną poprawę zdrowia pacjentów jednostki. Wielokierunkowe działania czynników ryzyka z reguły sprzyjają rozwojowi nie jednego schorzenia, ale wielu różnych chorób. Analiza czynników ryzyka uwzględnia czynniki behawioralne – związane ze stylem życia i nawykami oraz środowiskowe związane z miejscem pracy i miejscem zamieszkania. W ramach analizy powinny być ujęte też czynniki ryzyka takie jak hiperglikemia, hipercholesterolemia, nadciśnienie czy otyłość. Analiza winna prowadzić do identyfikacji grupy osób o wysokim zagrożeniu (nakładanie się wielu różnych synergistycznie oddziałujących czynników ryzyka). System informatyczny jednostki powinien ułatwiać gromadzenie w wybranym miejscu informacji o czynnikach ryzyka.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka prowadzi analizę czynników ryzyka występujących u pacjentów, a wnioski z analizy wykorzystuje w praktyce.

1 – Jednostka nie wykorzystuje wniosków z analizy czynników ryzyka pacjentów w praktyce lub nie prowadzi analiz.

Waga standardu: 0,25

PJ 2.4 Jednostka prowadzi analizy dokumentacji medycznej.**1. Opis wymagań**

Zgromadzone dane medyczne są corocznie poddawane analizie przez kierownictwo jednostki poprzez przygotowanie analiz zbiorczych, w szczególności najczęściej zgłaszanych jednostek chorobowych, ilości przepisywanych produktów leczniczych, wydawanych skierowań na badania diagnostyczne, wydanych skierowań do specjalistów, wykonanych zabiegów, korzystania z opieki środowiskowej, ilości i rodzaju teleporad. Analizy te stanowią podstawę do modyfikacji strategii jednostki i ciągłej poprawy świadczeń.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z kierownikiem;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka prowadzi analizy dokumentacji medycznej co najmniej raz w roku i wykorzystuje płynące z nich wnioski.

1 – Jednostka nie wykorzystuje wniosków z analizy dokumentacji medycznej lub nie prowadzi analiz dokumentacji medycznej co najmniej raz w roku.

Waga standardu: 0,25

PJ 3 Jednostka okresowo poddaje własną działalność krytycznej ocenie.

Dla zapewnienia dobrej jakości świadczeń konieczna jest okresowa, systematyczna krytyczna kontrola działalności jednostki, uwzględniająca różne aspekty jej funkcjonowania.

PJ 3.1 Jednostka przeprowadza samoocenę spełniania standardów akredytacyjnych (standard obligatoryjny).**1. Opis wymagań**

Jednostka corocznie przeprowadza samoocenę spełniania poszczególnych standardów akredytacyjnych. Rzetelnie przeprowadzona samoocena pozwala zidentyfikować standardy niespełnione i obszary wymagające wprowadzenia zmian dla uzyskania większej zgodności pomiędzy praktyką w jednostce a wymogami standardów. Na tej podstawie jednostka opracowuje plan usprawnień i stopniowo wdraża niezbędne działania. Cykliczne powtarzanie samooceny pozwala monitorować postępy w spełnianiu wymogów określonych standardami, uprzednio niespełnianymi. W okresie obowiązywania przyznanego certyfikatu akredytacyjnego jednostka dokonuje samooceny corocznie. Przed złożeniem wniosku o udzielenie akredytacji jednostka przeprowadza, w oparciu o standardy akredytacyjne, wizytację wewnętrzną lub koleżeńską.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z kierownikiem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka dokonuje samooceny poziomu spełniania standardów co najmniej raz w roku.

1 – Jednostka nie dokonuje samooceny poziomu spełniania standardów co najmniej raz w roku.

Waga standardu: 0,5

PJ 3.2 Jednostka systematycznie bada opinie pacjentów (standard obligatoryjny).

1. Opis wymagań

Prowadzone corocznie badanie ankietowe pacjentów dostarczają informacji na temat ich doświadczeń, oczekiwań i preferencji, pozwalają zidentyfikować i zhierarchizować problemy występujące w jednostce. Wyniki badań służą inicjowaniu działań projakościowych. Jednostka może prowadzić badania we własnym zakresie lub zlecać badania podmiotowi zewnętrznemu. Istotne jest, aby badanie zostało przeprowadzone zgodnie z poprawną metodologią badań opinii pacjentów, nie metodologią badań konsumenckich (patrz: *Pickier Institute Europe*, CMJ). Właściwa metodologia prowadzenia badania, określenie rodzaju i wielkości grupy stanowią o wiarygodności uzyskanych wyników. Do przeprowadzenia analizy wymagane jest uzyskanie odpowiedzi od co najmniej 5% osób zadeklarowanych do jednostki i nie może być to mniej niż 100 ankiet. Badanie opinii pacjentów jest anonimowe, ale powinno zawierać podstawowe informacje demograficzne takie jak: przedział wiekowy, płeć i wykształcenie ankietowanego. Ankietyzacja pacjenta powinna być przeprowadzana w określonym przedziale czasowym po uzyskaniu przez pacjenta świadczenia w jednostce. Tematyka ankiety powinna obejmować istotne dla funkcjonowania jednostki zagadnienia. Badanie opinii kończy się analizą, a wnioski z tej analizy są omawiane podczas zebrania zespołu jednostki. Wnioski wskazują zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, które wymagają poprawy. Badanie opinii pacjenta prowadzone przez instytucję zewnętrzną podnosi wiarygodność wyników i umożliwia porównanie z innymi jednostkami.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) ankietyzacja pacjentów.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka, nie rzadziej niż raz w roku, ankietuje pacjentów zgodnie z przyjętą metodologią (odpowiedzi od ponad 5% pacjentów i nie mniej niż 100 ankiet) oraz analizuje wyniki i wykorzystuje je dla identyfikacji problemów wymagających poprawy.

3 – Jednostka, nie rzadziej niż raz w roku, ankietuje pacjentów zgodnie z przyjętą metodologią (odpowiedzi od 1% do 5% pacjentów i nie mniej niż 100 ankiet) oraz analizuje wyniki i wykorzystuje je dla identyfikacji problemów wymagających poprawy.

1 – Jednostka nie wykorzystuje wyników badania do poprawy jakości funkcjonowania jednostki lub badania prowadzi rzadziej niż raz w roku, lub uzyskała odpowiedzi od mniej niż 1% pacjentów, lub mniej niż 100 ankiet.

Waga standardu: 0,5

PJ 3.3 Jednostka ocenia dostępność do świadczeń.

1. Opis wymagań

W ramach ankietyzacji pacjentów jednostka prowadzi ocenę satysfakcji z dostępności do udzielanych przez nią świadczeń zdrowotnych. Dotyczy to m.in.: rejestracji, oczekiwania na wizytę u lekarza, godzin przyjęć lekarzy, funkcjonowania gabinetu zabiegowego oraz punktu szczepień. Ocena dostępności do poszczególnych rodzajów świadczeń jest analizowana przez jednostkę. Jest ona również uwzględniona w ankiecie. Wyniki analizy stanowią punkt wyjścia dla przygotowania i realizowania planów poprawy jakości funkcjonowania jednostki. Do przeprowadzenia analizy wymagane jest uzyskanie odpowiedzi od co najmniej 5% pacjentów i nie mniej niż 100 ankiet.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) ankietyzacja pacjentów;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki;
- 3) wywiad z kierownikiem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka, nie rzadziej niż raz w roku, prowadzi ocenę dostępności do świadczeń zdrowotnych w ramach ankietyzowania pacjentów (uzyskuje odpowiedzi od co najmniej 5% pacjentów i nie mniej niż 100 ankiet), a wyniki wykorzystuje dla poprawy jakości funkcjonowania jednostki.

3 – Jednostka podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu, spełniła co najmniej 60% kamieni milowych i ankietyzacja została przeprowadzona nie rzadziej niż raz w roku (uzyskuje odpowiedzi od co najmniej 5% pacjentów i nie mniej niż 100 ankiet).

1 – Jednostka prowadzi ocenę dostępności do świadczeń zdrowotnych rzadziej niż raz w roku albo nie wykorzystuje wyników badania do poprawy jakości funkcjonowania jednostki albo uzyskała odpowiedzi od mniej niż 5% pacjentów lub mniej niż 100 ankiet.

4. Kamienie milowe:

- 1) ankietyzacja obejmuje kwestie dotyczące rejestracji;
- 2) ankietyzacja obejmuje kwestie dotyczące oczekiwania na wizytę u lekarza;
- 3) ankietyzacja obejmuje kwestie dotyczące godzin przyjęć lekarzy;
- 4) ankietyzacja obejmuje kwestie dotyczące funkcjonowania gabinetu zabiegowego i punktu szczepień ochronnych;
- 5) jednostka prowadzi analizę oceny dostępności do poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych;
- 6) jednostka przygotowuje plany poprawy jakości funkcjonowania jednostki na podstawie wyników ankietyzacji;
- 7) jednostka realizuje plany poprawy jakości funkcjonowania jednostki.

Co najmniej 60% stanowią 4 kamienie milowe.

Waga standardu: 0,25

PJ 3.4 Personel okresowo ocenia działalność jednostki.

1. Opis wymagań

Dla zapewnienia wysokiej jakości zarządzania organizacją ważne jest uzyskiwanie i uwzględnianie opinii personelu na temat funkcjonowania jednostki. W małych jednostkach (do 10 osób) opinia ta może być wyrażana na bieżąco podczas zebrań zespołu jednostki. W większych jednostkach ocena jest prowadzona okresowo (corocznie), z zachowaniem anonimowości respondentów i w formie pisemnej, w szczególności w formie ankiet. Uzyskane dane są analizowane, a wyniki analiz powinny wskazywać priorytety dla programów poprawy jakości.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z kierownikiem;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Personel okresowo, nie rzadziej niż raz w roku, ocenia działalność jednostki, a wnioski z oceny są wykorzystywane dla priorytetyzacji problemów wymagających poprawy.

1 – Personel ocenia działalność jednostki rzadziej niż raz w roku albo wnioski z oceny nie są wykorzystywane w priorytetyzacji problemów wymagających poprawy.

Waga standardu: 0,25

PJ 4 Personel jednostki uczestniczy w szkoleniach z zakresu jakości.

1. Opis wymagań

Dla zapewnienia wysokiej jakości świadczeń, osoby kierujące jednostką oraz inne wyznaczone osoby doskonalą swoje kompetencje w zakresie zarządzania jakością przez udział w szkoleniach zewnętrznych z tej tematyki. W szczególności zalecany jest udział w szkoleniach dedykowanych problematyce jakości w opiece zdrowotnej. Kierownictwo ustala priorytety dla poprawy jakości, którymi się kieruje i jasno komunikuje je zespołowi podczas prowadzonych wewnętrznych szkoleń personelu.

Istotne jest też, aby personel organizacji był szkolony w zakresie umiejętności poprawy procesów, które prowadzą do uzyskania coraz lepszych wyników opieki. Personel, który zna priorytety dla poprawy jakości ustalone przez kierownictwo, rozumie, że aktywne działania dla poprawy jakości są nieodłącznym elementem działalności jednostki. Szkolenia personelu zapewniają wiedzę umożliwiającą prowadzenie programów poprawy.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z kierownikiem;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Kierownik uczestniczy, co najmniej raz w roku, w szkoleniach zewnętrznych z zakresu różnych aspektów zapewnienia jakości, a następnie prowadzi szkolenia w tym zakresie dla personelu jednostki.

3 – Kierownik nie uczestniczy, co najmniej raz w roku, w szkoleniach zewnętrznych z zakresu różnych aspektów zapewnienia jakości, ale personel uczestniczy w szkoleniach zewnętrznych w tym zakresie.

1 – Żaden przedstawiciel jednostki nie uczestniczy, co najmniej raz w roku, w szkoleniach zewnętrznych z zakresu różnych aspektów zapewnienia jakości.

Waga standardu: 0,25

V. BEZPIECZEŃSTWO OPIEKI (BO)

Starania o zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi w kontaktach z jednostką, lekarzem czy pielęgniarką są naczelną powinnością każdej organizacji medycznej. Sentencja przypisywana Hipokratesowi, ojcowi medycyny, w brzmieniu łacińskim znana jako *primum non nocere*, oznacza, iż pierwszym obowiązkiem medyków jest właśnie nieszkodzenie, w tym zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi.

BO 1 Personel jest szkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy (standard obligatoryjny).

1. Opis wymagań

Zagrożenie życia w POZ zdarza się rzadko, jednak gdy ono wystąpi u pacjenta, innej osoby przebywającej w jednostce lub w jej najbliższym otoczeniu konieczna jest błyskawiczna, kompetentna pomoc. Stanowi to wyzwanie wobec rzadkości takiego zdarzenia i braku doświadczenia personelu jednostki. Personel udziela pierwszej pomocy osobie, która zasłabła lub u której wystąpiły objawy zagrożenia życia. W szczególności członkowie personelu zobowiązani są rozpoznać stan zatrzymania oddechu, krążenia i bez wahania rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową. Resuscytacja wymaga wiedzy i umiejętności, które muszą być niezawodne. Niezbędne jest, aby cały personel odbywał regularnie odpowiednie szkolenia (teoretyczne i praktyczne) prowadzone według wytycznych Polskiej Rady Resuscytacji (PRR). Systematycznie, co najmniej raz w roku, każdy członek personelu uczestniczy w praktycznym szkoleniu jak prowadzić resuscytację w zakresie odpowiednim do posiadanych kwalifikacji zawodowych.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z kierownikiem;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki;
- 4) przegląd dokumentacji personelu.

3. Ocena punktowa

5 – 80–100% personelu posiada aktualne zaświadczenia potwierdzające odbycie szkolenia w udzielaniu pierwszej pomocy według wytycznych PRR i co najmniej raz w roku uczestniczyło w praktycznym szkoleniu w prowadzeniu resuscytacji.

1 – Mniej niż 80% personelu posiada aktualne zaświadczenia potwierdzające odbycie szkolenia w udzielaniu pierwszej pomocy według wytycznych PRR i co najmniej raz w roku uczestniczyło w praktycznym szkoleniu w prowadzeniu resuscytacji.

Waga standardu: 1

BO 2 Jednostka posiada efektywny system postępowania w stanach zagrożenia życia.

W stanach zagrożenia życia konieczne jest szybkie, pewne działanie, zastosowanie produktów leczniczych, zastosowanie manualnej pomocy przedmedycznej i wyrobów medycznych. Niezbędna jest znajomość zarówno sposobu działania, sposobu użycia produktów leczniczych i wyrobów medycznych, jak i umiejętność szybkiego ich użycia.

BO 2.1 Procedury postępowania w stanach zagrożenia życia są wdrożone.

1. Opis wymagań

Jednostka opracowała i wdrożyła procedury postępowania i zabezpieczenia chorego co najmniej w następujących stanach zagrażających życiu:

- 1) niedrożność górnych dróg oddechowych;
- 2) bezdech;
- 3) zatrzymanie krążenia;
- 4) utrata przytomności;
- 5) wstrząs hipowolemiczny;
- 6) wstrząs anafilaktyczny;
- 7) krwotok.

Procedura postępowania w stanach zagrożenia życia uwzględnia rolę poszczególnych członków zespołu, adekwatnie do ich indywidualnych kwalifikacji. W jednostce są dostępne schematy wyznaczające role członkom zespołu, ilustracje i algorytmy postępowania w wymienionych wyżej przypadkach, a cały personel je zna i potrafi je zastosować.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Procedury postępowania i zabezpieczenia chorego w stanach zagrożenia życia są opracowane i wdrożone, a cały personel je zna i potrafi zastosować (zademonstrować).

1 – Nie opracowano procedur postępowania i zabezpieczenia chorego w stanach zagrożenia życia albo personel ich nie zna lub nie potrafi zademonstrować.

Waga standardu: 1

BO 2.2 Produkty lecznicze i wyroby medyczne niezbędne w stanach zagrożenia życia są dostępne.**1. Opis wymagań**

Dla sprawnego udzielania pomocy, jednostka powinna posiadać produkty lecznicze i wyroby medyczne niezbędne w stanach zagrożenia życia. Zestaw tych produktów jest odpowiedni do procedur postępowania w stanach zagrożenia życia. Jest on dostępny we wszystkich miejscach udzielania świadczeń – w każdym gabinecie zabiegowym oraz przechowywany w sposób umożliwiający jego szybkie użycie przez osoby uprawnione, we wszystkich miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych w obrębie jednostki. Zestaw jest dostępny w gabinecie szczepień, jeżeli jest on zlokalizowany poza gabinetem zabiegowym. Jednostka posiada listę produktów leczniczych stosowanych w stanach zagrożenia życia, zgodnych z aktualnie obowiązującymi przepisami i określiła minimalną liczbę opakowań produktów leczniczych, które znajdują się na stałe w zestawie. Minimalny zestaw materiałów i produktów leczniczych dostępnych w lecznictwie ambulatoryjnym, powinien być zgodny z aktualnymi wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji i obowiązującymi przepisami.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka posiada produkty lecznicze i wyroby medyczne niezbędne w stanach zagrożenia życia zgodnie z opracowaną listą i są one dostępne w każdym miejscu (lokalizacji) udzielania świadczeń i w każdym gabinecie zabiegowym (i gabinecie szczepień) oraz są one przechowywane w sposób umożliwiający szybkie ich użycie, w każdej lokalizacji udzielania świadczeń zdrowotnych.

1 – Jednostka nie ma wszystkich produktów leczniczych i wyrobów medycznych niezbędnych w stanach zagrożenia życia albo nie są one dostępne w każdej lokalizacji udzielania świadczeń zdrowotnych.

Waga standardu: 1

BO 2.3 Jednostka posiada wyposażenie do skutecznej resuscytacji.**1. Opis wymagań**

Bezpieczeństwo pobytu chorych, u których może wystąpić nagle zatrzymanie krążenia, wymaga wyposażenia jednostki w sprzęt do skutecznej resuscytacji. Do takich należą: defibrylator, ssak, worki AMBU (dla dorosłych i dzieci), rurki ustno-gardłowe, maski. Personel medyczny jednostki posiada umiejętność posługiwania się wyposażeniem do resuscytacji.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) obserwacja bezpośrednia;
- 2) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka posiada sprzęt pomocny w nagłym zatrzymaniu krążenia u chorego, w tym defibrylator, ssak, worki AMBU (dla dorosłych i dzieci), rurki ustno-gardłowe, maski, i personel medyczny posiada umiejętność posługiwania się tym sprzętem.

1 – Jednostka nie posiada sprzętu pomocnego w nagłym zatrzymaniu krążenia albo personel medyczny nie wie jak użyć elementów wyposażenia resuscytacyjnego.

Waga standardu: 1

BO 2.4 Personel zna miejsce przechowywania wyposażenia używanego w stanach zagrożenia życia.

1. Opis wymagań

Dla sprawnego udzielania pomocy personel jednostki wie, gdzie najbliższej przechowywane są produkty lecznicze, wyroby medyczne i sprzęt niezbędny do ratowania w stanach zagrożenia życia i bez wahania umie po niego sięgnąć.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Wszystkie osoby personelu jednostki znają miejsce przechowywania produktów leczniczych, wyrobów medycznych, sprzętu stosowanego w stanach zagrożenia życia i bez wahania potrafią podać żądany element tego wyposażenia.

1 – Nie wszystkie osoby personelu jednostki znają miejsca przechowywania produktów leczniczych, wyrobów medycznych, sprzętu stosowanego w stanach zagrożenia życia lub nie potrafią szybko podać żadanego elementu tego wyposażenia.

Waga standardu: 1

BO 2.5 Procedura wezwania pomocy w stanach zagrożenia życia jest znana personelowi.

1. Opis wymagań

W jednostce ustalono i utrwalono w formie pisemnej, które osoby, na czyje polecenie, kogo i w jaki sposób mają wezwać w czasie akcji ratowania życia. Procedura powinna obejmować numery telefonów alarmowych oraz sposoby formułowania informacji o zaistniałej sytuacji. Opracowana procedura jest doskonalona podczas okresowych ćwiczeń praktycznych w jednostce. Procedura nie może zdejmować z personelu jednostki odpowiedzialności za natychmiastowe podjęcie i prawidłowe prowadzenie akcji ratowania życia, ani opóźniać jej przebiegu.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Cały personel jednostki zna procedurę wzywania pomocy w czasie akcji ratowania życia. Opracowana procedura jest doskonalona podczas okresowych ćwiczeń praktycznych w jednostce.

3 – Cały personel zna procedurę wzywania pomocy w czasie akcji ratowania życia, ale nie są przeprowadzane okresowe ćwiczenia praktyczne w jednostce.

1 – Nie opracowano procedury wzywania pomocy w stanach zagrożenia życia lub nie wszystkie osoby ją znają lub opracowana procedura nie jest doskonalona podczas okresowych ćwiczeń praktycznych w jednostce.

Waga standardu: 1

BO 2.6 Procedura postępowania poekspozycyjnego u pacjenta i personelu jest wdrażana w razie potrzeby.

1. Opis wymagań

Jednostka ustaliła sposób postępowania i opracowała procedurę na wypadek ekspozycji pacjenta i personelu na czynniki zakaźne. Czynniki zakaźne powinny zostać określone w samodzielnym opracowaniu przez jednostkę, adekwatnie do aktualnych zagrożeń. Procedura określa kolejne etapy postępowania, w tym: działania doraźne, jakie należy zastosować na początku, profilaktykę poekspozycyjną (czynną/bierną) w celu zapobiegnięcia następstwom ekspozycji, dalsze działania i zalecane badania. Jednostka opracowała procedurę postępowania poekspozycyjnego, zgodną z aktualnymi zaleceniami wiarygodnych wytycznych klinicznych. Personel medyczny zna tą procedurę postępowania.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Opracowano procedurę postępowania w przypadku ekspozycji pacjenta i personelu na różne czynniki zakaźne i cały personel medyczny ją zna.

3 – Jednostka podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).

1 – Nie opracowano procedury postępowania w przypadku ekspozycji pacjentów i personelu na różne czynniki zakaźne albo personel jej nie zna.

4. Kamienie milowe:

- 1) jednostka opracowała procedurę na wypadek ekspozycji pacjenta na różne czynniki zakaźne;
- 2) jednostka w opracowanej procedurze określiła kolejne etapy postępowania;
- 3) opracowana przez jednostkę procedura postępowania uwzględnia dalsze działania;
- 4) opracowana przez jednostkę procedura postępowania poekspozycyjnego jest zgodna z aktualnymi zaleceniami wiarygodnych wytycznych klinicznych;
- 5) opracowana przez jednostkę procedura postępowania poekspozycyjnego jest znana personelowi medycznemu jednostki.

Co najmniej 60% stanowią 3 kamienie milowe.

Waga standardu: 0,5

BO 3 Opracowano i wdrożono procedury podawania produktów leczniczych.

Zasady stosowania produktów leczniczych (w tym surowic i szczepionek) w jednostce zostały opracowane w formie pisemnej i obejmują co najmniej:

- 1) listę stosowanych produktów leczniczych z określeniem dawki i postaci produktu leczniczego;
- 2) sposób podania produktu leczniczego: wielkość dawki, drogę i szybkość podania, częstotliwość powtarzania dawek;
- 3) listę (imienną) osób uprawnionych do podawania poszczególnych produktów leczniczych;
- 4) listę, o której mowa w pkt 3, jest zależna od stanowiska;
- 5) możliwe wczesne działania niepożądane i sposób postępowania w razie ich wystąpienia;
- 6) określenie czasu, w którym chory powinien pozostać pod obserwacją personelu po podaniu produktu leczniczego;
- 7) zasady przechowywania produktów leczniczych i kontroli ich ważności;
- 8) zasady przechowywania i podawania produktów leczniczych przyniesionych przez pacjenta (jeżeli dotyczy).

BO 3.1 Określono jakie produkty lecznicze mogą być podawane w jednostce.

1. Opis wymagań

Jednostka opracowała listę podawanych przez personel produktów leczniczych, w tym surowic i szczepionek, z określeniem zasad stosowania tych produktów leczniczych (według opisu w BO 3)

i ze wskazaniem minimalnej ilości produktu leczniczego, która musi być dostępna w jednostce ze względów bezpieczeństwa pacjentów.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Opracowano listę produktów leczniczych zgodnie z opisem i wszystkie stosowane w jednostce produkty lecznicze znajdują się na liście.

3 – Jednostka podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).

1 – Nie opracowano zgodnie z opisem listy stosowanych produktów leczniczych lub nie wszystkie znajdujące się w jednostce produkty lecznicze są na liście.

4. Kamienie milowe:

- 1) jednostka posiada opracowaną listę podawanych przez personel produktów leczniczych;
- 2) opracowana przez jednostkę lista uwzględnia surowice;
- 3) opracowana przez jednostkę lista uwzględnia szczepionki;
- 4) opracowana przez jednostkę lista określa zasady podawania produktów leczniczych według opisu BO 3;
- 5) opracowana przez jednostkę lista określa minimalną ilość leku, która musi być dostępna w jednostce.

Co najmniej 60% stanowią 3 kamienie milowe.

Waga standardu: 0,5

BO 3.2 Produkty lecznicze są podawane przez uprawniony personel.

1. Opis wymagań

Podawanie produktów leczniczych, w tym surowic i szczepionek, odbywa się w warunkach bezpiecznych. Osoby wykonujące te czynności posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia. Dla zapewnienia bezpiecznego stosowania produktów leczniczych jednostka rekomendowała osoby (imienna lista) uprawnione do podawania konkretnych produktów leczniczych, w tym surowic i szczepionek, z określeniem sposobu ich podania (droga podania, dawka).

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Wszystkie stosowane w jednostce produkty lecznicze są podawane przez osoby uprawnione, zgodnie ze wskazanymi na liście uprawnieniami.

3 – Jednostka podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).

1 – Produkty lecznicze podawane są przez osoby niewskazane na liście lub niezgodnie z określonymi uprawnieniami albo nie ma imiennej listy osób uprawnionych do podawania produktów leczniczych.

4. Kamienie milowe:

- 1) osoby podające produkty lecznicze posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia;
- 2) opracowana przez jednostkę imienna lista osób uprawnionych określa dawkę poszczególnych produktów leczniczych;
- 3) opracowana przez jednostkę lista określa drogę podania poszczególnych produktów leczniczych.

Co najmniej 60% stanowią 2 kamienie milowe.

Waga standardu: 0,5

BO 3.3 Personel podający produkty lecznicze zna ich działania niepożądane i umie postąpić w razie ich wystąpienia.

1. Opis wymagań

Wszystkie osoby uprawnione do podawania produktów leczniczych, w tym surowic i szczepionek, stosowanych w jednostce znają sposób ich podawania i możliwe działania niepożądane. Wiedzą jak postąpić w przypadku wystąpienia działań niepożądanych i znają zasady zgłaszania wystąpienia działań niepożądanych Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu. Osoby uprawnione do podawania produktów leczniczych wiedzą jak długo pacjent powinien pozostać pod obserwacją personelu po podaniu konkretnego leku. Szczególnie groźnym powikłaniem jest wstrząs anafilaktyczny, który może wystąpić w szczególności po szczepieniu, podaniu surowicy, podaniu antybiotyków z grupy penicylin lub stosowaniu niektórych preparatów odkażających (zawierających jod).

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) przegląd dokumentacji medycznej;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Cały personel uprawniony do podawania produktów leczniczych zna działanie podawanych produktów leczniczych, wie jakie działania niepożądane mogą wystąpić po ich podaniu i jak postępować w przypadku wystąpienia działań niepożądanych, w tym jak rozpoznać i postąpić w przypadku wstrząsu anafilaktycznego, i zna zasady zgłaszania występowania działań niepożądanych Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu.

3 – Cały personel uprawniony do podawania produktów leczniczych zna działanie podawanych produktów leczniczych, wie jakie działania niepożądane mogą wystąpić po ich podaniu i jak postępować w przypadku wystąpienia działań niepożądanych, w tym jak rozpoznać i postąpić w przypadku wstrząsu anafilaktycznego.

1 – Uprawniony personel nie zna działań niepożądanych podawanych produktów leczniczych lub nie wie jak postąpić w razie ich wystąpienia.

Waga standardu: 1

BO 3.4 Produkty lecznicze są właściwie przechowywane.

1. Opis wymagań

Właściwe przechowywanie produktów leczniczych jest istotne ze względu na ich skuteczność i bezpieczeństwo. Są one przechowywane w oryginalnych opakowaniach, a po wyjęciu z opakowania odpowiednio oznakowane. Należy przestrzegać zaleceń producenta odnośnie temperatury, wilgotności i dostępu światła. Szczególne postępowanie dotyczy produktów leczniczych wymagających stale obniżonej temperatury, takich jak surowice i szczepionki. Funkcjonujący w jednostce system przechowywania takich produktów powinien uwzględniać monitorowanie, w tym ciągły pomiar i rejestrację temperatury w lodówce albo rejestrację przekroczenia określonej temperatury. Jednostka ustaliła sposób postępowania w przypadku stwierdzenia naruszenia przyjętych zasad bezpieczeństwa przechowywania.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) obserwacja bezpośrednia;
- 3) przegląd dokumentacji, w tym zapisów sprawdzania (logów) temperatury w lodówce.

3. Ocena punktowa

5 – Wszystkie produkty lecznicze są przechowywane zgodnie z obowiązującymi zaleceniami producenta i zapewnione jest monitorowanie warunków ich przechowywania.

3 – Jednostka podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).

1 – Nie wszystkie produkty lecznicze są przechowywane zgodnie z obowiązującymi zaleceniami producenta albo nie ma monitorowania warunków ich przechowywania.

4. Kamienie milowe:

- 1) produkty lecznicze stosowane w jednostce są przechowywane w oryginalnych opakowaniach lub są odpowiednio oznakowane;
- 2) jednostka przestrzega zaleceń producenta dotyczących temperatury przechowywania produktów leczniczych;
- 3) jednostka przestrzega zaleceń producenta dotyczących wilgotności przechowywania produktów leczniczych;
- 4) jednostka przestrzega zaleceń producenta dotyczących dostępu do światła w czasie przechowywania produktów leczniczych;
- 5) system przechowywania produktów leczniczych wymagających stałe obniżonej temperatury zastosowany w jednostce uwzględnia ciągły pomiar i rejestrację temperatury w lodówce lub rejestrację przekroczenia określonej temperatury;
- 6) jednostka określiła sposób postępowania w przypadku stwierdzenia naruszenia przyjętych zasad bezpieczeństwa przechowywania produktów leczniczych.

Co najmniej 60% stanowią 4 kamienie milowe.

Waga standardu: 0,5

BO 3.5 Dostęp do produktów leczniczych ma wyłącznie wyznaczony personel.

1. Opis wymagań

Produkty lecznicze są przechowywane w warunkach uniemożliwiających dostęp do nich osobom niepowołanym. Przechowywane są w szafkach lub pomieszczeniach, zabezpieczonych mechanicznie lub elektronicznie. Lista osób uprawnionych jest ustalona i dostępna całemu personelowi.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) obserwacja bezpośrednia;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Wszystkie produkty lecznicze są właściwie zabezpieczone przed dostępem osób niepowołanych.

1 – Jednostka nie posiada zabezpieczeń chroniących produkty lecznicze przed dostępem osób niepowołanych.

Waga standardu: 0,5

BO 3.6 Terminy ważności produktów leczniczych i wyrobów medycznych są kontrolowane.

1. Opis wymagań

W jednostce funkcjonuje system nadzoru nad przechowywanymi produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi. Wyznaczona osoba systematycznie kontroluje sposób przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych, sprawdza ilości produktów leczniczych oraz terminy ich ważności. Kontrolowana jest zgodność stanu produktów leczniczych z dokumentacją wydawania w odniesieniu do produktów leczniczych, dla których przyjęto zasady kontroli wydawania, w szczególności środków odurzających lub substancji psychotropowych. Prowadzone kontrole wymagają dokumentowania. Jednostka posiada i stosuje procedurę postępowania z przeterminowanymi produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;

- 2) obserwacja bezpośrednia;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Opracowano i wdrożono procedury kontroli ilości i ważności produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, a także postępowania z produktami przeterminowanymi.

3 – Jednostka podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).

1 – Nie wdrożono procedury kontroli ilości i ważności produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, a także postępowania z produktami przeterminowanymi.

4. Kamienie milowe:

- 1) jednostka opracowała procedurę kontroli ilości i ważności produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych;
- 2) w jednostce została wyznaczona osoba, która systematycznie kontroluje sposób przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych; sprawdza ilości produktów leczniczych i wyrobów medycznych, sprawdza terminy ważności produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
- 3) jednostka prowadzi dokumentację przeprowadzonych kontroli;
- 4) jednostka posiada procedurę postępowania z przeterminowanymi produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi;
- 5) jednostka stosuje procedurę postępowania z przeterminowanymi produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi.

Co najmniej 60% stanowią 3 kamienie milowe.

Waga standardu: 0,5

BO 3.7 Jednostka wdrożyła procedurę postępowania z produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi wstrzymanymi i wycofanymi.

1. Opis wymagań

Wyznaczona w jednostce osoba systematycznie, nie rzadziej niż raz dziennie, sprawdza informacje o wstrzymaniu lub wycofaniu z obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku pojawienia się komunikatu i decyzji Głównego Inspektora Farmaceutycznego o wstrzymaniu lub wycofaniu z obrotu produktu leczniczego i wyrobu medycznego.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Opracowano oraz wdrożono procedurę pozyskiwania informacji i postępowania w przypadku wstrzymania lub wycofania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego z obrotu. Wyznaczono osobę odpowiedzialną za realizację procedury.

1 – Nie wyznaczono osoby odpowiedzialnej lub procedura pozyskiwania informacji i postępowania w przypadku wstrzymania lub wycofania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego z obrotu nie została wdrożona.

Waga standardu: 0,5

BO 4 Jednostka nadzoruje zawartość toreb wyjazdowych.

Jednostka określiła listę produktów leczniczych i wyrobów medycznych, które wchodziły w skład toreb wyjazdowych (neseser, walizka, kontenerki), w szczególności używanych przez lekarza, pielęgniarkę i położną POZ często lub w stanach nagłych, do pracy w środowisku. Lista zawartości powinna

uwzględniać rodzaj udzielanych świadczeń odpowiednio przez: lekarza, pielęgniarkę lub położną POZ podczas wizyt domowych. Zawartość torby jest kompletowana przez personel po odbytych wizytach i uzupełniana zgodnie z listą.

BO 4.1 Jednostka nadzoruje zawartość torby wyjazdowej pielęgniarki POZ.

1. Opis wymagań

Jednostka określiła zawartość torby wyjazdowej pielęgniarki POZ, w tym listę produktów leczniczych i wyrobów medycznych, mając na względzie bezpieczeństwo wizyt i zakres świadczeń zgodny z wykształceniem i kompetencjami pielęgniarki. Jednostka określiła częstość i sposób kontroli oraz osoby odpowiedzialne za kontrolę i za kompletowanie zawartości.

Jednostka nierealizująca środowiskowych świadczeń pielęgniarskich nie nadzoruje zawartości torby.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Zawartość toreb wyjazdowych pielęgniarek POZ jest kontrolowana i pozostaje zgodna z listą odpowiednią do wykonywanych świadczeń.

1 – Jednostka nie nadzoruje zawartości torby wyjazdowej pielęgniarki POZ lub jednostka nie realizuje środowiskowych świadczeń pielęgniarskich.

Waga standardu: 0,5

BO 4.2 Jednostka nadzoruje zawartość torby wyjazdowej położnej POZ.

1. Opis wymagań

Jednostka określiła zawartość torby wyjazdowej położnej POZ, w tym listę produktów leczniczych i wyrobów medycznych, mając na względzie bezpieczeństwo wizyt i zakres świadczeń zgodny z umiejętnościami i kompetencjami położnej. Jednostka określiła częstość i sposób kontroli oraz osoby odpowiedzialne za kontrolę i za kompletowanie zawartości.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Zawartość toreb wyjazdowych położnej POZ jest kontrolowana i pozostaje zgodna z listą odpowiednią do wykonywanych świadczeń.

1 – Jednostka nie nadzoruje zawartości torby wyjazdowej położnej POZ lub jednostka nie realizuje środowiskowych świadczeń położnej.

Waga standardu: 0,5

BO 4.3 Jednostka kontroluje zawartość torby wyjazdowej lekarza POZ.

1. Opis wymagań

Jednostka określiła listę sprzętów, produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz dokumentów, które wchodzi w skład torby wyjazdowej lekarza POZ. Został określony sposób kontrolowania i kompletowania zawartości torby.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka nadzoruje zawartość toreb wyjazdowych lekarzy POZ i zawartość ta jest zgodna z listą i odpowiednia do wykonywanych świadczeń.

1 – Jednostka nie nadzoruje zawartości toreb wyjazdowych lekarzy POZ.

Waga standardu: 0,5

BO 5 Jednostka opracowała standard zgłaszania przypadków szczególnych do instytucji zewnętrznych.

1. Opis wymagań

Jednostka opracowała standard postępowania w przypadkach zdarzeń wymagających zgłoszenia do odpowiednich instytucji zewnętrznych. Dotyczy to w szczególności:

- 1) stwierdzenia ran postrzałowych lub innych, mogących być efektem przestępstwa;
- 2) pokąsania przez zwierzę;
- 3) podejrzenia chorób zakaźnych, w tym przenoszonych drogą płciową i drogą krwi.

Standard zawiera pisemną instrukcję określającą tryb zgłaszania, nazwę instytucji, jej dane teleadresowe. Standard określa w jaki sposób postąpić z osobą poszkodowaną. Wszystkie tego rodzaju działania oraz odstępianie od nich są odnotowane w dokumentacji medycznej.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – Opracowany standard zawiera instrukcje postępowania we wszystkich przypadkach zdarzeń, wymagających zgłoszenia do odpowiednich instytucji i jednostka może wygenerować z systemu zestawienie takich przypadków.

1 – Nie opracowano standardu dla wszystkich przypadków zdarzeń, wymagających zgłoszenia do odpowiednich instytucji lub nie można wygenerować z systemu zestawienia takich przypadków.

Waga standardu: 0,5

BO 6 Jednostka wdrożyła zasady postępowania w przypadku ofiar przemocy lub zaniedbania (standard obligatoryjny).

1. Opis wymagań

Jednostka powinna określić i wdrożyć sposób postępowania z osobami poszkodowanymi w wyniku przemocy lub zaniedbania, w tym z ofiarami pobicia, gwałtu, molestowania, maltretowania.

Jednostka powinna wdrożyć procedury postępowania w przypadku specyficznej sytuacji pacjentów do lat 18, będących ofiarami przemocy, w tym wynikające z ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej.

Jednostka wdrożyła standardy ochrony małoletnich.

Procedura postępowania dotyczy sposobu badania oraz warunków, w jakich to badanie ma być realizowane, a także zasad współpracy z innymi organizacjami takimi jak policja, szpital oraz zasad wszczynania procedury „Niebieskiej Karty”. Procedura ta jest znana personelowi pracującemu w jednostce (lekarzom, pielęgniarkom i położnym).

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – W jednostce wdrożono zasady postępowania w przypadku ofiar przemocy lub zaniedbania i są one znane całemu personelowi medycznemu.

1 – W jednostce nie opracowano zasad postępowania w przypadku ofiar przemocy lub zaniedbania albo nie wszystkie osoby z personelu medycznego znają zasady postępowania w takiej sytuacji.

Waga standardu: 1**BO 7 Lekarze weryfikują produkty lecznicze przyjmowane przez pacjenta.****1. Opis wymagań**

Weryfikacja przyjmowanych przez pacjenta produktów leczniczych służy zapewnieniu skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii. W związku z faktem zażywania przez pacjentów produktów leczniczych przepisanych przez różnych lekarzy oraz przyjmowania z własnej inicjatywy produktów leczniczych, dochodzi często do niebezpiecznej polipragmazji lub interakcji między produktami leczniczymi.

Weryfikacja przyjmowanych produktów leczniczych powinna odbywać się, gdy zlecany jest nowy lek lub gdy następuje zmiana leczenia zarówno z inicjatywy lekarza POZ, jak i w wyniku konsultacji lekarza specjalisty. Weryfikację należy wykonać też wyjściowo u wszystkich pacjentów przyjmujących produkty lecznicze, a następnie każdorazowo przy zmianie leczenia. Fakt, iż ostatecznej weryfikacji dokonuje lekarz POZ nie oznacza, iż w procesie zbierania informacji o zażywanych przez pacjenta produktach leczniczych nie może uczestniczyć pozostały personel medyczny, w szczególności pielęgniarki POZ.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej;
- 2) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Lekarz POZ dokonuje weryfikacji produktów leczniczych przyjmowanych przez pacjenta, zgodnie z opisem wymagań i potwierdza to wpisem do dokumentacji medycznej pacjenta.

3 – Jednostka prowadzi intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).

1 – Lekarz POZ nie weryfikuje produktów leczniczych przyjmowanych przez pacjenta lub nie potwierdza tego w dokumentacji medycznej.

4. Kamienie milowe:

- 1) weryfikacja przyjmowanych przez pacjenta produktów leczniczych odbywa się, gdy zlecany jest nowy produkt leczniczy;
- 2) weryfikacja przyjmowanych przez pacjenta produktów leczniczych odbywa się każdorazowo, gdy następuje zmiana leczenia (zarówno z inicjatywy lekarza jednostki, jak i wyniku konsultacji specjalisty);
- 3) weryfikacja przyjmowanych przez pacjenta produktów leczniczych odbywa się wyjściowo u wszystkich pacjentów przyjmujących produkty lecznicze.

Co najmniej 60% stanowią 2 kamienie milowe.

Waga standardu: 0,5**BO 8 Jednostka monitoruje i analizuje zdarzenia niepożądane.****1. Opis wymagań**

Zdarzenie niepożądane to 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. Zdarzenia niepożądane mogące wystąpić w POZ, które wymagają identyfikowania, to w szczególności:

- 1) pomylenie wyników badań pacjentów;
- 2) niewłaściwe przepisanie lub podanie leku (niewłaściwy lek, zła dawka, niewłaściwa droga i czas podania);
- 3) postępowanie niewłaściwe czasowo, w szczególności zbyt późne skierowanie do szpitala;

- 4) uszkodzenie ciała, w szczególności w wyniku podawania leku, szczepionki czy wykonania innej procedury medycznej, w szczególności płukania ucha, zdjęcia szwów;
- 5) nieprawidłowe pobranie, przygotowanie lub przechowanie materiału biologicznego do badania laboratoryjnego;
- 6) nieprawidłowa informacja przekazana pacjentowi, w szczególności o przygotowaniu do badania, terminie wizyty, postępowaniu w przypadku choroby zakaźnej;
- 7) wypadki i urazy na terenie jednostki.

Zdarzenia niepożądane należy dzielić na takie, które dosięgły pacjenta i spowodowały szkodę, oraz na takie, które dosięgły pacjenta i nie spowodowały szkody. Trzecią grupę stanowią zdarzenia niedoszłe, czyli takie sytuacje, które zmierzały do zdarzenia niepożądanego, ale zakończyły się pomyślnie przez przypadek lub na skutek podjętego na czas działania. Celem monitorowania jest ich analiza, wyciąganie wniosków i ich wdrażanie, aby uniknąć analogicznych zdarzeń w przyszłości. Dlatego każde zdarzenie, niezależnie od jego wagi, powinno zostać zgłoszone i dokładnie przeanalizowane.

BO 8.1 Jednostka wdrożyła politykę bezpieczeństwa pacjenta (standard obligatoryjny).

1. Opis wymagań

Cechą warunkującą efektywne działanie systemu poprawy bezpieczeństwa pacjenta jest zapewnienie wsparcia i ochrony osobom, które uczestniczą w procesie poprawy.

Dlatego jednostka wdraża politykę bezpieczeństwa pacjenta która uwzględnia:

- 1) zasady zgłaszania i analizowania zdarzeń niepożądanych oraz wdrażania wniosków wynikających z przeprowadzonych analiz;
- 2) umożliwienie zgłaszania zdarzeń niepożądanych, również anonimowo przez personel, celem wdrożenia działań zapobiegawczych w atmosferze otwartości, uczciwości i nie wymierzania sankcji;
- 3) umożliwienie zgłaszania zdarzeń niepożądanych przez pacjentów i osób bliskich, także anonimowo;
- 4) określenie osób odpowiedzialnych za monitorowanie zdarzeń niepożądanych;
- 5) określenie stanowiska kierownika w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa osobom zaangażowanym w poprawę bezpieczeństwa pacjenta z uwzględnieniem wyraźnego przekazu, że system ten nie służy do identyfikowania i penalizacji osób, ale do identyfikowania natury i przyczyn zdarzeń niepożądanych.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Wprowadzono politykę bezpieczeństwa pacjenta zgodnie z wymogami standardu.

1 – Nie wprowadzono polityki bezpieczeństwa pacjenta zgodnie z wymogami standardu.

Waga standardu – 0,75

BO 9 Jednostka wdrożyła standardy ochrony osobistej.

1. Opis wymagań

Jednostka opracowała standardy higieniczne odnoszące się do ochrony osobistej pacjentów i personelu przed czynnikami zakaźnymi. Środki ochrony osobistej takie jak: rękawiczki, fartuchy, maski, przyłbice, parawany, a także środki czystości jak: środki myjące i antyseptyczne, są dostępne na terenie jednostki. Monitorowanie zużycia środków czystości jest ważnym elementem oceny stopnia wdrożenia standardów higienicznych.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) obserwacja bezpośrednia;
- 3) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka opracowała standardową procedurę postępowania na wypadek potrzeby zastosowania środków ochrony osobistej, we wszystkich lokalizacjach udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu POZ, zapewnia łatwy dostęp do środków takiej ochrony oraz środków czystości i dezynfekcyjnych oraz monitoruje wdrożenie standardu.

1 – Jednostka nie zapewnia środków ochrony osobistej, środków czystości lub dezynfekcyjnych we wszystkich miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych w obrębie jednostki albo nie monitoruje wdrożenia standardu.

Waga standardu: 1

VI. INFORMACJA MEDYCZNA (IM)

Podstawowym nośnikiem informacji medycznej jest dokumentacja medyczna, której celem jest dostarczenie personelowi medycznemu istotnych informacji o przebiegu diagnozowania i leczenia pacjenta, co zwiększa szanse właściwego postępowania i uniknięcia zdarzeń niepożądanych. Elektroniczna dokumentacja medyczna daje możliwość prowadzenia analiz danych w niej zawartych, generowania zestawień statystycznych, wyszukiwania szczególnych informacji wspomagających proces podejmowania decyzji, takich jak w szczególności automatyczna analiza możliwych interakcji lekowych. Wpisy do dokumentacji medycznej są też formą potwierdzenia wykonania pracy i podstawą do rozliczeń z płatnikiem publicznym. Dokumentacja medyczna może też stanowić materiał dowodowy w przypadku prowadzonych postępowań. Istotne jest by była prowadzona starannie i w przejrzysty sposób.

IM 1 Personel medyczny ma łatwy dostęp do dokumentacji medycznej.

1. Opis wymagań

By zapewnić ciągłość opieki, dokumentacja medyczna (zarówno indywidualna, jak i zbiorcza) została zorganizowana tak, aby łatwo można było uzyskać informacje o udzielanych do tej pory pacjentowi świadczeniach zdrowotnych. Personel medyczny oraz inne osoby upoważnione mają dostęp do dokumentacji medycznej (indywidualnej i zbiorczej) w zakresie swoich kompetencji i przyznanych uprawnień, w szczególności przez indywidualne hasło dostępu, detekcję biometryczną.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Dokumentacja medyczna jest łatwo i stale dostępna dla personelu medycznego w zakresie odpowiednim do kompetencji zawodowych.

1 – Dostęp do dokumentacji medycznej jest ograniczony.

Waga standardu: 0,5

IM 2 Dokumentacja medyczna jest funkcjonalna i prawidłowo zabezpieczona.

1. Opis wymagań

Jednostka opracowała mechanizmy gwarantujące bezpieczeństwo informacji o pacjencie, uniemożliwiające dostęp osobom nieupoważnionym oraz ochronę dokumentacji przed utratą, zaginięciem, zniszczeniem lub sfałszowaniem. Stosowane środki bezpieczeństwa są adekwatne do zagrożeń. Archiwalna dokumentacja medyczna pacjentów winna być zabezpieczona i przechowywana w bezpiecznym miejscu.

Członkowie zespołu POZ upoważnieni do dostępu i współprowadzenia dokumentacji medycznej powinni posługiwać się własnymi oznaczeniami użytkowników i mieć określone uprawnienia do dokonywania wpisów oraz przeglądania dokumentacji. Dokonując wpisów sygnują je osobistym podpisem, widocznym dla czytającego. System teleinformatyczny, w którym prowadzona jest dokumentacja medyczna, powinien zapewniać jej integralność, bezpieczeństwo i funkcjonalność.

IM 2.1 Jednostka określiła zasady bezpieczeństwa dotyczące informacji medycznej, w tym sposób postępowania w sytuacjach krytycznych.

1. Opis wymagań

Dokumentacja medyczna jest zabezpieczona we wszystkich miejscach przechowywania. Należy opracować zasady zabezpieczenia przed utratą, zniszczeniem, zamianą, nieupoważnionym wykorzystaniem oraz zasady dostępu do poszczególnych rodzajów dokumentacji medycznej i sposób postępowania w sytuacjach krytycznych. Zasady te powinny umożliwić dostęp do danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej przez 24 godziny na dobę w przypadkach, gdy brak jest połączenia z centralną bazą danych.

W jednostce, we wszystkich miejscach przechowywania dokumentacji, opracowano i wdrożono program ochrony dokumentacji medycznej przed utratą zawartości w wyniku:

- 1) wadliwego działania programu;
- 2) działania wirusów komputerowych;
- 3) uszkodzenia sprzętu;
- 4) kradzieży sprzętu;
- 5) zdarzeń niespodziewanych, w szczególności pożaru, braku prądu.

Konieczne jest regularne tworzenie kopii zapasowych i przechowywanie ich w bezpiecznym miejscu.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) obserwacja bezpośrednia;
- 3) wywiad z kierownikiem;
- 4) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka określiła zasady bezpieczeństwa dotyczące dokumentacji medycznej, w tym sposób postępowania w sytuacjach krytycznych zgodnie z wymogami standardu.

3 – Jednostka podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).

1 – Jednostka nie określiła zasad bezpieczeństwa dotyczących informacji medycznej, w tym sposobu postępowania w sytuacjach krytycznych zgodnie z wymogami standardu lub jednostka spełniła mniej niż 60% kamieni milowych.

4. Kamienie milowe:

- 1) dokumentacja medyczna jest zabezpieczona we wszystkich miejscach przechowywania – zabezpieczenie archiwum;
- 2) dokumentacja medyczna jest zabezpieczona we wszystkich miejscach przechowywania – zabezpieczenie serwerów;
- 3) dokumentacja medyczna jest zabezpieczona we wszystkich miejscach przechowywania – zabezpieczenia przeciw: włamaniom informatycznym, utratą, zniszczeniem, zamianą, nieupoważnionym wykorzystaniem, wirusami komputerowymi;
- 4) zakres zabezpieczenia dokumentacji medycznej obejmuje zasady dostępu do poszczególnych rodzajów dokumentacji medycznej;
- 5) zakres zabezpieczenia dokumentacji medycznej obejmuje sposób postępowania w sytuacjach krytycznych; system wsparcia systemu informatycznego zapewnia dostęp do danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej przez 24 godziny na dobę, także w razie braku połączenia z centralną bazą danych; opracowano i wdrożono program ochrony dokumentacji medycznej przed utratą zawartości w wyniku wadliwego działania programu;
- 6) opracowano i wdrożono program ochrony dokumentacji medycznej przed utratą zawartości w wyniku kradzieży lub uszkodzenia sprzętu, w tym na skutek zdarzeń niespodziewanych, w szczególności pożaru, braku prądu;
- 7) tworzone są regularnie kopie zapasowe danych systemu; kopie zapasowe przechowywane są w sposób bezpieczny.

Co najmniej 60% stanowią 4 kamienie milowe.

Waga standardu: 0,5

IM 2.2 Wpisy i zmiany wpisów są opatrywane oznaczeniem osoby ich dokonującej.**1. Opis wymagań**

Każdy wpis lub zmiana w dokumentacji, w tym w związku z udzieleniem świadczenia zdrowotnego, skierowaniem na badanie diagnostyczne lub leczenie, wystawieniem zlecenia, w tym zlecenia na szczepienie, skierowaniem do opieki specjalistycznej, skierowaniem do szpitala lub do innego świadczeniodawcy, wystawiona opinia lub zaświadczenie są odnotowane w dokumentacji z oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. Pożądane jest, aby system informatyczny nanosił indywidualny identyfikator członka personelu jednostki dokonującego wpisu automatycznie i w sposób widoczny, tak aby osoba czytająca wiedziała, kto i kiedy dokonał wpisu.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) przegląd systemu teleinformatycznego;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Każde świadczenie opieki zdrowotnej, skierowanie, zlecenie, opinia lub zaświadczenie jest odnotowywane w dokumentacji medycznej z oznaczeniem osoby dokonującej wpisu lub zmiany wpisu.

1 – Nie każde świadczenie opieki zdrowotnej lub skierowanie jest odnotowywane w dokumentacji medycznej lub oznaczenie osoby dokonującej wpisu lub zmiany nie jest prawidłowe.

Waga standardu: 0,5

IM 2.3 System informatyczny zapewnia integralność treści dokumentacji i metadanych.**1. Opis wymagań**

System teleinformatyczny, w którym prowadzona jest dokumentacja medyczna w jednostce, zapewnia integralność treści dokumentacji oraz metadanych przez zabezpieczenie przed wprowadzeniem zmian, z wyjątkiem zmian wpisów wprowadzanych w ramach ustalonych i udokumentowanych procedur. Wpisów oraz innych zmian w dokumentacji dokonuje się w sposób umożliwiający identyfikację daty dokonania oraz zakresu zmiany. System pozwala na jednoznaczną identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz uniemożliwia niezauważalne dokonywanie późniejszych zmian.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) przegląd systemu teleinformatycznego;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – System umożliwia identyfikację daty dokonania zmiany oraz zakresu wprowadzonych zmian.

1 – System nie zapewnia pełnej identyfikacji wprowadzanych zmian.

Waga standardu: 0,5

IM 2.4 Generowanie zestawień informacji z systemu informatycznego jest funkcjonalne.**1. Opis wymagań**

System umożliwia wygenerowanie i wydrukowanie zestawień informacji w łatwy i przyjazny dla użytkownika sposób. Pozwala na szybkie przygotowanie różnorodnych zestawień konsultacji przeprowadzonych w danym dniu przez lekarza, zrealizowanych szczepień w gabinecie zabiegowym, wystawionych recept.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) przegląd systemu teleinformatycznego;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – System zapewnia szybkie wygenerowanie zestawień zawierających oczekiwane informacje.

1 – System nie zapewnia szybkiego generowania zestawień oczekiwanych informacji lub zakres możliwych zestawień jest ograniczony.

Waga standardu: 0,25

IM 3 Dokumentacja medyczna zawiera kluczowe informacje.

Dokumentacja medyczna zawiera wszystkie istotne informacje o pacjencie. Kompletność zebranych informacji jest zapewniona, jeśli to możliwe, podczas pierwszej i nie później niż przy trzeciej wizycie. Przy kolejnych wizytach powinny być dodawane dalsze lub aktualizowane istniejące informacje. Osobne pola w systemie elektronicznej historii choroby, w których gromadzona jest informacja o pacjencie stanowią moduły bądź zakładki. Niektóre moduły dokumentacji pacjenta powinny być stałe (zawarta w nich informacja powinna być widoczna przy dokumentowaniu każdej wizyty pacjenta). Kompletność wpisów oceniana będzie w oparciu o przegląd co najmniej 25 losowo wybranych dokumentacji reprezentatywnych dla różnych grup pacjentów i różnych rodzajów świadczeń (dorosły/dziecko, wizyta w gabinecie, wizyta domowa, porada za pomocą systemu teleinformatycznego, gabinet zabiegowy, szczepienie).

IM 3.1 Dokumentacja medyczna zawiera dane osób upoważnionych przez pacjenta.**1. Opis wymagań**

Dokumentacja medyczna zawiera kompletne dane identyfikacyjne (imię i nazwisko, numer PESEL) osoby lub osób upoważnionych do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta i osoby lub osób upoważnionych do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta i ewentualnym planowanym postępowaniu medycznym. Powyższe upoważnienie pacjent może także złożyć za pośrednictwem internetowego konta pacjenta (IKP).

UWAGA: Jeżeli pacjent nie upoważnił nikogo, informacja taka powinna być umieszczona w dokumentacji medycznej.

2. Sposób sprawdzenia

Przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – 75–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera kompletne dane osoby lub osób upoważnionych w dokumentacji lub w IKP albo informację o nieudzieleniu takiego upoważnienia.

1 – Mniej niż 75% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera kompletne dane osoby lub osób upoważnionych w dokumentacji lub w IKP albo informację o nieudzieleniu takiego upoważnienia.

Waga standardu: 0,25

IM 3.2 Dokumentacja obejmuje wywiad rodzinny i informacje o obciążeniach dziedzicznych.**1. Opis wymagań**

W dokumentacji medycznej znajduje się informacja o istotnych czynnikach ryzyka i chorobach występujących w rodzinie pacjenta, co najmniej jedno pokolenie wstecz, wymagających specjalnego postępowania. Dotyczy to zwłaszcza genetycznie uwarunkowanych chorób przewlekłych, takich jak: choroby naczyniowe, nowotworowe i metaboliczne oraz choroby rzadkie.

UWAGA: Jeżeli w rodzinie pacjenta nie występują istotne schorzenia ani czynniki ryzyka, informacja o tym powinna być zamieszczona w dokumentacji medycznej.

2. Sposób sprawdzenia

Przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – 75–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje z wywiadu rodzinnego o występowaniu lub niewystępowaniu istotnych obciążeń dziedzicznych i czynnikach ryzyka.

1 – Mniej niż 75% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje z wywiadu rodzinnego o występowaniu istotnych obciążeń dziedzicznych.

Waga standardu: 0,5

IM 3.3 Dokumentacja medyczna zawiera informacje o uzależnieniach i używkach.**1. Opis wymagań**

W dokumentacji medycznej znajduje się informacja o uzależnieniach, nałogach i stosowanych używkach, takich jak: nikotyna, alkohol, inne środki psychoaktywne.

UWAGA: W przypadku, gdy pacjent nie zgłasza nałogów lub uzależnień, informacja o tym powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej.

2. Sposób sprawdzenia

Przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – 75–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o uzależnieniach i stosowanych używkach lub informacje, że pacjent nie zgłasza uzależnień.

1 – Mniej niż 75% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o uzależnieniach i stosowanych używkach.

Waga standardu: 0,5

IM 3.4 Informacje o hospitalizacjach, operacjach i zabiegach stanowią odrębną część dokumentacji medycznej.

1. Opis wymagań

Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera informacje o pobytach w szpitalu, przebytych operacjach i niechirurgicznych zabiegach inwazyjnych w formie osobnej części dokumentacji, w szczególności modułu zbiorczego. Wymóg standardu oznacza, iż nie jest on spełniony, gdy informacje te są umieszczone jedynie w notatce z wizyty w konkretnym dniu.

2. Sposób sprawdzenia

Przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – 75–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o hospitalizacjach, przebytych operacjach i zabiegach.

1 – Mniej niż 75% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o hospitalizacjach, przebytych operacjach i zabiegach.

Waga standardu: 0,5

IM 3.5 Informacje o uczuleniach i nietolerancjach stanowią odrębną część dokumentacji medycznej.

1. Opis wymagań

Dokumentacja medyczna zawiera informacje o rozpoznanych uczuleniach i nietolerancjach. Przy zakładaniu dokumentacji medycznej pacjenta przeszkolony pracownik jednostki powinien zebrać wywiad odnośnie do potwierdzonych lub podejrzanych uczuleń, nadwrażliwości, nietolerancji i idiosynkrazji pacjenta według przyjętego schematu. Wątpliwości weryfikuje i uzupełnia dane lekarz. W przypadku niestwierdzenia uczuleń, fakt ten powinien też zostać odnotowany w odrębnej części dokumentacji (module). Informacja tam zapisana powinna być sygnalizowana w wyraźny sposób i informacja o obecności uczuleń powinna być widoczna w szczególności przy wystawieniu recepty z każdej wizyty.

2. Sposób sprawdzenia

Przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – 75–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o uczuleniach i nietolerancjach albo informacje o ich niestwierdzeniu. Informacja o uczuleniach i nietolerancjach jest sygnalizowana przy każdym otworzeniu dokumentacji pacjenta.

1 – Mniej niż 75% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o uczuleniach i nietolerancjach lub nie ma sygnalizacji uczuleń i nietolerancji.

Waga standardu: 0,5

IM 3.6 Lista stosowanych produktów leczniczych jest osobnym modulem, stanowiącym integralną część dokumentacji medycznej.

1. Opis wymagań

Dokumentacja medyczna zawiera moduł, w którym umieszczona jest aktualna lista produktów leczniczych przewlekłe stosowanych u pacjenta wraz z ordynowanym dawkowaniem.

2. Sposób sprawdzenia

Przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – 75–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera listę produktów leczniczych przewlekłe stosowanych lub informację, że nie ma produktów leczniczych przewlekłe stosowanych.

1 – Mniej niż 75% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera listę produktów leczniczych przewlekłe stosowanych.

Waga standardu: 0,5

IM 3.7 Informacja o szczepieniach jest osobnym modulem, stanowiącym integralną część dokumentacji medycznej.

1. Opis wymagań

Dokumentacja medyczna posiada odrębną część, w szczególności moduł, w którym powinna być wpisywana pełna informacja o przeprowadzonych szczepieniach, podanych surowicach i preparatach białkowych.

2. Sposób sprawdzenia

Przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – 75–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wydzieloną część z informacjami o przeprowadzonych szczepieniach, stosowanych surowicach i preparatach białkowych.

1 – Mniej niż 75% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o przeprowadzonych szczepieniach, stosowanych surowicach i preparatach białkowych.

Waga standardu: 0,5

IM 3.8 Dokumentacja medyczna zawiera wyniki badania antropometrycznego.

1. Opis wymagań

W dokumentacji znajdują się wyniki pomiarów antropometrycznych. Jednostka ustala zakres pomiarów antropometrycznych i częstotliwość ich powtarzania adekwatnie do zaleceń dla poszczególnych grup wiekowych i pacjentów z określonym problemem zdrowotnym. W populacji osób dorosłych zalecane jest oznaczenie raz w roku co najmniej wzrostu, wagi i BMI.

2. Sposób sprawdzenia

Przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – 75–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wyniki badań antropometrycznych zgodnie z określonym zakresem.

1 – Mniej niż 75% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wyniki badań antropometrycznych zgodnie z określonym zakresem.

Waga standardu: 0,5

IM 3.9 Dokumentacja medyczna zawiera informacje o warunkach rodzinno-środowiskowych.

1. Opis wymagań

W dokumentacji pacjenta znajdują się podstawowe informacje odnoszące się do warunków środowiska życia i pracy pacjenta, w szczególności odnoszące się do ewentualnego ryzyka zdrowotnego występującego w tych środowiskach. Można wykorzystywać do tego celu dokumentację pielęgniarki POZ z opieki środowiskowo-rodzinnej.

2. Sposób sprawdzenia

Przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – 75–100% przeglądanej dokumentacji medycznej pacjentów zawiera informacje o warunkach rodzinno-środowiskowych.

1 – Mniej niż 75% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o warunkach rodzinno-środowiskowych.

Waga standardu: 0,25

IM 4 Wpisy dotyczące porad powinny być kompletne.

1. Opis wymagań

Wpisy do dokumentacji medycznej odnoszące się do porady udzielonej pacjentowi w czasie wizyty w gabinecie lub w czasie wizyty w miejscu zamieszkania pacjenta, zawierają określenie przyczyny zgłoszenia się, główne dolegliwości subiektywne (wywiad), wyniki badań obiektywnych (badanie przedmiotowe lub wyniki badań dodatkowych), ocenę stanu pacjenta oraz plan postępowania i zalecenia dla pacjenta (według metodologii SOAP medycyny rodzinnej).

W przypadku teleporad wpis do dokumentacji zawiera co najmniej określenie przyczyny kontaktu, zgłaszane dolegliwości subiektywne (wywiad) albo informacje, takie jak w szczególności wyniki badań oraz zalecenia.

W przypadku porady recepturowej wpis do dokumentacji nie zawiera badania przedmiotowego.

Wpisy do dokumentacji są czytelne i zrozumiałe dla osób trzecich. Jeżeli stosowane są skróty, to powinna istnieć lista przyjętych w jednostce skrótów (indeks skrótów).

W przypadku oceny standardu IM 4.1–IM 4.3. należy stosować następującą zasadę:

Jeżeli wylosowano dokumentację medyczną, która dotyczy porady recepturowej lub jest związana z wystawieniem dokumentów lub zaświadczeń, a liczba takiej dokumentacji wylosowanej przekracza 50% liczby ocenianej dokumentacji, należy wylosować dodatkowe dokumentacje do oceny, tak aby w ocenianej dokumentacji nie było więcej niż 50% dokumentacji dotyczącej porady recepturowej lub związanej z wystawieniem dokumentów lub zaświadczeń.

IM 4.1 Notatka z porady zawiera subiektywne dane z wywiadu.

1. Opis wymagań

Każda porada zawiera podstawowe subiektywne informacje z wywiadu z pacjentem, w szczególności dolegliwości, odczucia, okoliczności, obserwacje pacjenta. Dotyczy to dokumentowania tak porad w kontakcie bezpośrednim w gabinecie lub w miejscu zamieszkania pacjenta, jak i teleporad oraz porad recepturowych. Dotyczy to porad lekarskich oraz udzielanych przez pielęgniarki i położne. Informacje te mogą też być przekazane przez opiekuna lub inną osobę upoważnioną przez chorego.

UWAGA: W przypadku porad recepturowych, wizyt związanych z wystawieniem różnych dokumentów i zaświadczeń standard jest nieoceniany.

2. Sposób sprawdzenia

Przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – 75–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera dane subiektywne.

1 – Mniej niż 75% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera dane subiektywne.

Waga standardu: 0,25

IM 4.2 Notatka z porady zawiera dane obiektywne.**1. Opis wymagań**

Dane obiektywne to nie tylko wyniki badania fizykalnego pacjenta, ale też wyniki badań laboratoryjnych, pomiary wykonywane przez pacjenta oraz inne badania dodatkowe. W opiece długotrwałej, przy stabilnym stanie chorego i relatywnie często powtarzanych wizytach nie zawsze istnieje uzasadnienie do badania fizykalnego pacjenta za każdym razem. Standard dopuszcza brak wyników badania fizykalnego, ale wymaga uzupełnienia danych obiektywnych związanych z przyczyną udzielania danej porady.

UWAGA: W przypadku porad recepturowych, wizyt związanych z wystawieniem różnych dokumentów i zaświadczeń standard jest nieoceniany.

2. Sposób sprawdzenia

Przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – 75–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera dane obiektywne.

1 – Mniej niż 75% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera dane obiektywne.

Waga standardu: 0,5

IM 4.3 Wpisy dotyczące porad zawierają ocenę stanu pacjenta.**1. Opis wymagań**

Na podstawie analizy danych subiektywnych i obiektywnych (badania przedmiotowego, pomiarów wykonanych przez pacjenta i badań dodatkowych) lekarz (pielęgniarka, położna) powinien ocenić stan pacjenta, postawić rozpoznanie, bądź określić problem, jaki stwierdza lub podejrzewa u pacjenta.

UWAGA: W przypadku porad recepturowych, wizyt związanych z wystawieniem różnych dokumentów i zaświadczeń standard jest nieoceniany.

2. Sposób sprawdzenia

Przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – 75–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu pacjenta.

1 – Mniej niż 75% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę stanu pacjenta.

Waga standardu: 0,25

IM 4.4 Wpisy dotyczące porad zawierają plan postępowania i zalecenia.**1. Opis wymagań**

Każda porada, zależnie od oceny stanu pacjenta i stwierdzonego problemu zdrowotnego, powinna zawierać zarys planu postępowania (zakładane postępowanie diagnostyczne, jeżeli jest wskazane, plan leczenia lub dalsze postępowanie, w szczególności kontynuowanie leczenia, korekta leczenia) oraz zalecenia dla pacjenta, w szczególności zalecenie wykonania badań dodatkowych, zalecenie samoobserwacji, zalecenie przeprowadzenia konsultacji, zalecenia odnoszące się do trybu życia, a także przepisanie produktów leczniczych wraz z ordynowaniem ich stosowania.

2. Sposób sprawdzenia

Przegląd dokumentacji medycznej.

3. Ocena punktowa

5 – 75–100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera plan postępowania i zalecenia.

1 – Mniej niż 75% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera plan postępowania i zalecenia.

Waga standardu: 0,5

IM 5 Wykonanie zleconych badań i zabiegów oraz podanie produktów leczniczych jest dokumentowane.

1. Opis wymagań

Dokumentacja wykonywanych zleceń zawiera dane dotyczące zlecającego i wykonującego zlecenie oraz przedmiot zlecenia, a w przypadku produktu leczniczego jego nazwę, postać, dawkę, drogę podania, liczbę zleconych dawek.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji medycznej;
- 2) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Wszystkie zlecenia zawierają kompletne dane, fakt wykonania zlecenia i każde podanie produktu leczniczego jest dokumentowane.

1 – Nie wszystkie zlecenia zawierają kompletne dane albo nie każde podanie produktu leczniczego jest dokumentowane albo brak potwierdzenia wykonania zlecenia.

Waga standardu: 0,5

IM 6 Jednostka określiła sposób prowadzenia dokumentacji medycznej.

1. Opis wymagań

Jednostka w sposób możliwie pełny, ale nie nadmiarowy, adekwatny do celów, którym służy, powinna określać stan i potrzeby pacjenta, ułatwiać pracę personelowi i wspierać poprawę jakości opieki nad pacjentem. Jednostka posiada system komputerowy, który umożliwia szybki dostęp do potrzebnych informacji upoważnionym osobom i – ewentualnie – instytucjom.

Sposobem określenia zakresu gromadzonych informacji może być instrukcja, obejmująca spis istotnych informacji o pacjencie (jakie informacje zbierane są przy każdej wizycie, jakie informacje zapisywane są przy pierwszym kontakcie z pacjentem, jakie informacje zbiera rejestratorka, pielęgniarka POZ, położna POZ i lekarz POZ).

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z kierownikiem;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – W instrukcji określono zawartość dokumentacji medycznej i sposób jej prowadzenia obowiązujący w jednostce.

1 – Brak instrukcji określającej zawartość dokumentacji medycznej albo sposobu jej prowadzenia.

Waga standardu: 0,25

VII. JAKOŚĆ ZARZĄDZANIA (JK)

Duże znaczenie dla optymalnego udzielania świadczeń w POZ ma przygotowanie personelu jednostki do pracy i do współdziałania jako zespołu. Warunki lokalowe powinny zapewniać bezpieczeństwo i wygodę pracy zespołu z pacjentami.

JZ 1 Personel jednostki jest przygotowany do sprawowania opieki.

Podstawą dobrej pracy zespołowej jest odpowiedni podział zadań, określenie co poszczególni członkowie wykonują samodzielnie, a co w uzgodnieniu z innymi, jaka jest odpowiedzialność każdego członka zespołu i na ile uzupełniają się nawzajem. Kluczową rolę odgrywa posiadanie kwalifikacji i stałe ich podnoszenie. Dla efektywnej współpracy zasadnicze znaczenie ma dobra komunikacja pomiędzy członkami zespołu, a w tym wyznaczony czas dedykowany omawianiu zaistniałych problemów, poszukiwaniu i ustalaniu rozwiązań, będący jednocześnie okazją do wymiany punktów widzenia wszystkich członków zespołu.

JZ 1.1 Określono obowiązki, uprawnienia i zakresy odpowiedzialności członków zespołu i zasady współdziałania.

1. Opis wymagań

Jednostka określiła obowiązki, uprawnienia i zasady odpowiedzialności członków zespołu. Ustalenia poczynione przez jednostkę są znane zespołowi jednostki i dostępne w formie pisemnej w razie potrzeby przypomnienia (tego warunku nie spełnia zakres obowiązków przechowywany w dziale kadr). Dotyczy to zarówno osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę, jak też zatrudnionych na innych podstawach. Należy określić relacje między członkami zespołu i sposób ich współdziałania. Jednostka ma często do zrealizowania szereg zadań, które wymagają współdziałania, w tym także osób zatrudnionych w różnych podmiotach współpracujących z jednostką. Zapisy w dokumentach osobowych związanych z zatrudnieniem nie obejmują wszystkich wymogów standardu i nie są podstawą do oceny spełnienia wymogów tego standardu.

UWAGA – na ocenę spełnienia standardu składa się:

- 1) weryfikacja dokumentacji jednostki oraz
- 2) weryfikacja, czy zakres obowiązków, kwalifikacje, uprawnienia i odpowiedzialność są znane wszystkim członkom zespołu.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z personelem;
- 3) wywiad z kierownikiem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka określiła obowiązki, kwalifikacje, uprawnienia i zakres odpowiedzialności każdego członka zespołu i są one znane wszystkim członkom zespołu.

3 – Jednostka podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).

1 – Jednostka nie określiła obowiązków, kwalifikacji, uprawnień i zakresów odpowiedzialności każdego członka zespołu lub nie są one znane wszystkim członkom zespołu.

4. Kamienie milowe:

- 1) jednostka określiła obowiązki członków zespołu;
- 2) jednostka określiła uprawnienia członków zespołu;
- 3) jednostka określiła zasady odpowiedzialności członków zespołu;
- 4) personel jednostki zna swoje obowiązki, uprawnienia oraz zasady odpowiedzialności; jednostka zapewnia personelowi dostęp do pisemnej formy przyjętych ustaleń.

Co najmniej 60% stanowią 3 kamienie milowe.

Waga standardu: 0,25

JZ 1.2 Lekarze POZ udzielający świadczeń posiadają specjalizacje.

1. Opis wymagań

Jednostka dysponuje dokumentami, potwierdzającymi, iż lekarze udzielający w niej świadczeń (z wyjątkiem osób odbywających szkolenie specjalizacyjne), posiadają tytuł specjalisty, uprawniający,

zgodnie z obowiązującymi przepisami, do realizacji świadczeń w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej jako lekarz POZ.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji personelu;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka posiada dowody, że wszyscy lekarze, z wyjątkiem rezydentów, posiadają specjalizacje zgodne z opisem wymagań.

1 – Nie wszyscy lekarze, z wyjątkiem rezydentów, posiadają specjalizacje zgodne z opisem wymagań.

Waga standardu: 0,5

JZ 1.3 Jednostka dba o stałe podnoszenie kwalifikacji zespołu lekarskiego (standard może być wyłączony).

1. Opis wymagań

Edukacja personelu jest elementem o kluczowym znaczeniu dla poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Każdy lekarz uczestniczy w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe i aktualizujących wiedzę medyczną, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, z późn. zm.). Udział w szkoleniach jest odnotowywany w aktach osobowych.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji personelu;
- 2) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – 80% lekarzy uzyskało co najmniej 200 punktów edukacyjnych w okresie rozliczeniowym określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

3 – 60–79% lekarzy uzyskało co najmniej 200 punktów edukacyjnych w okresie rozliczeniowym określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

1 – Mniej niż 60% lekarzy uzyskało co najmniej 200 punktów edukacyjnych w okresie rozliczeniowym określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Waga standardu: 0,5

Standard może być wyłączony na wniosek jednostki.

JZ 1.4 Jednostka dba o stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.

1. Opis wymagań

Podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego, w tym lekarzy, pielęgniarek i położnych, obejmuje szkolenia z zakresu postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Cały zespół medyczny uczestniczy co najmniej raz w roku w szkoleniach lub innych formach podnoszenia kwalifikacji.

Edukacja personelu może odbywać się w różnych formach (szkolenie wewnętrzne lub zewnętrzne, udział w kursach, konferencjach) i jest udokumentowana.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji personelu;
- 2) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Cały personel medyczny uczestniczył co najmniej raz w roku w szkoleniach zgodnie z opisem wymagań i jednostka posiada na to dowody.

3 – Co najmniej 70% osób personelu medycznego uczestniczyło w szkoleniach, zgodnie z wymaganiami standardu.

1 – Poniżej 70% personelu medycznego uczestniczyło w szkoleniach, zgodnie z wymaganiami standardu lub jednostka nie posiada dowodów na udział w szkoleniach.

Waga standardu: 0,5

JZ 1.5 Jednostka dba o stałe podnoszenie kwalifikacji wszystkich pracowników.

1. Opis wymagań

Dla zapewnienia sprawnego udzielania świadczeń zdrowotnych ważne jest bieżące śledzenie zmian i wprowadzanie ich w jednostce, zarówno w zakresie organizacji, jak i umiejętności personelu. Personel jednostki (medyczny i niemedyczny) uczestniczy w okresowych szkoleniach, które pozwalają na nabycie kompetencji potrzebnych w wykonywaniu codziennych zadań. Szkolenia te mogą dotyczyć zarówno usprawnienia udzielania świadczeń zdrowotnych, kwestii prawnych, jak i rozwijania kompetencji „miękkich”, takich jak komunikacja, radzenie sobie w sytuacjach stresowych, radzenie sobie z wypaleniem zawodowym czy rozwiązywanie konfliktów, w zależności od potrzeb. Udział w szkoleniach powinien być dokumentowany. Edukacja personelu może odbywać się w różnych formach i jest udokumentowana.

UWAGA: W ramach standardu nie ocenia się realizacji szkoleń z zakresu udzielania pierwszej pomocy, które oceniane są w innym standardzie.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) przegląd dokumentacji personelu.

3. Ocena punktowa

5 – 80–100% personelu uczestniczyło w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w co najmniej jednym szkoleniu zgodnie z opisem wymagań.

3 – 60–79% personelu uczestniczyło w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w co najmniej jednym szkoleniu zgodnie z opisem wymagań.

1 – Mniej niż 60% personelu uczestniczyło w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w co najmniej jednym szkoleniu zgodnie z opisem wymagań.

Waga standardu: 0,25

JZ 1.6 Spotkania całego zespołu odbywają się regularnie.

1. Opis wymagań

Co najmniej raz na kwartał, wszyscy pracownicy uczestniczą w spotkaniach poświęconych zagadnieniom funkcjonowania jednostki. Są one ujęte w terminarzu z dużym wyprzedzeniem. Spotkania personelu medycznego oraz niemedycznego sprzyjają lepszemu przepływowi informacji pomiędzy kierownikiem a pracownikami, o ile odbywają się w życzliwej atmosferze, a prowadzący dba, aby wszyscy mogli swobodnie się wypowiedzieć. Są ważne dla obu stron, a w końcowym efekcie istotne, dla jakości opieki, pod warunkiem, że kierownictwo traktuje je jako platformę wzajemnego porozumienia, ułatwiającą koordynację działań i stymulującą pracę zespołową. Strategia działania określa częstotliwość takich spotkań i ilość czasu poświęcaną na nie. Czas ten nie może być zbyt krótki. Należy wyznaczyć osobę spisującą ustalenia i wnioski z tych spotkań, które muszą być przechowywane w sposób dostępny. Ustalenia ze spotkań są dokumentowane, właściwie wdrażane i dostępne personelowi jednostki.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) dokumentacja jednostki;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka prowadzi regularne spotkania, zgodnie z terminarzem, w których za każdym razem uczestniczy 80–100% personelu.

3 – Spotkania pracowników są regularne i uczestniczy w nich za każdym razem 60–79% personelu.

1 – Spotkania pracowników nie są regularne (były kwartały, w którym nie odbyło się spotkanie) lub w którymś spotkaniu uczestniczyło mniej niż 60% personelu.

Waga standardu: 0,25

JZ 2 Infrastruktura jednostki jest wygodna dla pacjenta i ułatwia sprawowanie opieki.**1. Opis wymagań**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych (porad, zabiegów, konsultacji) bezpośrednio, a także przez telefon lub przy pomocy innych narzędzi teleinformatycznych, wymaga odpowiednich warunków. Każdy z przyjmujących lub konsultujących lekarzy, w godzinach przyjęć pacjentów, dysponuje odrębnym gabinetem. Warunku tego nie spełnia przyjmowanie pacjentów lub udzielanie konsultacji, w tym telefonicznych i internetowych, w gabinecie zabiegowym lub recepcji. Jednostka zapewnia dobre warunki oczekiwania na wizytę, a cała infrastruktura jest wygodna by ułatwiać pobyt pacjentowi.

JZ 2.1 Jednostka posiada wyroby medyczne adekwatne do rodzaju udzielanych świadczeń.**1. Opis wymagań**

Wyposażenie jednostki w wyroby medyczne zapewnia udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie z aktualnym rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Wyposażenie każdego gabinetu lekarskiego powinno składać się co najmniej ze stetoskopu, otoskopu, oftalmoskopu, termometru, pulsoksymetru i ciśnieniomierza. W przypadku oferowania dodatkowych świadczeń, wyposażenie jest uzupełnione o sprzęt niezbędny do ich wykonywania.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z personelem;
- 2) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Wyposażenie jednostki jest zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczącymi podstawowej opieki zdrowotnej, a wyposażenie każdego gabinetu zawiera wymieniony w opisie wymagań sprzęt medyczny.

3 – Wyposażenie jednostki jest zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczącymi podstawowej opieki zdrowotnej, ale nie każdy gabinet zawiera wymieniony w opisie wymagań sprzęt medyczny.

1 – Wyposażenie jednostki jest niezgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczącymi podstawowej opieki zdrowotnej.

Waga standardu: 1

JZ 2.2 Gabinety umożliwiają badanie w warunkach komfortu i nieskrępowania pacjenta.**1. Opis wymagań**

Każdy gabinet jest odpowiednio wyposażony, w tym w fotel do badania, kozetkę lub łóżeczko do badania. Pomieszczenie ma tak zaaranżowane wnętrze lub wydzieloną część gabinetu, aby minimalizować skrepowanie pacjenta w czasie rozbierania się i w trakcie badania. Miejsce badania powinno być odpowiednio osłonięte, w szczególności za pomocą zasłon na szynach sufitowych lub parawanu, od drzwi wejściowych, od osoby wchodzącej do gabinetu oraz od osoby towarzyszącej pacjentowi. Drzwi wejściowe powinny posiadać system zabezpieczający przed nieoczekiwanym

wejściem osoby niepożądaney. Gabinety powinny być dobrze izolowane akustycznie. Okna są tak przysłonięte, aby nie można z zewnątrz obserwować wnętrza gabinetu.

2. Sposób sprawdzenia

Obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Wszystkie gabinety spełniają w pełni wymagania standardu.

3 – Jednostka podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).

1 – Nie wszystkie gabinety spełniają 60% kamieni milowych.

4. Kamienie milowe:

- 1) każdy gabinet jest odpowiednio wyposażony (zawiera fotel do badania, kozetkę lub łóżeczko do badania);
- 2) miejsce badania jest odpowiednio osłonięte od drzwi wejściowych;
- 3) miejsce badania jest odpowiednio osłonięte od osoby towarzyszącej pacjentowi;
- 4) każdy gabinet posiada drzwi z systemem zapobiegającym nieoczekiwanemu wejściu osoby niepożądaney;
- 5) każdy gabinet jest dobrze izolowany akustycznie;
- 6) okna w każdym gabinecie są przysłonięte w sposób zapobiegający obserwacji gabinetu z zewnątrz.

Co najmniej 60% stanowią 4 kamienie milowe.

Waga standardu: 0,5

JZ 2.3 Wyroby medyczne są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy.

1. Opis wymagań

Wyroby medyczne będące urządzeniami lub aparatami przewidzianymi przez producenta do stosowania u ludzi do zastosowań medycznych, do celów diagnostycznych lub terapeutycznych, muszą być sprawne, aby ich użycie mogło być skuteczne i bezpieczne dla pacjentów. Ich sprawność jest też istotna dla zapewnienia bezpieczeństwa personelu. Jednostka winna opracować plan okresowych przeglądów i konserwacji, ustalając, jakie elementy wyposażenia i aparatury podlegają takim przeglądom oraz z jaką częstotliwością i kto wykonuje przeglądy konkretnych urządzeń i aparatów.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji;
- 2) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Wszystkie wyroby medyczne są objęte planem przeglądów i konserwacji.

3 – Część wyrobów medycznych jest objęta planem przeglądów i konserwacji lub plan nie obejmuje wszystkich istotnych elementów.

1 – Brak planu przeglądów i konserwacji wyrobów medycznych.

Waga standardu: 0,5

JZ 2.4 Plan przeglądów i konserwacji wyrobów medycznych jest realizowany.

1. Opis wymagań

Jednostka powinna dysponować przejrzystą dokumentacją obrazującą terminy wykonywanych przeglądów i zakres konserwacji wyrobów medycznych będących urządzeniami lub aparatami przewidzianymi przez producenta do stosowania u ludzi do zastosowań medycznych, do celów diagnostycznych lub terapeutycznych, a także posiadać opracowany plan przeglądów i konserwacji.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) wywiad z kierownictwem;
- 2) przegląd dokumentacji;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

- 5 – Wszystkie wyroby medyczne są okresowo przeglądane i konserwowane.
3 – Większość wyrobów medycznych jest okresowo przeglądana i konserwowana.
1 – Część wyrobów medycznych jest planowo przeglądana i konserwowana.

Waga standardu: 0,5

JZ 2.5 Pomieszczenia jednostki są czyste, dostatecznie oświetlone, prawidłowo ogrzane lub schłodzone i wentylowane.**1. Opis wymagań**

Wszystkie pomieszczenia jednostki, w których przebywa pacjent lub personel, w tym węzły sanitarne, są czyste, prawidłowo oświetlone, ogrzane lub schłodzone i efektywnie wentylowane, bez konieczności otwierania okien. Miejsca badania i wykonywania zabiegów muszą posiadać temperaturę właściwą dla rozebranej osoby i dodatkowe oświetlenie miejsca badania lub zabiegu.

Miejsca przechowywania produktów leczniczych muszą również posiadać temperaturę odpowiednią dla przechowywania produktów leczniczych.

2. Sposób sprawdzenia

Obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

- 5 – Wszystkie pomieszczenia jednostki są czyste, dostatecznie oświetlone, ogrzane i wentylowane.
3 – Jednostka podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).
1 – Jednostka nie spełnia minimum 60% kamieni milowych.

4. Kamienie milowe:

- 1) każde pomieszczenie, w którym przebywa pacjent lub personel, jest czyste;
- 2) każde pomieszczenie, w którym przebywa pacjent lub personel, jest prawidłowo oświetlone;
- 3) każde pomieszczenie, w którym przebywa pacjent lub personel, ma odpowiednią temperaturę;
- 4) każde pomieszczenie, w którym przebywa pacjent lub personel, jest efektywnie wentylowane, bez konieczności otwierania okien;
- 5) każde miejsce badania i wykonywania zabiegów posiada odpowiednią temperaturę dla osoby rozebranej;
- 6) każde miejsce badania i wykonywania zabiegów posiada dodatkowe oświetlenie;
- 7) każde miejsce przechowywania produktów leczniczych posiada odpowiednią temperaturę.

Co najmniej 60% stanowią 4 kamienie milowe.

Waga standardu: 0,5

JZ 2.6 Jednostka wdrożyła standardy stref higieniczno-sanitarnych.**1. Opis wymagań**

W jednostce wyznaczono strefy sanitarne, pomiędzy którymi transmisja patogenów chorobotwórczych jest ograniczona. Ustalono standardy utrzymywania odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych w poszczególnych strefach (recepcja, korytarz, poczekalnia, gabinety lekarskie, gabinet zabiegowy, sanitariaty). Określono rodzaje dostępnego sprzętu służącego do utrzymania czystości w poszczególnych strefach i dekontaminacji. Standard został opracowany i łatwo dostępny, a personel sprzątający zna przyjęte zasady i je przestrzega.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;

- 2) wywiad z personelem;
- 3) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka określiła i wdrożyła standardy dotyczące utrzymywania warunków sanitarno-higienicznych w wyznaczonych strefach.

1 – Jednostka nie określiła lub nie wdrożyła standardów dotyczących utrzymywania warunków sanitarno-higienicznych w wyznaczonych strefach.

Waga standardu: 0,5

JZ 2.7 Jednostka zapewnia dogodne i bezpieczne warunki oczekiwania na wizytę.

1. Opis wymagań

W jednostce jest zapewniona odpowiednia przestrzeń dla pacjentów oczekujących na wizytę. Poczekalnia jest wyposażona w dostateczną liczbę krzeseł lub foteli, wystarczającą dla pacjentów i dla osób towarzyszących. Obserwacja pacjentów oczekujących na wizytę w poczekalni, przed gabinetem zabiegowym i przed punktem szczepień prowadzona przez personel jest elementem zapewniania bezpieczeństwa (wzrokowy kontakt pracownika rejestracji z pacjentami lub system monitorowania wizyjnego). Jednostka wskazała osoby odpowiedzialne za obserwację pacjentów i sposób informowania personelu o ewentualnym zaobserwowanym zagrożeniu. Jednostka posiadająca system monitorowania wizyjnego zobowiązana jest w widocznym miejscu umieścić odpowiednie oznakowanie informacyjne oraz posiadać opisany sposób działania monitoringu, sposób przechowywania i niszczenia nagrań.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) obserwacja bezpośrednia;
- 2) przegląd dokumentacji jednostki.

3. Ocena punktowa

5 – Zapewniono wygodne i bezpieczne warunki oczekiwania na wizytę we wszystkich lokalizacjach, w których realizowane są świadczenia z zakresu POZ, zgodnie z opisem wymagań.

3 – Jednostka podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych). Jeśli jednostka posiada system monitorowania wizyjnego – umieściła w widocznym miejscu odpowiednie oznakowanie; posiada opisany sposób działania monitoringu, opisała sposób przechowywania i niszczenia nagrań.

1 – Jednostka nie spełnia 60% kamieni milowych lub – w przypadku posiadania systemu monitorowania wizyjnego – nie umieściła w widocznym miejscu odpowiedniego oznakowania lub nie posiada opisanego sposobu działania monitoringu lub nie opisała sposobu przechowywania i niszczenia nagrań.

4. Kamienie milowe:

- 1) jednostka zapewnia odpowiednią przestrzeń dla pacjentów oczekujących na wizytę;
- 2) poczekalnia jednostki jest wyposażona w dostateczną liczbę miejsc siedzących, wystarczającą dla pacjentów i osób towarzyszących;
- 3) obserwacja pacjentów oczekujących na wizytę prowadzona jest przez personel w formie kontaktu wzrokowego pracownika rejestracji z pacjentem lub system monitorowania wizyjnego;
- 4) jednostka wskazała osoby odpowiedzialne za obserwację pacjentów;
- 5) jednostka określiła sposób informowania personelu o ewentualnym zaobserwowanym zagrożeniu.

Co najmniej 60% stanowią 3 kamienie milowe.

Waga standardu: 0,5

JZ 2.8 Jednostka zapewnia dobre warunki opiekunom z małymi dziećmi.

1. Opis wymagań

W jednostce wydzielono wygodne, bezpieczne, kameralne miejsce do karmienia niemowląt oraz miejsce do przewijania niemowląt z dostępem do bieżącej wody i koszem na pieluchy we wszystkich lokalizacjach, w których udzielane są dzieciom świadczenia z zakresu POZ.

2. Sposób sprawdzenia

Obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Zapewniono miejsce do przewijania niemowląt z dostępem do bieżącej wody i koszem na pieluchy oraz wygodne, bezpieczne, kameralne miejsce do nieskrępowanego karmienia niemowląt piersią we wszystkich lokalizacjach, w których udzielane są dzieciom świadczenia z zakresu POZ.

1 – Jednostka nie spełnia wszystkich wymogów standardu.

Waga standardu: 0,5

JZ 2.9 Pomieszczenia jednostki są łatwo dostępne dla osób z niepełnosprawnościami.

1. Opis wymagań

Jednostka minimalizuje istniejące bariery architektoniczne, ograniczające dostęp do pomieszczeń jednostki osobom starszym i osobom z niepełnosprawnościami. Dotyczy to zarówno wejścia do budynku (możliwość łatwego wjazdu pacjenta na wózku) i pomieszczeń jednostki (drzwi odpowiedniej szerokości, windy – co najmniej osobowe, z szerokimi drzwiami, umożliwiającymi dojazd do wszystkich pomieszczeń na wózku, szczególnie w przypadku budynku wielokondygnacyjnego). W miejscach potencjalnie niebezpiecznych dla osób słabowidzących takich jak schody, należy zastosować oznakowanie kolorystyczne lub strukturalne. Wszystkie pomieszczenia jednostki są oznakowane w sposób widoczny i czytelny. Osoby z niepełnosprawnościami są przyjmowane w wyznaczonych i dostosowanych gabinetach. Czytelna informacja o tym jest dobrze widoczna. Jednostka zapewnia w pobliżu miejsca parkingowe dla pacjentów, a dla osób z niepełnosprawnościami w bliskości wejścia do budynku.

2. Sposób sprawdzenia

Obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – W każdej lokalizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu POZ dostęp do budynku jednostki i do wszystkich pomieszczeń jest łatwy, również dla osób z niepełnosprawnościami i wyznaczone miejsca parkingowe są dobrze oznakowane.

3 – Jednostka podejmuje intensywne działania mające na celu spełnienie standardu (co najmniej 60% kamieni milowych jest spełnionych).

1 – Jednostka nie spełnia 60% kamieni milowych.

4. Kamienie milowe:

- 1) jednostka zapewnia możliwość łatwego wjazdu pacjenta na wózku do budynku;
- 2) jednostka posiada drzwi odpowiedniej szerokości;
- 3) w budynkach piętrowych – jednostka posiada windy (co najmniej osobowe), z szerokimi drzwiami, umożliwiające dojazd do wszystkich pomieszczeń na wózku;
- 4) jednostka w miejscach potencjalnie niebezpiecznych dla osób słabowidzących zastosowała oznakowanie kolorystyczne lub strukturalne;
- 5) wszystkie pomieszczenia są odpowiednio i wyraźnie oznakowane;
- 6) jednostka wyznaczyła gabinety dostosowane dla osób z niepełnosprawnościami;
- 7) jednostka zapewnia miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnościami w pobliżu wejścia do budynku.

Co najmniej 60% stanowią 4 kamienie milowe.

Waga standardu: 0,5

JZ 2.10 Toalety dla pacjentów, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, są łatwo dostępne.**1. Opis wymagań**

Toalety dla pacjentów, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, są łatwo dostępne we wszystkich lokalizacjach udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu POZ. W przypadku budynków wielokondygnacyjnych, toalety dla pacjentów są dostępne na każdym piętrze.

2. Sposób sprawdzenia

Obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – We wszystkich miejscach realizacji świadczeń dostęp do toalet dla pacjentów, w tym dla pacjentów z niepełnosprawnościami, jest łatwy.

1 – Jednostka nie zapewnia toalet dla pacjentów, w tym dla osób z niepełnosprawnościami lub istnieją ograniczenia w dostępie do toalet w niektórych miejscach.

Waga standardu: 0,25

JZ 2.11 Jednostka spełnia wymogi przeciwpożarowe.**1. Opis wymagań**

Jednostka powinna spełniać wymogi przeciwpożarowe, co jest udokumentowane.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z kierownikiem.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka posiada aktualną dokumentację potwierdzającą spełnienie wymogów przeciwpożarowych, wydaną przez odpowiedni organ.

3 – Jednostka posiada aktualną dokumentację ochrony przeciwpożarowej z wydanymi zaleceniami pokontrolnymi i jest w trakcie realizacji zaleceń.

1 – Jednostka nie posiada aktualnej dokumentacji potwierdzającej spełnienie wymogów przeciwpożarowych, wydanej przez odpowiedni organ.

Waga standardu: 0,5

JZ 2.12 Jednostka wdrożyła politykę zarządzania odpadami medycznymi.**1. Opis wymagań**

Polityka dotycząca odpadów powinna określać:

- 1) zasady postępowania z odpadami medycznymi, w tym:
 - a) nadzór nad właściwą segregacją,
 - b) zasady transportu,
 - c) zasady i warunki przechowywania i przekazywania;
- 2) działania w zakresie unieszkodliwiania, jeśli dotyczy;
- 3) ewidencjonowanie podejmowanych działań;
- 4) zasady kontroli wykonywania umów przez podmioty zewnętrzne.

2. Sposób sprawdzenia

- 1) przegląd dokumentacji jednostki;
- 2) wywiad z kierownikiem;
- 3) wywiad z personelem;
- 4) obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Jednostka wdrożyła politykę zarządzania odpadami zgodnie z wymogami standardu.

1 – Jednostka nie wdrożyła polityki zarządzania odpadami zgodnie z wymogami standardu.

Waga standardu: 0,25

JZ 2.13 Transport chorego jest prosty i funkcjonalny.

1. Opis wymagań

Transport chorego, w tym szczególnie na noszach pomiędzy pomieszczeniami jednostki a karetką, odbywa się bez utrudnień. Dotyczy to szczególnie transportu między kondygnacjami. Dostępna przestrzeń jest na tyle duża, aby z boku noszy mogła iść osoba towarzysząca lub osoba z personelu jednostki. Jednostka zapewnia dogodny dojazd dla karetek. Zostało wyznaczone, odpowiednio oznakowane i łatwo dostępne miejsce dla tego środka transportu, ułatwiające załadunek pacjenta z noszami.

2. Sposób sprawdzenia

Obserwacja bezpośrednia.

3. Ocena punktowa

5 – Transport chorego jest funkcjonalny, podjazd dla karetek jest łatwo dostępny i odpowiednio oznakowany.

3 – Transport chorego jest funkcjonalny, ale podjazd dla karetek nie jest odpowiednio oznakowany lub nie wyznaczono miejsca dla tego środka transportu.

1 – Istnieją ograniczenia dla transportu chorego na noszach lub nie ma możliwości podjazdu karetek w pobliżu jednostki.

Waga standardu: 0,5