

| | | |
|---|---------------|--|
| NZOZ VISMED SP. Z. O. O. | | PROCEDURA SYSTEMU WEWNĘTRZNEGO PSW-01 |
| WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA | | |
| Wydanie: | 1 | Stron 20 |
| Data wydania: | 02.02.2026 r. | |

WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA

Obowiązuje od dnia 02.02.2026 r.

| | | |
|-------------|----------------|--|
| OPRACOWAŁ | Zuzanna Rabiej | |
| ZATWIERDZIŁ | Marcin Orchel | |

| | | |
|--|--|-----------|
| NZOZ VISMED SP. Z. O. O. | PROCEDURA SYSTEMU WEWNĘTRZNEGO PSW-01 | |
| WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA | | |
| Wydanie: | 1 | Stron: 20 |
| Data wydania: | 15.06.2024 r. | |

Spis treści

| | |
|---|----|
| Wstęp | 3 |
| 1. Cel | 3 |
| 2. Skróty i definicje | 3 |
| 3. Odpowiedzialność | 4 |
| 4. Identyfikacja ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzanie tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych | 4 |
| 5. Obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych | 7 |
| 6. Kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń | 7 |
| 7. Monitorowanie i ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń | 8 |
| 8. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych | 9 |
| 9. Szkolenia mające na celu uzyskanie i podnoszenie kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń | 10 |
| 10. Prowadzenie badania opinii i doświadczeń pacjentów | 11 |
| 11. Odpowiedzialność | 11 |
| 12. Wejście w życie | 12 |
| Załącznik 1 do PSW-01 Wzór arkusza oceny ryzyka | 13 |
| Załącznik 2 do PSW-01- Katalog potencjalnych ryzyk: | 14 |
| Załącznik 3 do PWS-01 Wzór Programu dla obszarów priorytetowych poprawy jakości | 15 |
| Załącznik 4 do PWS-01 Metody określania wskaźników służących ocenie skuteczności i nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń | 16 |
| Załącznik 5 do PWS-01 Ankieta personelu | 18 |
| Załącznik 6 do PWS-01 Wzory ankiet badania opinii i doświadczeń pacjenta | 19 |

| | | |
|---|---------------------------------------|-----------|
| NZOZ VISMED SP. Z. O. O. | PROCEDURA SYSTEMU WEWNĘTRZNEGO PSW-01 | |
| WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA | | |
| Wydanie: | 1 | Stron: 20 |
| Data wydania: | 15.06.2024 r. | |

Wstęp

W Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej VISMED sp. z o. o. został wdrożony i jest utrzymywany wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta zgodny z ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 16.06.2023 r. (Dz.U. 2023. poz. 1692).

1. Cel

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

2. Skróty i definicje

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

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

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

KOS – Karta Opisu Stanowiska

WSZJ - Wewnętrzny System Zarządzania Jakością

RCA – Analiza Przyczyn Źródłowych (Root Cause Analysis).

| | | |
|---|---------------------------------------|-----------|
| NZOZ VISMED SP. Z. O. O. | PROCEDURA SYSTEMU WEWNĘTRZNEGO PSW-01 | |
| WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA | | |
| Wydanie: | 1 | Stron: 20 |
| Data wydania: | 15.06.2024 r. | |

CAPA – Działania Korygujące i Zapobiegawcze (Corrective and Preventive Actions).

3. Odpowiedzialność

3.1 Za prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością odpowiada Prezes Zarządu Spółki będący jednocześnie Kierownikiem Podmiotu na mocy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Prezes Zarządu Spółki realizuje obowiązki poprzez wyznaczenie Koordynatora ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta, który wspiera Prezesa Zarządu Spółki w działaniach operacyjnych.

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

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

4.1 Identyfikacja ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych dokonywana jest przez Koordynatora ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta zgodnie z właściwością merytoryczną, co najmniej raz w roku.

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

4.3. Dla zidentyfikowanych ryzyk, przez właściciela ryzyk, czyli Koordynatora ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta określone są mechanizmy kontrolne, mające na celu obniżenie poziomu ryzyka. Są to działania prewencyjne, które podmiot realizuje by skutek lub prawdopodobieństwo zmaterializowania się ryzyka było niższe.

4.4. Następnie Koordynator ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta dokonuje szacowania ryzyka. Podczas szacowania, ryzyka są oceniane pod względem prawdopodobieństwa występowania i skutków oddziaływania z uwzględnieniem siły mechanizmów kontrolnych.

| | | | |
|---|---------------|---------------------------------------|-----------|
| NZOZ VISMED SP. Z. O. O. | | PROCEDURA SYSTEMU WEWNĘTRZNEGO PSW-01 | |
| WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA | | | |
| Wydanie: | 1 | | Stron: 20 |
| Data wydania: | 15.06.2024 r. | | |

4.4.1 Oszacowanie siły oddziaływania ryzyka polega na przypisaniu każdemu z ryzyk punktacji od 1 do 3, gdzie stopień ciężkości:

1 - Niski - Minimalny wpływ na zdrowie pacjenta; brak konsekwencji lub konsekwencje odwracalne.

2 - Średni - Czasowe pogorszenie stanu zdrowia; wymaga interwencji medycznej lub przedłużenia leczenia.

3 - Wysoki - Ciężki uszczerbek na zdrowiu, trwałe następstwa, zagrożenie życia lub zgon pacjenta.

4.4.2 Oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka polega na przypisaniu każdemu z ryzyk punktacji od 1 do 3, gdzie prawdopodobieństwo:

1 - Mało prawdopodobne - Może wystąpić w wyjątkowych okolicznościach.

2 - Prawdopodobne - Może wystąpić sporadycznie, od czasu do czasu.

3 - Bardzo prawdopodobne - Wysokie ryzyko powtórzenia; zdarzenie wystąpiło już wcześniej.

4.4.3 Iloczyn siły oddziaływania i prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka określa POZIOM RYZYKA

| | | | CIĘŻKOŚĆ | | |
|--------------------|----------------------|---|----------|---------|--------|
| | | | Niska | Średnia | Wysoka |
| | | | 1 | 2 | 3 |
| PRAWDOPODOBIENSTWO | Mało prawdopodobne | 1 | 1 | 2 | 3 |
| | Prawdopodobne | 2 | 2 | 4 | 6 |
| | Bardzo prawdopodobne | 3 | 3 | 6 | 9 |

| | | |
|---|---------------------------------------|-----------|
| NZOZ VISMED SP. Z. O. O. | PROCEDURA SYSTEMU WEWNĘTRZNEGO PSW-01 | |
| WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA | | |
| Wydanie: | 1 | Stron: 20 |
| Data wydania: | 15.06.2024 r. | |

| Wynik | Kategoria ryzyka | Postępowanie |
|-------|-----------------------|---|
| 1 – 2 | Niskie ryzyko | Monitorowanie i działania edukacyjne. |
| 3 – 4 | Średnie ryzyko | Wdrożenie działań zapobiegawczych, uproszczona analiza przyczyn. |
| 6 – 9 | Wysokie ryzyko | Obowiązkowa analiza przyczyn źródłowych (RCA) i plan działań korygujących (CAPA). |

4.5 Dla każdego zidentyfikowanego, poddanego analizie i ewaluacji ryzyka, Koordynator ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta powinien wskazać jedną z poniższych reakcji:

monitorowane – monitorowanie i działania edukacyjne.

unikanie – niepodejmowanie lub zaprzestanie działania narażającego na ryzyko

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

4.6 Jeżeli Koordynator ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta wskazuje na występowanie ryzyka wysokiego, zobowiązany jest poinformować Prezesa Zarządu Spółki.

Prezes Zarządu Spółki zobowiązany jest wyłonić swojego przedstawiciela, który w porozumieniu z Koordynatorem ds. Jakości i Bezpieczeństw Pacjenta przeprowadzi pełną analizę RCA i sporządzi plan działań korygujących i zapobiegawczych (CAPA) i podjęcia jednej z pięciu decyzji:

- 1) rezygnacja z realizacji – wycofanie się z działań zagrożonych ryzykiem
- 2) przesunięcie w czasie realizacji – wskazanie nowej daty osiągnięcia zakładanych rezultatów
- 3) realizacja w ograniczonym zakresie – zmniejszenie zaplanowanych rezultatów działań
- 4) wdrożenie działań sprowadzających ryzyko do akceptowalnego poziomu wraz ze wskazaniem osoby odpowiedzialnej za realizację opisanych działań
- 5) realizacja działań przy akceptacji ryzyka o poziomie wysokim – brak dodatkowych działań zmniejszających ryzyko.

4.7 Za prowadzenie zbiorczego rejestru ryzyk jest odpowiedzialny Koordynator ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta. Rejestr ryzyk zatwierdzany jest przez Prezesa Zarządu Spółki.

| | | |
|---|---------------------------------------|-----------|
| NZOZ VISMED SP. Z. O. O. | PROCEDURA SYSTEMU WEWNĘTRZNEGO PSW-01 | |
| WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA | | |
| Wydanie: | 1 | Stron: 20 |
| Data wydania: | 15.06.2024 r. | |

4.8 Wzór arkusza oceny ryzyka stanowi Załącznik nr 1 do PWS-01. Katalog potencjalnych ryzyk jest umieszczony w Załączniku nr 2 do PWS-01.

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

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

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

5.2 Obszary priorytetowe są opisane w dokumencie pn. „Program dla obszarów priorytetowych dla poprawy jakości”, stanowią one cele jakości na dany rok. Za przygotowanie dokumentu odpowiada Koordynator ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta. Program jest zatwierdzany przez Prezesa Zarządu Spółki.

5.3 Obszary priorytetowe są wywieszane na tablicy ogłoszeń w częściach socjalnych dla pracowników. Personel potwierdza zapoznanie się z aktualnymi obszarami priorytetowymi na liście obecności podczas corocznych szkoleń przypominających.

5.4 Wzór Programu dla obszarów priorytetowych poprawy jakości stanowi załącznik nr 3 do PWS-01.

6. Kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń

6.1 Dla procesów medycznych, które odbywają się w danej komórce organizacyjnej Prezes Zarządu Spółki określa kryteria oceny skuteczności systemu jakości poprzez wskazanie

| | | |
|--|--|-----------|
| NZOZ VISMED SP. Z. O. O. | PROCEDURA SYSTEMU WEWNĘTRZNEGO PSW-01 | |
| WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA | | |
| Wydanie: | 1 | Stron: 20 |
| Data wydania: | 15.06.2024 r. | |

pożądanego poziomu miernika skuteczności zaplanowanego do osiągnięcia w danym roku kalendarzowym.

6.2 Poziom wykonania miernika jest poddawany ocenie co najmniej raz do roku.

6.3 Do kryteriów zapewniających nadzór nad jakością należy odsetek zdarzeń niepożądanych.

6.4 Metody określania ww. wskaźników są opisane w załączniku nr 4 do PWS-01.

7. Monitorowanie i ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń

7.1 Koordynator ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta jest odpowiedzialny za monitorowanie realizacji wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta, za reagowanie na sygnały naruszenia oraz za proponowanie zmian w ww. systemie.

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

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

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

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

| | | |
|---|---------------------------------------|-----------|
| NZOZ VISMED SP. Z. O. O. | PROCEDURA SYSTEMU WEWNĘTRZNEGO PSW-01 | |
| WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA | | |
| Wydanie: | 1 | Stron: 20 |
| Data wydania: | 15.06.2024 r. | |

7.5. Z wyników monitorowania oraz oceny jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń powstaje dokument – ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, który jest zatwierdzony przez Prezesa Zarządu Spółki.

7.6. Koordynator ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta przeprowadza wśród personelu, co najmniej raz na 12 miesięcy, ankietę monitorującą poziom realizacji wewnętrznego systemu zarządzania jakością w formie badania ankietowego (przykładowe pytania w załączniku) lub w formie audytu wewnętrznego na podstawie checklisty – uwzględniając pytania zawarte w załączniku nr 5 do PWS-01.

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

8. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych

8.1 Monitorowanie zdarzeń niepożądanych odbywa się zgodnie z Procedurami zgłaszania i obsługi zdarzeń niepożądanych PWS-02 - PWS-07.

8.2 Nadzór nad monitorowaniem zdarzeń niepożądanych, w tym analizę roczną w podziale na wszystkie komórki organizacyjne prowadzi Prezes Zarządu Spółki, który zatwierdza analizę wykonaną przez Koordynatora ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta.

8.3 Osoba zgłaszająca dokonuje zgłoszenia zdarzenia niepożądanego:

- a) bezpośrednio przez ustne skierowanie zgłoszenia do pracownika VISMED. W takim przypadku pracownik ma obowiązek wypełnienia formularza zgłoszenia zdarzenia niepożądanego (Załącznik 1 do PWS-01. Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego do procedury zgłaszania i obsługi zdarzeń niepożądanych) lub przekazania takiego formularza osobie zgłaszającej, do wypełnienia,
- b) telefonicznie na nr tel. 12 638 42 25. W takim przypadku rejestracja ma obowiązek wypełnienia formularza zgłoszenia zdarzenia niepożądanego.

| | | |
|---|---------------------------------------|-----------|
| NZOZ VISMED SP. Z. O. O. | PROCEDURA SYSTEMU WEWNĘTRZNEGO PSW-01 | |
| WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA | | |
| Wydanie: | 1 | Stron: 20 |
| Data wydania: | 15.06.2024 r. | |

c) wypełniając formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego w formie papierowej, który dostępny jest w rejestracji oraz został udostępniony na stronie internetowej pod adresem <https://www.vis-med.pl/wszj>,

d) wypełniając formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego i przesyłając go drogą pocztową na adres: ul. Kronikarza Galla 24, 30-053 Kraków,

e) wypełniając formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego i przesyłając go elektronicznie, na adres e-mail: kontakt@vis-med.pl

8.4 Za analizę zdarzeń niepożądanych związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej odpowiada Prezes Zarządu Spółki, który działa w porozumieniu z Koordynatorem ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta powołany przez Zarząd Spółki.

8.5 Po otrzymaniu zgłoszenia zdarzenia niepożądanego przedstawiciel kierownictwa w porozumieniu z Koordynatorem ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta dokonuje analizy ciężkości za pomocą matrycy 3x3, a następnie poszukuje przyczyn źródłowych co szczegółowo jest opisane w PSW-03 Procedura analizy zdarzeń niepożądanych (RCA)

8.6 Koordynator ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta pod nadzorem Prezesa Zarządu Spółki, odpowiada za:

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

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

9.1 W NZOZ VISMED sp. z o. o. odbywają się szkolenia wstępne dla wszystkich nowozatrudnionych i rozpoczynających współpracę.

| | | |
|--|--|-----------|
| NZOZ VISMED SP. Z. O. O. | PROCEDURA SYSTEMU WEWNĘTRZNEGO PSW-01 | |
| WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA | | |
| Wydanie: | 1 | Stron: 20 |
| Data wydania: | 15.06.2024 r. | |

9.2 Co najmniej raz do roku realizowane są szkolenia przypominające.

9.3 Program szkoleń obejmuje: omówienie idei systemu zarządzania jakością, jego elementy składowe, obowiązujące procedury i instrukcje, wskazanie zakresu odpowiedzialności.

9.4 Za realizację szkoleń odpowiada Prezes Zarządu Spółki, który może wyznaczyć osobę prowadzącą szkolenia lub zapewnić dostęp do szkolenia na zewnątrz podmiotu.

10. Prowadzenie badania opinii i doświadczeń pacjentów

10.1 W NZOZ VISMED sp. z o. o. prowadzone są badania opinii i doświadczeń pacjentów w formie ankiety papierowej i formularza online.

10.2 Za dystrybucję wersji papierowej ankiety odpowiadają rejestratorki medyczne.

10.3 Za umieszczenie linku na stronie internetowej i w mediach społecznościowych do ankiety online odpowiada Koordynator ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta.

10.4 Ankieta jest anonimowa.

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

10.6 Wzór ankiety stanowi załącznik nr 6 do PWS-01.

11. Odpowiedzialność

11.1 Za prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością odpowiada Prezes Zarządu Spółki, który realizuje obowiązki poprzez wskazanie osoby odpowiedzialnej za operacyjne prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem w postaci Koordynatora ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta.

11.2 W ramach pracy Koordynatora ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta podejmowane są prace mające na celu realizację założeń wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, w tym aktualizację dokumentacji wewnętrznej w postaci procedur

| | | |
|--|--|-----------|
| NZOZ VISMED SP. Z. O. O. | PROCEDURA SYSTEMU WEWNĘTRZNEGO PSW-01 | |
| WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTA | | |
| Wydanie: | 1 | Stron: 20 |
| Data wydania: | 15.06.2024 r. | |

postępowania, standardowych opisów postępowania oraz innej dokumentacji wewnętrznego systemu.

11.3 Każdy pracownik w Karcie Opisu Stanowiska ma wpisaną odpowiedzialność za działanie zgodnie z wewnętrznym systemem zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta.

12. Wejście w życie

12.1 Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem wchodzi w życie z dniem 30.06.2024 r.

12.2 Ogłoszenie następuje w sposób dostępny dla personelu, w szczególności poprzez udostępnienie formy papierowej w podmiocie oraz w formie elektronicznej na stronie internetowej podmiotu.

12.3. Za udostępnienie aktualnej wersji WSZJ odpowiada Prezes Zarządu Spółki.

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

Załącznik 1 do PSW-01 Wzór arkusza oceny ryzyka

| L.p. | Ryzyko | Mechanizmy kontrolne | Prawdopodobieństwo wystąpienia przy zastosowaniu mechanizmów kontrolnych (1-3) | Ciężkość oddziaływania przy zastosowaniu mechanizmów kontrolnych (1-3) | Poziom ryzyka (iloczyn) | Reakcja na ryzyko | Opis postępowania z ryzykiem wysokim (RCA) | UWAGI |
|------|--------|----------------------|--|--|-------------------------|-------------------|--|-------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |

Załącznik 2 do PSW-01- Katalog potencjalnych ryzyk:

1. Obszar: Rejestracja medyczna / organizacja pracy

- 1.1 Personel bez wymaganych uprawnień / niewystarczająca liczba personelu.
- 1.2 Pomyłona tożsamość pacjenta.
- 1.3 Ujawnienie danych osobowych osobom nieupoważnionym.
- 1.4 Niezarejestrowanie pacjenta / utrata terminu wizyty.
- 1.5 Nieprawidłowe skierowanie pacjenta.
- 1.6 Konflikt lub agresja słowna pacjenta.
- 1.7 Przeciążenie rejestracji / długa kolejka / zła organizacja pracy.
- 1.8 Błąd przy wprowadzaniu danych do systemu.
- 1.9 Awaria systemu rejestracji / brak dostępu do e-Zdrowie.
- 1.10 Wydanie dokumentacji medycznej osobie nieuprawnionej.

2. Obszar: Gabinet lekarski

- 2.1 Błędna diagnoza / nieprawidłowa interpretacja wyników badań.
- 2.2 Nagłe pogorszenie stanu zdrowia pacjenta w gabinecie.
- 2.3 Reakcja anafilaktyczna po podaniu leku / szczepionki.
- 2.4 Błąd w podaniu leku / pomyłka lekarska.
- 2.5 Uraz pacjenta w gabinecie (np. upadki, poślizgnięcia).
- 2.6 Zgubienie / naruszenie dokumentacji medycznej pacjenta.
- 2.7 Zakażenie po zabiegu ambulatoryjnym.
- 2.8 Zakłucie igłą / kontakt z materiałem zakaźnym przez personel.
- 2.9 Niezgodność administracyjna (dane pacjenta, skierowanie).
- 2.10 Agresja pacjenta lub osoby trzeciej.
- 2.11 Nieuzasadnione oczekiwania pacjenta (roszczenia).

3. Obszar: Gabinet fizjoterapii / rehabilitacji

- 3.1 Powikłania neurologiczne po terapii.
- 3.2 Gwałtowny odczyn zapalny / zwiększenie obrzęku po zabiegu.
- 3.3 Nieprawidłowa identyfikacja procedury medycznej (błędny zabieg).
- 3.4 Omdlenie / zasłabnięcie pacjenta w trakcie zabiegu/ćwiczeń.
- 3.5 Nagły ból / pogorszenie stanu pacjenta w trakcie terapii.
- 3.6 Upadki pacjenta podczas ćwiczeń / zmiany pozycji / na sali.
- 3.7 Oparzenie / podrażnienie skóry po zabiegach fizykalnych.
- 3.8 Reakcja alergiczna na środki terapeutyczne (żel, plaster, elektroda).
- 3.9 Zakłucie / skaleczenie / kontakt z krwią lub płynami ustrojowymi.
- 3.10 Uszkodzenie sprzętu terapeutycznego podczas użytkowania.
- 3.11 Błąd w realizacji zaleceń lekarskich.

4. Obszar: Bezpieczeństwo pacjenta w podmiocie leczniczym

- 4.1 Pomylenie tożsamości pacjenta (błędna identyfikacja).
- 4.2 Podanie niewłaściwego leku / dawki / drogi podania.
- 4.3 Upadek pacjenta na terenie placówki.
- 4.4 Zgubienie lub wymiana dokumentacji medycznej między pacjentami.
- 4.5 Reakcja anafilaktyczna / wstrząs podczas zabiegu.
- 4.6 Pozostawienie ciała obcego po zabiegu operacyjnym.
- 4.7 Utrata lub niewłaściwe przechowywanie wyników badań / opóźnienie w przekazaniu.
- 4.8 Przemoc lub agresja fizyczna / słowna wobec pacjenta.

5. Obszar: Stan sanitarno-higieniczny

- 5.1 Stwierdzenie braku czystości / nieporządku w pomieszczeniu medycznym.
- 5.2 Wykrycie braku środków higieny (mydło, ręczniki).
- 5.3 Skażenie biologiczne powierzchni (krew, płyny ustrojowe).
- 5.4 Niewłaściwa segregacja lub transport odpadów medycznych.

- 5.5 Brak lub nieprawidłowe stosowanie środków ochrony osobistej przez personel.
- 5.6 Niewłaściwa dezynfekcja sprzętu medycznego lub powierzchni.
- 5.7 Nieprzyjemny zapach / podejrzenie zaniedbań higienicznych.
- 5.8 Brak przeprowadzania dezynfekcji rąk / brak punktów dezynfekcyjnych.

6. Obszar: Wyroby medyczne

- 6.1 Brak bieżących przeglądów technicznych sprzętu.
- 6.2 Zastosowanie niewłaściwego wyrobu medycznego.
- 6.3 Zastosowanie wyrobu medycznego po terminie ważności.
- 6.4 Niewłaściwa sterylizacja / brak potwierdzenia sterylności wyrobu wielorazowego.
- 6.5 Uszkodzenie mechaniczne wyrobu jednorazowego.
- 6.6 Błąd personelu w obsłudze wyrobu (złe parametry).
- 6.7 Brak oznaczenia lub niewłaściwe oznaczenie wyrobu (brak CE).
- 6.8 Usterka / awaria wyrobu medycznego podczas użycia.

7. Obszar: Dokumentacja medyczna

- 7.1 Utrata / zagubienie dokumentacji medycznej pacjenta.
- 7.2 Błąd w wpisie w dokumentacji medycznej.
- 7.3 Udostępnienie dokumentacji osobie nieupoważnionej (naruszenie RODO).
- 7.4 Odmowa wydania lub opóźnienie udostępnienia dokumentacji.
- 7.5 Nieczytelny, niekompletny lub niepodpisany wpis.
- 7.6 Zmiana dokumentacji po czasie / manipulacja wpisem bez adnotacji.
- 7.7 Brak dokumentacji z istotnych czynności (np. brak zgody).
- 7.8 Udostępnienie błędnej dokumentacji (pomylenie pacjentów).

8. Obszar: Prawa Pacjenta

- 8.1 Brak uzyskania świadomej zgody pacjenta na zabieg/badanie.
- 8.2 Udostępnienie dokumentacji medycznej osobie nieupoważnionej.
- 8.3 Naruszenie prawa pacjenta do intymności i godności.
- 8.4 Odmowa udzielenia świadczenia bez uzasadnionej przyczyny.
- 8.5 Ograniczenie kontaktów z rodziną.
- 8.6 Brak informacji o stanie zdrowia lub leczeniu.
- 8.7 Skarga pacjenta dotycząca naruszenia jego praw.
- 8.8 Brak poszanowania woli pacjenta (odmowa leczenia, przekonania).

9. Obszar: Dostępność dla osób niepełnosprawnych

- 9.1 Brak możliwości dostania się do budynku / gabinetu (np. awaria windy).
- 9.2 Brak możliwości skorzystania z toalety dostosowanej.
- 9.3 Brak możliwości skorzystania z usług przez osobę z niepełnosprawnością (bariery komunikacyjne).
- 9.4 Brak informacji w dostępnej formie (duży druk, migowy).
- 9.5 Brak możliwości umówienia wizyty zdalnie / samodzielnie.
- 9.6 Brak możliwości uzyskania pomocy przy poruszaniu się po placówce.
- 9.7 Skarga pacjenta z niepełnosprawnością na dyskryminujące zachowanie personelu.
-

Załącznik 3 do PSW-01 Wzór Programu dla obszarów priorytetowych poprawy jakości

Data:

Opracował:

Zatwierdził:

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

Załącznik 4 do PSW-01 Metody określania wskaźników służących ocenie skuteczności i nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń

Przyjęte przez podmiot definicje wskaźników:

Wskaźnik zdarzeń niepożądanych =

Liczba zarejestrowanych zdarzeń niepożądanych w danym okresie 100%*

Liczba wizyt w danej komórce w danym okresie

Poziom satysfakcji pacjenta =

*Liczba ocen w ankietach pacjentów "Dobrze" i "Bardzo dobrze" w danym okresie * 100%*

Liczba wszystkich ankiet w danym okresie

Załącznik 4a do PSW-01 Tabela procesów medycznych i mierników skuteczności

| Nazwa miernika | Cel na rok 2024 | Cel na rok 2025 | Cel na rok n |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Wskaźnik zdarzeń niepożądanych | | | |
| Poziom satysfakcji pacjenta | | | |
| data opracowania: | | | |
| opracował: | | | |
| zatwierdził: | | | |

Załącznik 5 do PSW-01 Ankieta personelu

Przykłady zagadnień do weryfikacji w ramach monitorowania wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta wśród personelu – w formie ankiety ewaluacyjnej lub audytu wewnętrznego - zaleca się modyfikować zakres pytań względem grupy objętej ewaluacją (wyłączyć z oceny zagadnienia, które nie dotyczą danej grupy zawodowej)

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



ANKIETA SATYSFAKЦИИ PACJENTA



Dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić jak najlepszą jakość opieki. Prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej funkcjonowania naszej przychodni. Formularz zawiera jedynie 12 pytań, a czas wypełnienia to kilka minut. Państwa opinia jest dla nas ważna - dziękujemy.

ZAZNACZ KTÓRĄ KOMÓRKĘ CHCESZ OCENIĆ:

- PORADNIA CHIR. OGÓLNEJ PORADNIA REHABILITACJI FIZJOTERAPIA AMBUL.

Nasza skala:

0 - bardzo źle

10 - bardzo dobrze



O01: W jaki sposób zapisałeś się na wizytę?

- w placówce telefonicznie mailowo przez stronę placówki

A01: Jak oceniasz łatwość zapisania się na wizytę?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A02: Jak oceniasz zaangażowanie pracowników rejestracji?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A03: Jak oceniasz terminowość realizacji wizyt (czy odbyły się w wyznaczonym czasie)?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B01: Jak oceniasz zaangażowanie lekarza/fizjoterapeuty w rozwiązanie Twojego problemu zdrowotnego?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D03: Jak oceniasz wyposażenie poczekalni (np. oznakowanie, miejsca siedzące)?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

G01: Płeć pacjenta: Kobieta Mężczyzna

G02: Wiek pacjenta:
poniżej 18 lat 18-39 lat 40-59 lat 60-79 lat powyżej 80 lat

U01 Uwagi:

.....

