



DZIENNIK URZĘDOWY

MINISTRA ZDROWIA

Warszawa, dnia 4 lipca 2013 r.

Poz. 28

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 4 lipca 2013 r.

w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień

Na podstawie art. 2 ust. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418, Nr 76, poz. 641 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654) ogłasza się standardy akredytacyjne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień, zatwierdzone przez Ministra Zdrowia w dniu 4 lipca 2013 r., stanowiące załącznik do obwieszczenia, które w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, dotyczą:

- 1) oddziałów albo ośrodków leczenia uzależnień,
- 2) oddziałów albo ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu,
- 3) oddziałów albo ośrodków terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
- 4) oddziałów albo ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych,
- 5) oddziałów albo ośrodków terapii dla uzależnionych od alkoholu ze współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi,
- 6) oddziałów albo ośrodków terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi,
- 7) oddziałów albo ośrodków rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

- z wyłączeniem: oddziałów albo ośrodków leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz oddziałów albo ośrodków leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych.

MINISTER ZDROWIA
Bartosz Arłukowicz

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 4 lipca 2013 r. (Dz.Urz. Min. Zdrow. poz. 28)

Standardy akredytacyjne

dla stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień

DZIAŁY STANDARDÓW	Skrót	Liczba standardów punktowanych
Opieka nad Pacjentem	OP	15
 Ciągłość Opieki	CO	10
 Prawa Pacjenta	PP	18
Bezpieczeństwo Opieki	BO	10
 Leki	LI	5
 Poprawa Jakości	PJ	9
 Kadra Jednostki	KJ	8
Dokumentacja Medyczna	DM	15
 Środowisko Opieki	ŚO	6
Zarządzanie Jednostką	ZJ	10
	Razem	106

Spis treści

1. Opieka nad Pacjentem (OP)	4
2. Ciągłość Opieki (CO)	15
3. Prawa Pacjenta (PP)	25
4. Bezpieczeństwo Opieki (BO)	39
5. Leki (LI)	48
6. Poprawa Jakości (PJ)	53
7. Kadra Jednostki (KJ)	61
8. Dokumentacja Medyczna (DM)	68
9. Środowisko Opieki (ŚO)	78
10. zarządzanie Jednostką (ZJ)	84
11. Zestawienie pojęć i terminów użytych w treści standardów	91

OPIEKA NAD PACJENTEM

OPIEKA NAD PACJENTEM (OP)

- OP 1** W jednostce określono docelowe grupy pacjentów, dla których świadczona jest opieka.
- OP 2** Świadczenia dla osób małoletnich udzielane są w innym miejscu lub czasie niż świadczenia dla osób dorosłych.
- OP 3** W jednostce opracowano i wdrożono procedury postępowania diagnostycznego.
- OP 4** W jednostce opracowano i wdrożono standardowe programy terapii.
- OP 4.1** W jednostce opracowano i wdrożono procedury leczenia farmakologicznego.
- OP 4.2** W jednostce opracowano i wdrożono procedury postępowania psychoterapeutycznego.
- OP 5** W jednostce opracowano i wdrożono procedury postępowania z osobami uzależnionymi, wymagającymi szczególnych form terapii.
- OP 6** Ocena wstępna pacjenta dokonywana jest w ciągu 3 dni od przyjęcia do jednostki.
- OP 7** Cele terapii określone są indywidualnie dla każdego pacjenta.
- OP 8** Indywidualny plan terapii opracowywany jest we współpracy z pacjentem.
- OP 9** Plan terapii podlega okresowej weryfikacji.
- OP 10** Jednostka współdziała z rodzinami/opiekunami prawnymi pacjentów.
- OP 11** Jednostka współpracuje z innymi jednostkami opieki zdrowotnej.
- OP 12** W jednostce prowadzona jest edukacja w zakresie ograniczania ryzyk zdrowotnych.
- OP 13** Jednostka umożliwia pacjentom udział w programie aktywizacji zawodowej.
- OP 14** Jednostka zapewnia pacjentom różnorodne formy spędzania wolnego czasu.

Opieka nad Pacjentem (OP)

Opieka nad pacjentem obejmuje całość działań zmierzających do poprawy stanu fizycznego i psychicznego pacjenta, w tym postępowanie diagnostyczne, terapię uzależnienia oraz oddziaływania zmierzające do poprawy funkcjonowania społecznego. Plan opieki dotyczy głównie czynności podejmowanych przez zespół osób zatrudnionych w jednostce dla realizacji indywidualnych celów opieki. Jednostka powinna systematycznie opracowywać i wdrażać do praktycznego stosowania Standardowe Procedury Postępowania, dalej zwane „SOP” (z ang. SOP, Standard Operating Procedure) odnoszące się do opieki nad pacjentem. Poszczególne oddziały powinny tworzyć standardowe procedury postępowania w oparciu o dowody naukowe i dobrą praktykę. Standardowe procedury postępowania klinicznego powinny dotyczyć w szczególności zagadnień najistotniejszych z punktu widzenia zakresu opieki sprawowanej przez daną jednostkę. W treści SOP należy wskazywać sposób postępowania wszystkim grupom pracowników zaangażowanym w proces opieki. SOP powinny być zróżnicowane tak aby odnosiły się do wszystkich pacjentów, w tym także osób małoletnich, zobowiązanych sędownie do leczenia i ubezwłasnowolnionych. Procedury powinny być opracowane pisemnie, łatwo dostępne dla personelu jednostki i stosowane w praktyce.

OP 1 W jednostce określono docelowe grupy pacjentów, dla których świadczona jest opieka.

Wyjaśnienie

Ze względu na szeroki zakres problemów towarzyszących uzależnieniu wskazane jest, by jednostka zidentyfikowała grupę lub grupy docelowe pacjentów, dla których świadczy opiekę, wyodrębnione np. ze względu na wiek, rodzaj uzależnienia lub współwystępujące schorzenia somatyczne/psychiczne. Sprzyja to skuteczności leczenia, pozwalając na zastosowanie metod najbardziej adekwatnych dla danej grupy pacjentów.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

- 5 – W jednostce określono grupę(y) docelową(e) pacjentów, dla których świadczona jest opieka.
- 1 – W jednostce nie określono grupy(grup) docelowej(ych) pacjentów.

OP 2 Świadczenia dla osób małoletnich są udzielane w innym miejscu lub czasie niż świadczenia dla osób dorosłych.

Wyjaśnienie

Ze względu na specyfikę leczenia osób małoletnich wskazane jest aby ich terapia nie była prowadzona łącznie z terapią osób dorosłych.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Świadczenia dla osób małoletnich udzielane są w innym miejscu lub czasie niż świadczenia dla osób dorosłych.
- 3 – Świadczenia dla osób małoletnich nie zawsze są udzielane w innym miejscu lub czasie niż świadczenia dla osób dorosłych.
- 1 – Świadczenia dla osób małoletnich nie są udzielane w innym miejscu lub czasie niż świadczenia dla osób dorosłych.

OP 3 W jednostce opracowano i wdrożono procedury postępowania diagnostycznego.

Wyjaśnienie

W jednostce opracowano procedury diagnozowania pacjentów, które uwzględniają w szczególności:

- diagnozę nozologiczną opartą na klasyfikacji ICD-10,
- diagnozę problemową,
- diagnozę psychologiczną (w zależności od potrzeb).

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej posiada wpisy dotyczące postępowania diagnostycznego.

1 – Poniżej 90% przeglądanej dokumentacji medycznej posiada wpisy dotyczące postępowania diagnostycznego.

OP 4 W jednostce opracowano i wdrożono standardowe programy terapii.

Wyjaśnienie

Jednostka posiada opracowane pisemnie standardowe programy terapii i korzysta z nich w codziennej praktyce. Programy te są znane personelowi jednostki.

Standardowe programy terapii powinny być oparte na wzorcach, których skuteczność została zweryfikowana w badaniach naukowych i które opisane są w publikacjach naukowych lub rekomendowane przez Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, zwane dalej „KBPN”, lub przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, zwaną dalej „PARPA”.

OP 4.1 W jednostce opracowano i wdrożono procedury leczenia farmakologicznego.

Jednostka powinna opracować pisemnie procedury leczenia farmakologicznego i wdrożyć je do codziennej praktyki. Mogą one być opracowane w formie schematów uwzględniających kilka ścieżek postępowania. Powinny obejmować wskazania i przeciwwskazania, dawkowanie, działania uboczne, sposób postępowania w przypadku działań niepożądanych oraz ewentualnie sposób odstawienia. Procedury leczenia farmakologicznego powinny dotyczyć wszystkich najistotniejszych terapii lekowych stosowanych w jednostce. W szczególności powinny dotyczyć substytucyjnej farmakoterapii uzależnienia od opioidów.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedury leczenia farmakologicznego.

3 – W jednostce opracowano procedury leczenia farmakologicznego, lecz nie są one stosowane w pełnym zakresie lub opracowane procedury są niekompletne.

1 – W jednostce nie opracowano procedur leczenia farmakologicznego.

OP 4.2 W jednostce opracowano i wdrożono procedury postępowania psychoterapeutycznego.

Wyjaśnienie

Jednostka powinna opracować pisemnie procedury postępowania psychoterapeutycznego i wdrożyć je do codziennej praktyki. Powinny one wynikać z przyjętych celów terapeutycznych i określać kryteria stosowania.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedury postępowania psychoterapeutycznego.
- 3 – W jednostce opracowano procedury postępowania psychoterapeutycznego, lecz nie są one stosowane w pełnym zakresie lub opracowane procedury są niekompletne.
- 1 – W jednostce nie opracowano procedur postępowania psychoterapeutycznego.

OP 5 W jednostce opracowano i wdrożono procedury postępowania z osobami uzależnionymi, wymagającymi szczególnych form terapii.

Wyjaśnienie

Pod pojęciem osób uzależnionych, wymagających szczególnych form terapii/ponadstandardowych oddziaływań rozumie się w szczególności:

- uzależnionych rodziców z dziećmi,
- osoby, u których współwystępują zaburzenia psychiczne (inne niż uzależnienie),
- osoby z deficytem funkcji poznawczych.

W przypadku wyżej wskazanych osób jednostka powinna opracować pisemnie i stosować odpowiednie, adekwatne dla nich procedury postępowania.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji jednostki
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedury postępowania z osobami uzależnionymi, wymagającymi szczególnych form terapii.
- 3 – W jednostce opracowano procedury postępowania z osobami uzależnionymi, wymagającymi szczególnych form terapii, lecz nie są one stosowane w pełnym zakresie lub opracowane procedury są niekompletne.
- 1 – W jednostce nie opracowano procedur postępowania z osobami uzależnionymi, wymagającymi szczególnych form terapii.

OP 6 Ocena wstępna pacjenta dokonywana jest w ciągu 3 dni od przyjęcia do jednostki.

Wyjaśnienie

Na podstawie oceny stanu zdrowia i potrzeb pacjenta w ciągu pierwszych trzech dni od przyjęcia określa się zakres jego funkcjonowania w jednostce, udziału w programie terapeutycznym i opracowuje wstępny plan działania. Ocena stanu zdrowia oparta jest na wywiadach prowadzonych przez członków zespołu terapeutycznego oraz badaniach stanu psychicznego i somatycznego wykonywanych przez lekarza.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę wstępną dokonaną w ciągu 3 dni od przyjęcia.

3 – 60 - 89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę wstępną dokonaną w ciągu 3 dni od przyjęcia.

1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera ocenę wstępną dokonaną w ciągu 3 dni od przyjęcia.

OP 7 Cele terapii określone są indywidualnie dla każdego pacjenta.

Wyjaśnienie

Indywidualne cele terapii należy określić i odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta w ciągu 2 tygodni od przyjęcia do jednostki. Określenia celów terapii dokonuje się w toku procesu diagnostycznego uwzględniającego ogólną ocenę stanu fizycznego i psychicznego pacjenta, wyniki badań dodatkowych oraz potrzeby i preferencje pacjenta. Indywidualne cele terapii są weryfikowane i mogą ulec zmianie na dalszych etapach leczenia.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera indywidualne cele terapii.

3 – 60 - 89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera indywidualne cele terapii.

1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera indywidualne cele terapii.

OP 8 Indywidualny plan terapii opracowywany jest we współpracy z pacjentem.

Wyjaśnienie

Osoby odgrywające istotną rolę w procesie terapii, takie jak: lekarz, specjalista terapii uzależnień, psycholog, pielęgniarka i pracownik socjalny, powinny współdziałać przy opracowaniu indywidualnego planu terapii. Celem pracy zespołu terapeutycznego jest zapewnienie wszechstronnego leczenia pacjenta i zharmonizowanie poszczególnych działań. Indywidualny plan terapii powinien być omówiony na zebraniach zespołu terapeutycznego. Powinien on obejmować co najmniej:

- cele terapii,
- metody i sposoby ich realizacji,
- czas trwania poszczególnych etapów,
- indywidualne potrzeby pacjenta.

Pacjent powinien mieć wpływ na indywidualny plan terapii poprzez uczestnictwo w jego opracowaniu, lub co najmniej poprzez jego pisemną akceptację. W dokumentacji pacjenta znajduje się informacja o wyrażeniu zgody lub odmowie poddania się proponowanemu leczeniu.

Sprawdzenie

- wywiad z pacjentami
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 60 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informację o wyrażeniu zgody lub odmowie poddania się proponowanemu leczeniu.
- 3 – 40 - 59% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informację o wyrażeniu zgody lub odmowie poddania się proponowanemu leczeniu.
- 1 – Poniżej 40% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informację o wyrażeniu zgody lub odmowie poddania się proponowanemu leczeniu.

OP 9 Plan terapii podlega okresowej weryfikacji.

Wyjaśnienie

Przyjęty plan terapii powinien być okresowo poddawany krytycznej ocenie i modyfikowany w odniesieniu do potrzeb pacjenta, możliwości realizacji planu i preferencji pacjenta. Modyfikacje powinny być odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta. Jednostka określa częstotliwość weryfikacji planu terapii w zależności od czasu trwania programu terapeutycznego, a następnie przestrzega przyjętych interwałów czasowych.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 90 - 100% przeglądanych planów terapii jest weryfikowanych.
- 3 – 60 - 89% przeglądanych planów terapii jest weryfikowanych.
- 1 – Poniżej 60% przeglądanych planów terapii jest weryfikowanych.

OP 10 Jednostka współdziała z rodzinami/opiekunami prawnymi pacjentów.

Wyjaśnienie

Współpraca z rodzinami/opiekunami prawnymi pacjentów i ich edukacja sprzyja efektywności terapii. Współdziałanie z rodzinami/opiekunami prawnymi stanowi szczególnie ważną formę oddziaływań w jednostkach leczących pacjentów małoletnich i z zaburzeniami psychicznymi. W przypadku osób dorosłych nieubezpieczeniowych, współpraca z rodziną lub innymi bliskimi osobami wymaga zgody pacjenta. Kontakty z rodzinami/opiekunami prawnymi pacjentów powinny być odnotowywane w dokumentacji medycznej.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – Jednostka współpracuje z rodzinami/opiekunami prawnymi pacjentów.
- 1 – Jednostka nie współpracuje z rodzinami/opiekunami prawnymi pacjentów.

OP 11 Jednostka współpracuje z innymi jednostkami opieki zdrowotnej.

Wyjaśnienie

Jednostka posiada zawarte w formie pisemnej umowy o współpracę w zakresie:

- podstawowej opieki zdrowotnej,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- diagnostyki laboratoryjnej.

Dowodem na to są aktualne umowy, porozumienia itp.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

5 – Jednostka zawarła umowy/porozumienia o współpracę z wymienionymi typami podmiotów zewnętrznych, które świadczą opiekę zdrowotną i posiada potwierdzające współpracę umowy/porozumienia.

3 – Posiadane umowy/porozumienia nie zapewniają współpracy ze wszystkimi wyżej wymienionymi typami podmiotów zewnętrznych, które świadczą opiekę zdrowotną.

1 – Jednostka nie zawarła umów/porozumień o współpracę z innymi jednostkami opieki zdrowotnej.

OP 12 W jednostce prowadzona jest edukacja w zakresie ograniczania ryzyk zdrowotnych.

Wyjaśnienie

W jednostce prowadzona jest edukacja w zakresie ograniczania ryzykownych zachowań i sposobów ograniczania zakażeń w trakcie ekspozycji na choroby przenoszone przez krew, drogą płciową, drogą kropelkową i innymi związanymi z przebywaniem w jednym zbiorowisku z osobami zakażonymi i chorymi. Powinna ona obejmować zagadnienia dotyczące w szczególności:

- dróg zakażenia i zapobiegania zakażeniom wirusami: HCV, HBV, HIV,
- ograniczania zakażeń przenoszonych drogą kropelkową (np. gruźlica),
- dróg zakażenia i zapobiegania zakażeniom chorobami przenoszonymi drogą płciową,
- ryzyka przedawkowania substancji psychoaktywnych.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

5 – W jednostce prowadzona jest szeroka edukacja w zakresie ograniczania ryzyk zdrowotnych obejmująca wszystkie z wymienionych wyżej zagadnień.

3 – W jednostce prowadzona jest edukacja w zakresie ograniczania ryzyk zdrowotnych w sposób niepełny, nieobejmujący wszystkich z wymienionych wyżej zagadnień.

1 – W jednostce nie prowadzi się edukacji w zakresie ograniczania ryzyk zdrowotnych.

OP 13 Jednostka umożliwia pacjentom udział w programie aktywizacji zawodowej.

Wyjaśnienie

Jednostka, która realizuje program terapii długoterminowej, umożliwia swoim pacjentom udział w programie aktywizacji zawodowej: podnoszenia kwalifikacji, kształcenia i doskonalenia umiejętności zawodowych.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji pacjenta
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

5 – Jednostka umożliwia pacjentom udział w programie aktywizacji zawodowej.

1 – Jednostka nie umożliwia pacjentom udziału w programie aktywizacji zawodowej.

OP 14 Jednostka zapewnia pacjentom różnorodne formy spędzania wolnego czasu.***Wyjaśnienie***

Jednostka zapewnia pacjentom możliwość udziału w różnorodnych formach spędzania wolnego czasu, które sprzyjają rozwojowi zainteresowań pacjentów oraz ich powrocie do zdrowia. Przykładowo mogą to być wyjścia do kina, udział w zajęciach sportowych (granie w piłkę, pływanie, zajęcia na siłowni, jazda konna, taniec), udział w zajęciach z fotografii i zajęciach plastycznych. Propozycje zajęć są dostosowane do wieku pacjentów.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

5 – Jednostka zapewnia pacjentom różnorodne formy spędzania wolnego czasu.

1 – Jednostka nie zapewnia pacjentom różnorodnych form spędzania wolnego czasu.

CIĄGŁOŚĆ OPIEKI

CIĄGŁOŚĆ OPIEKI (CO)

- CO 1** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę przyjmowania pacjentów.
- CO 2** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę przenoszenia pacjentów wewnątrz i na zewnątrz jednostki.
- CO 3** W jednostce określono i stosuje się kryteria odmowy przyjęcia pacjenta.
- CO 4** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania z pacjentem w sytuacjach szczególnych.
- CO 5** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku przerwania leczenia przez pacjenta.
- CO 6** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę w przypadku przedterminowego wypisu pacjenta.
- CO 7** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku zakończenia pobytu pacjenta o ograniczonych prawach.
- CO 7.1** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku planowego wypisu pacjenta z ograniczonymi prawami.
- CO 7.2** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę w przypadku przedterminowego wypisu pacjenta z ograniczonymi prawami.
- CO 7.3** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku samowolnego opuszczania jednostki przez pacjenta z ograniczonymi prawami.
- CO 8** Wszyscy wypisywani pacjenci otrzymują kartę informacyjną.

Ciągłość Opieki (CO)

Świadczenia udzielane pacjentowi w trakcie terapii w jednostce leczenia uzależnień powinny być postrzegane jako element dłuższej, kompleksowej opieki, która winna uwzględniać specyfikę schorzenia, zmienność stanu psychicznego i fizycznego pacjenta oraz jego sytuację społeczną. Powodem niedostatecznych efektów opieki często jest brak jej ciągłości w sytuacjach, gdy pacjent powierzany jest innemu opiekunowi, w trakcie pobytu w jednostce, jak i podczas przekazywania między jednostkami. Brak pełnej informacji czy porozumienia pomiędzy osobami i tymi jednostkami skutkuje inicjacją terapii bez uwzględnienia dotychczasowych doświadczeń.

CO 1 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę przyjmowania pacjentów.

Wyjaśnienie

Celem zminimalizowania ryzyka pominięcia przy przyjmowaniu chorego ważnej czynności lub informacji należy opracować pisemnie Standardową Procedurę Postępowania (SOP) w typowych sytuacjach przyjmowania pacjentów do jednostki. Procedura powinna w sposób kompleksowy określać zasady przyjmowania pacjentów. Obowiązkowym elementem procedury powinna być wstępna ocena pacjenta pod kątem ryzyka wystąpienia zachowań zagrażających życiu lub zdrowiu pacjenta lub pozostałych pacjentów jednostki. Zaleca się, aby procedura uwzględniała listę kontrolną dla ułatwienia weryfikacji czy przy przyjmowaniu chorego nie pominięto istotnego elementu. Procedura powinna być znana personelowi jednostki i stosowana w codziennej praktyce.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem

Punktowanie

5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę, która w sposób kompleksowy określa zasady przyjmowania pacjentów.

3 – W jednostce opracowano procedurę przyjmowania pacjentów, lecz nie jest stosowana w pełnym zakresie lub opracowana procedura jest niekompletna.

1 – W jednostce nie opracowano procedury przyjmowania pacjentów.

CO 2 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę przenoszenia pacjentów wewnątrz i na zewnątrz jednostki.

Wyjaśnienie

Jednostka powinna opracować pisemnie standardową procedurę przenoszenia pacjentów wewnątrz i na zewnątrz jednostki. Powinna ona być znana personelowi jednostki i stosowana w codziennej praktyce.

Procedura powinna określać co najmniej:

- sposób przekazywania odpowiedzialności za pacjenta,
- rodzaj i zakres przekazywanej informacji o pacjencie,
- sytuacje, kiedy jednostka zobowiązana jest do zapewnienia transportu sanitarnego,
- odpowiedzialność osób sprawujących opiekę podczas transportu sanitarnego pacjenta.

Procedura powinna zapewniać sprawne i bezpieczne kierowanie/przekazywanie pacjenta wewnątrz i na zewnątrz jednostki. Dotyczy to także sytuacji, gdy pacjent wraca/kierowany jest pod opiekę jednostki, na przykład po pobycie w szpitalu.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę przenoszenia pacjentów wewnątrz i na zewnątrz jednostki.
- 3 – W jednostce opracowano procedurę przenoszenia pacjentów, lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub opracowana procedura jest niekompletna.
- 1 – W jednostce nie opracowano procedury przenoszenia pacjentów wewnątrz lub na zewnątrz jednostki.

CO 3 W jednostce określono i stosuje się kryteria odmowy przyjęcia pacjenta.

Wyjaśnienie

Kryteria odmowy przyjęcia powinny być opracowane pisemnie, dobrze znane personelowi i udostępnione pacjentom (np. umieszczone w widocznym miejscu w pomieszczeniu, w którym przyjmowani są pacjenci). Kryteria te powinny wyraźnie wskazywać na obowiązek objęcia przynajmniej czasową opieką pacjenta w stanie zagrożenia życia. Każda odmowa opieki, również w przypadku braku kwalifikacji do przyjęcia, powinna być odnotowywana w dokumentacji jednostki.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – W jednostce określono i stosuje się kryteria odmowy przyjęcia pacjenta, które są łatwo dostępne.
- 3 – W jednostce określono kryteria odmowy przyjęcia pacjenta, ale nie są one łatwo dostępne lub nie są w pełni stosowane.

1 – W jednostce nie określono kryteriów odmowy przyjęcia pacjenta.

CO 4 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania z pacjentem w sytuacjach szczególnych.

Wyjaśnienie

Jednostka posiada opracowaną pisemnie procedurę postępowania z pacjentem w sytuacjach szczególnych. Jest ona znana personelowi jednostki i stosowana w codziennej praktyce.

Sytuacje szczególne obejmują w szczególności:

- stany zagrożenia życia,
- stany psychiatryczne,
- powikłania somatyczne.

Istotne jest udzielenie pomocy i sprawne przekazywanie pacjenta do właściwych ze względu na stan jego zdrowia jednostek oraz zapewnienie możliwości ponownego przyjęcia.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania z pacjentem w sytuacjach szczególnych.

3 – W jednostce opracowano procedurę postępowania z pacjentem w sytuacjach szczególnych, lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub opracowana procedura jest niekompletna.

1 – jednostce nie opracowano procedury postępowania z pacjentem w sytuacjach szczególnych.

CO 5 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku przerwania leczenia przez pacjenta.

Wyjaśnienie

Jednostka posiada opracowaną pisemnie procedurę postępowania w przypadku przerwania leczenia przez pacjenta. Jest ona znana personelowi jednostki i stosowana w codziennej praktyce.

Przerwanie leczenia z inicjatywy pacjenta oznacza w szczególności: wypis na własne żądanie pacjenta lub opuszczenie jednostki bez wypisu.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku przerwania leczenia przez pacjenta.

3 – W jednostce opracowano procedurę postępowania w przypadku przerwania leczenia przez pacjenta, lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub opracowana procedura jest niekompletna.

1 – W jednostce nie opracowano procedury postępowania w przypadku przerwania leczenia przez pacjenta.

CO 6 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku przedterminowego wypisu pacjenta.

Wyjaśnienie

Jednostka może podjąć decyzję o wcześniejszym wypisie pacjenta z wielu powodów w szczególności:

- wystąpienia schorzenia somatycznego wymagającego pilnego leczenia w innej jednostce,
- ostrych stanów psychiatrycznych,
- destrukcyjnych zachowań pacjenta, stanowiących zagrożenie dla innych pacjentów lub personelu (np. agresja, kradzież),
- nieadekwatności programu leczniczego jednostki do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta.

Jednostka powinna opracować pisemnie Standardową Procedurę Postępowania (SOP) w przypadku przedterminowego przerwania leczenia w sposób zaplanowany oraz w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Przyjęta procedura powinna być znana personelowi jednostki. W przypadkach przedterminowego wypisu pacjenta powinien on postępować zgodnie z opracowaną procedurą.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku przedterminowego wypisu pacjenta.
- 3 – W jednostce opracowano procedurę postępowania w przypadku przedterminowego wypisu pacjenta, lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub opracowana procedura jest niekompletna.
- 1 – W jednostce nie opracowano procedury postępowania w przypadku przedterminowego wypisu pacjenta.

CO 7 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku zakończenia pobytu pacjenta o ograniczonych prawach.

Wyjaśnienie

W odniesieniu do pacjenta o ograniczonych prawach:

- małoletniego,
- ubezwłasnowolnionego,
- sędownie zobowiązanego do leczenia,

personel jednostki musi postępować w sposób szczególny w sytuacji, gdy kończy on pobyt w jednostce. Dotyczy to zarówno wypisu planowego, przedterminowego, a także przypadków samowolnego opuszczenia jednostki. Jednostka powinna opracować pisemnie procedurę dotyczącą zakończenia pobytu/wypisu pacjentów o ograniczonych prawach. Powinna być ona znana personelowi i stosowana w codziennej praktyce.

CO 7.1 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku planowego wypisu pacjenta z ograniczonymi prawami.

Wyjaśnienie

Jednostka powinna opracować pisemnie Standardową Procedurę Postępowania (SOP), która jest łatwo dostępna, określającą sposób postępowania w przypadku planowego wypisu pacjenta:

- małoletniego,

- ubezwłasnowolnionego,
- sędawnie zobowiązanego do leczenia.

SOP powinna uwzględniać w szczególności:

- sposób przejęcia opieki nad pacjentem, przekazanie odpowiedzialności,
- osoby/instytucje powiadamiane o wypisie pacjenta,
- sposób przekazywania dokumentacji wypisowej pacjenta,
- sposób postępowania w przypadku odmowy przejęcia opieki nad pacjentem przez jego opiekunów prawnych,
- termin planowanego wypisu.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku planowego wypisu pacjenta z ograniczonymi prawami, uwzględniającą wszystkie wymienione kryteria.
- 3 – W jednostce opracowano procedurę postępowania w przypadku planowego wypisu pacjenta z ograniczonymi prawami, lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub opracowana procedura jest niekompletna.
- 1 – W jednostce nie opracowano procedury postępowania w przypadku planowego wypisu pacjenta z ograniczonymi prawami lub opracowana procedura jest niezgodna z obowiązującymi przepisami prawa.

CO 7.2 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku przedterminowego wypisu pacjenta z ograniczonymi prawami.

Wyjaśnienie

Jednostka może podjąć decyzję o wcześniejszym wypisie pacjenta z wielu powodów w szczególności:

- wystąpienia schorzenia somatycznego, wymagającego pilnego leczenia w innej jednostce,
- ostrych stanów psychiatrycznych,
- destrukcyjnych zachowań pacjenta, stanowiących zagrożenie dla innych pacjentów lub personelu,
- nieadekwatności programu leczniczego jednostki do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta.

Jednostka powinna opracować pisemnie Standardową Procedurę Postępowania (SOP) określającą sposób postępowania w przypadku przedterminowego wypisu pacjenta z ograniczonymi prawami w sposób zaplanowany oraz w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Procedura powinna być znana personelowi jednostki. W przypadkach przedterminowego wypisu pacjenta z ograniczonymi prawami personel powinien postępować zgodnie z opracowaną procedurą.

SOP powinna uwzględniać w szczególności:

- sposób przejęcia opieki nad pacjentem, przekazanie odpowiedzialności,
- osoby/instytucje powiadamiane o wypisie pacjenta,
- sposób przekazywania dokumentacji wypisowej pacjenta,
- sposób postępowania w przypadku odmowy przejęcia opieki nad pacjentem przez jego opiekunów prawnych.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku przedterminowego wypisu pacjenta z ograniczonymi prawami uwzględniającą wszystkie wymienione kryteria.
- 3 – W jednostce opracowano procedurę postępowania w przypadku przedterminowego wypisu pacjenta z ograniczonymi prawami, lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub opracowana procedura jest niekompletna.
- 1 – W jednostce nie opracowano procedury postępowania w przypadku przedterminowego wypisu pacjenta z ograniczonymi prawami lub opracowana procedura jest niezgodna z obowiązującymi przepisami prawa.

CO 7.3 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku samowolnego opuszczenia jednostki przez pacjenta z ograniczonymi prawami.***Wyjaśnienie***

Postępowanie w przypadku samowolnego opuszczenia jednostki, w której odbywa się leczenie, w tym brak powrotu z przepustki, konsultacji poza jednostką, itp. przez pacjenta z ograniczonymi prawami, a więc małoletniego, zobowiązanego sędownie do leczenia lub ubezwłasnowolnionego, powinno zostać opisane w Standardowej Procedurze Postępowania, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku samowolnego opuszczenia jednostki przez pacjenta z ograniczonymi prawami.
- 3 – W jednostce opracowano procedurę postępowania w przypadku samowolnego opuszczenia jednostki przez pacjenta z ograniczonymi prawami, lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub opracowana procedura jest niekompletna.
- 1 – W jednostce nie opracowano procedury postępowania w przypadku samowolnego opuszczenia jednostki przez pacjenta z ograniczonymi prawami lub opracowana procedura jest niezgodna z obowiązującymi przepisami prawa.

CO 8 Wszyscy wypisywani pacjenci otrzymują kartę informacyjną.***Wyjaśnienie***

Na ogół leczenie nie powinno kończyć się z chwilą zakończenia pobytu pacjenta w jednostce. Dla kontynuacji terapii istotne są zarówno informacje o tym, jakich świadczeń opieki zdrowotnej udzielono pacjentowi (diagnostyka, terapia), jak też wskazówki i sugestie dotyczące dalszego postępowania. Wskazówki te winny być kierowane zarówno do pacjenta, jak też do jednostek przejmujących opiekę nad nim i kontynuujących proces terapeutyczny. Do przekazania tych istotnych informacji służy karta informacyjna.

Karta informacyjna powinna zawierać co najmniej:

- rozpoznanie,

- przyczynę przyjęcia do jednostki,
- krótki opis przebiegu choroby (epikryzę),
- wyniki badań,
- zastosowaną farmakoterapię z wymienieniem zastosowanych leków,
- zastosowaną psychoterapię,
- skuteczność zastosowanej terapii,
- zdarzenia niepożądane (jeżeli wystąpiły),
- zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecenia powinny sformułowane w sposób zrozumiały dla pacjenta).

Pacjenci przed opuszczeniem jednostki otrzymują kartę informacyjną, co najmniej w formie papierowej, a kopia tego dokumentu znajduje się w dokumentacji medycznej. Za właściwy uznaje się jedynie dokument autoryzowany (datowany i podpisany w sposób umożliwiający jednoznaczną identyfikację podpisującego, tj. zawierający wyraźny podpis lub podpis wraz z pieczęcią).

W przypadku elektronicznej formy karty informacyjnej pacjent informowany jest o sposobie jej odtworzenia. W dokumentacji medycznej powinno być odnotowane potwierdzenie odebrania karty informacyjnej przez pacjenta lub opiekuna prawnego. .

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie:

- 5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera kartę informacyjną uwzględniającą wszystkie wymienione kryteria.
- 3 – 60 - 89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera kartę informacyjną uwzględniającą wszystkie wymienione kryteria.
- 1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera kartę informacyjną uwzględniającą wszystkie wymienione kryteria.

PRAWA PACJENTA

PRAWA PACJENTA

- PP 1** Pacjent dobrowolnie zgłaszający się na leczenie wyraża świadomą, pisemną zgodę na przyjęcie do jednostki.
- PP 2** Opieka nad pacjentem jest sprawowana z poszanowaniem jego godności i prywatności.
- PP 3** Personel jednostki zachowuje poufność informacji o pacjencie.
- PP 4** Prawa pacjenta są znane personelowi jednostki i dostępne dla pacjentów.
- PP 4.1** Informacje o prawach i obowiązkach pacjenta są łatwo dostępne.
- PP 4.2** Personel jednostki zna i przestrzega praw pacjenta.
- PP 4.3** W jednostce leczącej pacjentów małoletnich personel zna i przestrzega praw dziecka.
- PP 5** Pacjent dobrowolnie, pisemnie akceptuje ograniczenie należnych mu praw.
- PP 6** Pacjent otrzymuje zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia.
- PP 7** W jednostce określono listę procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta.
- PP 8** Zgoda pacjenta na procedury wymagające dodatkowej zgody wyrażana jest na piśmie.
- PP 9** Oddziaływania korekcyjne stosowane wobec pacjentów nie są nadużywane.
- PP 9.1** W jednostce określono wykaz oddziaływań korekcyjnych stosowanych wobec pacjentów.
- PP 9.2** Zastosowanie oddziaływania korekcyjnego jest odnotowywane i uzasadniane w dokumentacji medycznej.
- PP 9.3** Kierownictwo jednostki ocenia zasadność i skuteczność stosowanych oddziaływań korekcyjnych.
- PP 10** Pacjent i odwiedzający mogą łatwo identyfikować personel jednostki.
- PP 11** Jednostka zapewnia pacjentom możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej.
- PP 12** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę zabezpieczania własności pacjentów.
- PP 13** Pacjent ma możliwość złożenia skargi lub wyrażenia opinii, a jednostka opracowała mechanizm ich analizowania.
- PP 14** Pacjenci małoletni uczestniczą w nauczaniu szkolnym.

Prawa Pacjenta (PP)

Pacjent przyjmowany do stacjonarnej jednostki leczenia uzależnień powinien być informowany o przysługujących mu prawach oraz spoczywających na nim obowiązkach. Powinien też mieć stałą możliwość zapoznania się z obowiązującymi prawami pacjenta i obowiązkami. Jednostka zapewnia przejrzystą, czytelną informację o prawach pacjenta i jego obowiązkach, sformułowaną w sposób zrozumiały dla pacjenta. Informacja ta jest dostępna w miejscach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Jeżeli w jednostce prowadzone są zajęcia dydaktyczne lub naukowe badania kliniczne, powinna ona zapewniać pacjentom informacje na temat ich praw i obowiązków w kontekście realizacji procesu dydaktycznego lub udziału w badaniach naukowych.

PP 1 Pacjent dobrowolnie zgłaszający się na leczenie wyraża świadomą, pisemną zgodę na przyjęcie do jednostki.

Wyjaśnienie

Istotnym warunkiem powodzenia terapii uzależnień jest świadoma zgoda pacjenta na przyjęcie do jednostki. Niezbędnym warunkiem, jaki musi być spełniony, aby pacjent mógł decydować i wyrażać zgodę w sposób świadomy, jest posiadanie odpowiedniej informacji na temat swojego stanu zdrowia i proponowanego leczenia. Pacjent powinien być szczegółowo i w sposób zrozumiały poinformowany o stanie zdrowia, zasadach i formach leczenia, oczekiwanych korzyściach oraz ryzyku wynikającym z podjęcia terapii, a także o skutkach niepodjęcia proponowanego leczenia. W jednostce powinno się określić sposób uzyskiwania pisemnej zgody pacjenta. W dokumentacji medycznej pacjenta powinna znaleźć się podpisana przez pacjenta zgoda na przyjęcie do jednostki. Na formularzu zgody oprócz podpisu pacjenta wymagany jest podpis lekarza/terapeuty udzielającego informacji oraz data. Odmowę lub brak możliwości uzyskania świadomej zgody należy odnotować w dokumentacji medycznej. Postępowanie z pacjentami nieletnimi, ubezwłasnowolnionymi oraz kierowanymi na leczenie postanowieniem sądu podlega dodatkowym regulacjom.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

- 5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej potwierdza, że pacjent dobrowolnie zgłaszający się na leczenie, wyraził świadomą, pisemną zgodę na przyjęcie do jednostki.
- 3 – 70 - 89% przeglądanej dokumentacji medycznej potwierdza, że pacjent dobrowolnie zgłaszający się na leczenie, wyraził świadomą, pisemną zgodę na przyjęcie do jednostki.
- 1 – Poniżej 70% przeglądanej dokumentacji medycznej potwierdza, że pacjent dobrowolnie zgłaszający się na leczenie, wyraził świadomą, pisemną zgodę na przyjęcie do jednostki.

PP 2 Opieka nad pacjentem jest sprawowana z poszanowaniem jego godności i prywatności.

Wyjaśnienie

Poszanowanie godności i prywatności pacjenta jest szczególnie istotne w czasie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą być dla pacjenta krępujące. Może być to związane zarówno z elementami fizycznymi (np. konieczność rozebrania się), jak też psychicznymi (informacje wymieniane pomiędzy pacjentem a personelem). Pacjent może czuć się skrępowany zwłaszcza wtedy, gdy zmuszany jest do krępujących go zachowań bez dostatecznego wyjaśnienia ich niezbędności, lub gdy czynności wykonywane są w obecności osób, w odniesieniu do których odczuwa on szczególne skrępowanie. Zapewnienie godności i prywatności dotyczy każdej okoliczności pobytu pacjenta w jednostce, nie tylko badania lekarskiego czy realizacji indywidualnego planu terapii, lecz także prowadzenia wywiadu czy pobierania zgody na przyjęcie

do jednostki i proponowane leczenie. W celu realizacji tego prawa jednostka zapewnia odpowiednie, niekierujące warunki udzielania świadczeń, a zachowanie personelu cechuje szacunek.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- badanie opinii pacjenta
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

5 – Opieka nad pacjentem jest zawsze sprawowana z poszanowaniem jego godności i prywatności.

3 – Opieka nad pacjentem jest zazwyczaj sprawowana z poszanowaniem jego godności i prywatności.

1 – Opieka nad pacjentem rzadko sprawowana jest z poszanowaniem jego godności i prywatności.

PP 3 Personel jednostki zachowuje poufność informacji o pacjencie.

Wyjaśnienie

Pacjent ma prawo do tego, aby wszystkie osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, zachowały w tajemnicy wszelkie informacje z nim związane, a uzyskane w związku z wykonywaniem tych świadczeń.

Sprawdzenie

- badanie opinii pacjenta
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

5 – Wszyscy pytani pacjenci potwierdzają, że informacje związane z ich stanem zdrowia są zachowywane w tajemnicy przez personel jednostki.

3 – Prawie wszyscy pytani pacjenci potwierdzają, że informacje związane z ich stanem zdrowia są zachowywane w tajemnicy przez personel jednostki.

1 – Znaczna część pytaných pacjentów potwierdza, że niektórzy członkowie personelu jednostki nie zachowują w tajemnicy informacji o ich stanie zdrowia.

PP 4 Prawa pacjenta są znane personelowi jednostki i dostępne dla pacjentów.

Wyjaśnienie

Każdy pacjent powinien zostać zapoznany z prawami przysługującymi mu w czasie pobytu w jednostce. Cały personel jednostki (również niemedyczny) ma obowiązek znajomości praw przysługujących leczonym pacjentom.

PP 4.1 Informacje o prawach i obowiązkach pacjenta są łatwo dostępne.

Wyjaśnienie

Każdy pacjent ma możliwość zapoznania się z pisemnymi, szczegółowymi informacjami o przysługujących mu prawach i obowiązkach, jakich musi przestrzegać (regulamin jednostki). Informacje o prawach pacjenta i jego obowiązkach powinny być umieszczone w miejscu ogólnodostępnym na terenie jednostki, a na życzenie wręczane indywidualnie.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

5 – Wyczerpująca, czytelna informacja o przysługujących pacjentowi prawach i obowiązkach jest dostępna dla wszystkich pacjentów.

3 – Informacja o prawach i obowiązkach nie jest w pełni wyczerpująca, lub nie jest łatwo dostępna dla wszystkich pacjentów, bądź nie jest dostatecznie czytelna.

1 – Informacja o prawach i obowiązkach pacjentów nie jest dostępna, lub jest dostępna tylko dla części pacjentów.

PP 4.2 Personel jednostki zna i przestrzega praw pacjenta.

Wyjaśnienie

Kierownictwo jednostki zobowiązane jest zapoznać personel jednostki z prawami pacjenta oraz nadzorować ich przestrzeganie. Tematyka ta powinna stanowić element regularnych spotkań zespołu jednostki.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentami
- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

5 – Cały personel jednostki, który ma kontakt z pacjentami, zna i przestrzega praw pacjenta.

3 – Większość personelu jednostki, który ma kontakt z pacjentami, zna lub przestrzega praw pacjenta.

1 – Nieliczny personel jednostki, który ma kontakt z pacjentami, zna lub przestrzega praw pacjenta.

PP 4.3 W jednostce leczącej pacjentów małoletnich personel zna i przestrzega praw dziecka.

Wyjaśnienie

Z uwagi na niepełnoletność pacjenta istotne jest, by personel, kierując się przede wszystkim jego dobrem, przestrzegał praw zawartych w szczególności w *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, *Kodeksie Rodzinnym i Opiekuńczym* oraz ratyfikowanej przez Polskę *Konwencji ONZ o Prawach Dziecka*. Personel powinien znać treść tych dokumentów i realizować je w praktyce.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami niepełnoletnimi
- obserwacja bezpośrednia
- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

5 – Personel zna i przestrzega praw dziecka.

3 – Personel nie w pełni zna lub nie w pełni przestrzega praw dziecka.

1 – Personel nie zna lub nie przestrzega praw dziecka.

PP 5 Pacjent dobrowolnie, pisemnie akceptuje ograniczenie należnych mu praw.

Wyjaśnienie

Ograniczenia, czyli przypadki, w których ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów lub zagrożenie epidemiologiczne, prawa pacjenta mogą zostać zawężone (np. ograniczone odwiedziny, kontrola rzeczy osobistych w celu uniemożliwienia wniesienia na teren jednostki np. narkotyków, innych środków psychoaktywnych oraz alkoholu, ograniczenie kontaktów telefonicznych), powinny być opracowane pisemnie, z uwzględnieniem czasu i formy ich stosowania. Każdy pacjent, który ma być poddany ograniczeniu jego praw, musi pisemnie zaakceptować rodzaj ograniczeń przed ich zastosowaniem, np. przy przyjęciu do jednostki. Pacjenci małoletni oraz ubezwłasnowolnieni podlegają odrębnym przepisom. Pisemna akceptacja przez pacjenta ograniczeń jego praw jest elementem dokumentacji medycznej.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

- 5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej pacjentów, którym ograniczono prawa zawiera pisemną akceptację ograniczeń.
- 3 – 60 - 89% przeglądanej dokumentacji medycznej pacjentów, którym ograniczono prawa zawiera pisemną akceptację ograniczeń.
- 1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej pacjentów, którym ograniczono prawa zawiera pisemną akceptację ograniczeń.

PP 6 Pacjent otrzymuje zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia.**Wyjaśnienie**

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy ma prawo uzyskać pełną i zrozumiałą informację o stanie zdrowia. Pacjent powinien być informowany o sposobie leczenia i dających się przewidzieć możliwych następstwach (korzystnych i niekorzystnych) podjęcia terapii, a także o potencjalnych konsekwencjach niepodjęcia proponowanego postępowania. Pacjent ma prawo wskazać osobę, której może być udzielona informacja o jego stanie zdrowia. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu diagnostyki lub terapii.

Sprawdzenie

- wywiad z pacjentami
- wywiad z personelem
- badanie opinii pacjenta

Punktowanie

- 5 – Pacjent zawsze otrzymuje zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia.
- 3 – Pacjent zazwyczaj otrzymuje zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia.
- 1 – Pacjent rzadko otrzymuje zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia.

PP 7 W jednostce określono listę procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta.**Wyjaśnienie**

Pacjent ma prawo do podejmowania decyzji związanych z przebiegiem jego leczenia. Rolą jednostki jest określenie sposobu realizacji tego prawa, z zagwarantowaniem możliwości rezygnacji z dalszego leczenia lub odmowy poddania się proponowanej procedurze (np. udziałowi w terapii rodziny pacjenta, superwizji, nagrywaniu sesji) czy udziału w zajęciach dydaktycznych lub badaniach naukowych.

Istotne jest aby zarówno pacjent jak i personel wiedzieli na jakie procedury wymagana jest dodatkowa zgoda pacjenta, niezależnie od wyrażonej wcześniej zgody na przyjęcie i leczenie w jednostce. Lista procedur, których stosowanie wymaga dodatkowej zgody pacjenta powinna być zatwierdzona przez kierownictwo jednostki, łatwo dostępna dla personelu i pacjentów.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- przegląd dokumentacji medycznej
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

- 5 – W jednostce określono listę procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta. Lista taka jest powszechnie dostępna i znana personelowi mającemu kontakt z pacjentami.
- 3 – W jednostce określono listę procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta. Lista jest niekompletna lub nie jest dostępna lub nie jest znana personelowi jednostki.
- 1 – W jednostce nie określono listy procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta.

PP 8 Zgoda pacjenta na procedury wymagające dodatkowej zgody wyrażana jest na piśmie.

Wyjaśnienie

Zarówno wyrażenie zgody, jak i odmowa powinny być przez pacjenta podpisane i datowane w dokumentacji medycznej. Zapis na formularzu zgody powinien pozwalać na jednoznaczne określenie:

- kto (czytelny podpis),
- kiedy (data),
- na co (jednoznaczne wskazanie konkretnej procedury),
- w obecności kogo (czytelny podpis osoby pobierającej zgodę i udzielającej informacji).

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej pacjentów poddawanych określonym procedurom zawiera stosowne zgody.
- 3 – 60 - 89% przeglądanej dokumentacji medycznej pacjentów poddawanych określonym procedurom zawiera stosowne zgody.
- 1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej pacjentów poddawanych określonym procedurom zawiera stosowne zgody.

PP 9 Oddziaływania korekcyjne stosowane wobec pacjentów nie są nadużywane.

Wyjaśnienie

Jeżeli jednostka stosuje oddziaływania mające na celu korygowanie postępowania pacjenta, to nie mogą one:

- powodować uszczerbku na zdrowiu pacjenta,
- naruszać jego praw,
- pozbawiać godności,

- wpływać negatywnie na rozwój osobisty (np. zakaz kontynuowania nauki szkolnej).

Kierownictwo jednostki powinno okresowo oceniać zasadność i skuteczność stosowanych wobec pacjentów oddziaływań korekcyjnych. Wnioski z takiej oceny powinny być dokumentowane i omawiane na spotkaniach zespołu.

PP 9.1 W jednostce określono wykaz oddziaływań korekcyjnych stosowanych wobec pacjentów.

Wyjaśnienie

Jednostka powinna opracować wykaz stosowanych oddziaływań korekcyjnych nie naruszających praw pacjenta. Dokument ten powinien być znany zarówno pacjentom jak i personelowi oraz powszechnie dostępny.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

- 5 – Jednostka opracowała wykaz oddziaływań korekcyjnych stosowanych wobec pacjenta nie naruszających praw pacjenta, który jest łatwo dostępny.
- 3 – Jednostka opracowała wykaz oddziaływań korekcyjnych stosowanych wobec pacjenta, ale nie jest on łatwo dostępny.
- 1 – Jednostka nie opracowała wykazu oddziaływań korekcyjnych stosowanych wobec pacjenta lub wykaz zawiera elementy naruszające prawa pacjenta.

PP 9.2 Zastosowanie oddziaływania korekcyjnego jest odnotowywane i uzasadniane w dokumentacji medycznej.

Wyjaśnienie

Każdy przypadek zastosowania przez personel jednostki oddziaływania mającego na celu korygowanie postępowania pacjenta wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej wraz z podaniem uzasadnienia .

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

- 5 – Każde zastosowanie oddziaływania korekcyjnego jest odnotowane i uzasadnione w dokumentacji medycznej pacjenta.
- 3 – Niektóre z zastosowanych oddziaływań korekcyjnych są odnotowane i uzasadnione w dokumentacji medycznej pacjenta.
- 1 – Zastosowane oddziaływania korekcyjne nie są odnotowane i uzasadnione w dokumentacji medycznej pacjenta.

PP 9.3 Kierownictwo jednostki ocenia zasadność i skuteczność stosowanych oddziaływań korekcyjnych.

Wyjaśnienie

Zasadność, celowość i skuteczność stosowanych oddziaływań korekcyjnych musi podlegać okresowej ocenie. Kierownictwo jednostki nie rzadziej niż raz w roku analizuje przypadki zastosowanych oddziaływań korekcyjnych: zgodność zastosowanych oddziaływań z opracowanym wykazem, zasadność i celowość ich użycia, skuteczność oraz efekty uboczne. Wyniki takiej analizy są omawiane na spotkaniach z personelem jednostki i dokumentowane. Na podstawie analizy kierownictwo wyciąga wnioski i podejmuje stosowne działania.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Kierownictwo jednostki systematycznie i wszechstronnie ocenia zasadność i skuteczność stosowanych oddziaływań korekcyjnych i zapoznaje personel z wynikami oceny.
- 3 – Kierownictwo jednostki rzadziej niż raz w roku ocenia zasadność i skuteczność stosowanych oddziaływań korekcyjnych i zapoznaje personel z wynikami oceny lub oddziaływania korekcyjne są oceniane fragmentarycznie lub personel nie jest zaznajomiony z wynikami oceny.
- 1 – Kierownictwo jednostki nie ocenia zasadności i skuteczności stosowanych oddziaływań korekcyjnych.

PP 10 Pacjent i odwiedzający mogą łatwo identyfikować personel jednostki.

Wyjaśnienie

Pacjenci i osoby odwiedzające powinny mieć możliwość łatwego identyfikowania personelu jednostki. W szczególności odnosi się to do osób opiekujących się pacjentami. Identyfikacja nie dotyczy jedynie imion i nazwisk, ale także funkcji poszczególnych osób. Pacjent lub rodzina/opiekun uzyskuje dzięki temu informacje, do kogo może zwracać się z pytaniami lub prośbami. Jednostka może wybrać dowolną formę ułatwiającą identyfikację personelu, ale powinna być ona skuteczna.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

- 5 – Identyfikacja personelu jednostki jest zawsze możliwa.
- 3 – Identyfikacja personelu jednostki jest zazwyczaj możliwa.
- 1 – Identyfikacja personelu jednostki jest utrudniona.

PP 11 Jednostka zapewnia pacjentom możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej.

Wyjaśnienie

Jednostka powinna zapewnić pacjentom możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej oraz umożliwić realizację praktyk religijnych. Zapewnienie nieskrępowanego, indywidualnego kontaktu z duszpasterzem jest najistotniejszym elementem tego prawa. Korzystanie z niego jest całkowicie dobrowolne i nie może być jakiegokolwiek nacisku na udział w praktykach religijnych, również w jednostkach prowadzonych przez organizacje religijne. Jakikolwiek przymus do udziału w praktykach religijnych jest równoznaczny z niespełnieniem powyższego standardu.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

- 5 – Jednostka zapewnia prawo do opieki duszpasterskiej i umożliwia dobrowolny udział w praktykach religijnych.
- 3 – Jednostka nie w pełni zapewnia prawo do opieki duszpasterskiej i możliwości dobrowolnego udziału w praktykach religijnych.
- 1 – Jednostka nie zapewnia prawa do opieki duszpasterskiej, bądź wymusza udział w praktykach religijnych.

PP 12 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę zabezpieczania własności pacjentów.***Wyjaśnienie***

Przedmioty wartościowe, które pacjent posiada w czasie przyjęcia do jednostki powinny zostać za zgodą pacjenta zabezpieczone. Jednostka powinna wypracować skuteczną procedurę zabezpieczania własności pacjentów i przekazania jej do depozytu (sejf, kwit depozytowy itp.). Okres przechowywania rzeczy osobistych pacjenta po opuszczeniu jednostki powinien być jasno określony.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę zabezpieczania własności pacjentów.
- 3 – W jednostce opracowano procedurę zabezpieczania własności pacjentów, lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub opracowana procedura jest niekompletna.
- 1 – Jednostka nie opracowała procedury zabezpieczania własności pacjentów.

PP 13 Pacjent ma możliwość złożenia skargi lub wyrażenia opinii, a jednostka opracowała mechanizm ich analizowania.***Wyjaśnienie***

W jednostce łatwo dostępna jest informacja o sposobie składania skarg i opinii do kierownictwa jednostki oraz o trybie ich rozpatrywania. Informacje dotyczące możliwości składania skarg i opinii zawierają też dane kontaktowe i teleadresowe instytucji zewnętrznych, do których pacjent może także kierować skargi i opinie. Jednostka powinna zapewnić możliwość złożenia skargi zarówno pisemnie jak i ustnie. Skargi i opinie pacjentów są poddawane analizie i w oparciu o nie wyciągane są wnioski. Jeżeli wnioski zakładają potrzebę podjęcia działań, kierownictwo jednostki określa zakres, termin i odpowiedzialnych za ich realizację.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z pacjentami
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Informacja o trybie składania i rozpatrywania skarg i opinii jest łatwo dostępna; jednostka analizuje złożone skargi i opinie.

3 – Informacja o trybie składania i rozpatrywania skarg i opinii nie jest łatwo dostępna lub skargi i opinie nie są analizowane.

1 – Brak jest informacji o trybie składania i rozpatrywania skarg i opinii.

PP 14 Pacjenci małoletni uczestniczą w nauczaniu szkolnym.

Wyjaśnienie

Prawo do nauki jest niezbywalnym, gwarantowanym przez *Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej* prawem dziecka w wieku szkolnym. Jednostka powinna posiadać zawarte w formie pisemnej umowy ze szkołami lub innymi stosownymi instytucjami zapewniające naukę pacjentom małoletnim oraz stworzyć warunki umożliwiające uczenie się.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia
- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

5 – Jednostka zapewnia pacjentom małoletnim możliwość wywiązania się z obowiązku szkolnego.

1 – Jednostka nie zapewnia pacjentom małoletnim możliwości wywiązania się z obowiązku szkolnego.

BEZPIECZEŃSTWO OPIEKI

BEZPIECZEŃSTWO OPIEKI

- BO 1** Personel jednostki jest szkolony w udzielaniu pierwszej pomocy.
- BO 2** W jednostce minimalizuje się ryzyko chorób zakaźnych.
- BO 2.1** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę identyfikowania potencjalnych chorób zakaźnych.
- BO 2.2** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania z osobami potencjalnie zakaźnymi lub chorymi zakaźnie.
- BO 3** Personel zna zasady sanitarno - epidemiologiczne.
- BO 4** W jednostce opracowano i wdrożono procedury postępowania po ekspozycji zawodowej.
- BO 5** Personel jest przeszkolony w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
- BO 6** Personel i pacjenci są przygotowani do ewakuacji jednostki.
- BO 6.1** W jednostce opracowano plan ewakuacji, z określeniem indywidualnych zadań personelu.
- BO 6.2** Personel jednostki wie, jak postępować w sytuacji zagrożenia.
- BO 6.3** W jednostce systematycznie prowadzone są ćwiczebne ewakuacje.
- BO 7** Produkty żywnościowe są bezpiecznie przechowywane.

Bezpieczeństwo Opieki (BO)

Bezpieczeństwo jest podstawowym wymiarem jakości opieki i stanowi integralny element systemu poprawy. Jednostka powinna dokonywać regularnych przeglądów dotyczących bezpieczeństwa we wszystkich obszarach swej działalności, a zwłaszcza w zakresie postępowania w stanie zagrożenia życia, identyfikacji chorób zakaźnych i minimalizacji ryzyka ich wystąpienia, postępowania po ekspozycji zawodowej, w przypadku sytuacji szczególnych, wymagających ewakuacji (pożar, powódź); w zakresie bezpieczeństwa i nadzoru nad żywnością.

BO 1 Personel jednostki jest szkolony w udzielaniu pierwszej pomocy.

Wyjaśnienie

Regularne, organizowane nie rzadziej niż raz w roku, praktyczne szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy powinny obejmować cały personel jednostki. Szkolenia powinny być prowadzone z uwzględnieniem aktualnych wytycznych, z wykorzystaniem fantomu, zgodnie z zaleceniami Europejskiej Rady Resuscytacji.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

- 5 – Cały personel jest systematycznie szkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia z użyciem fantomu.
- 3 – Większość personelu jest systematycznie szkolona w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia z użyciem fantomu lub szkolenia nie są systematyczne.
- 1 – Personel nie jest szkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia z użyciem fantomu.

BO 2 W jednostce minimalizuje się ryzyko chorób zakaźnych.

Wyjaśnienie

Profilaktyka i terapia chorób zakaźnych to jeden z najistotniejszych aspektów jakości opieki zdrowotnej. Działania związane z nadzorem powinny uwzględniać: opracowanie i wdrożenie procedur higienicznych, szkolenia personelu, zbieranie i analizowanie danych, wdrażanie rozwiązań poprawy wynikających z przeprowadzonej analizy. Personel jednostki otrzymuje informacje zwrotne o wynikach prowadzonych działań.

BO 2.1 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę identyfikowania potencjalnych chorób zakaźnych.

Wyjaśnienie

Procedura powinna dotyczyć wszystkich zidentyfikowanych, możliwych, groźnych lub często występujących zakażeń, obejmując co najmniej: gruźlicę, grzybice, HIV, HCV i HBV, świerzb i inne choroby pasożytnicze skóry oraz ostre choroby zakaźne (np. grypa, infekcje paragrypowe).

Procedura powinna wskazywać na dane z wywiadu lub symptomy wskazujące na podwyższone ryzyko wystąpienia lub sugerujące występowanie potencjalnego zakażenia oraz postępowanie, w tym postępowanie doraźne jeżeli jest uzasadnione.

Procedura powinna być znana całemu personelowi jednostki oraz wdrażana w sytuacjach zagrożenia zakażeniem, a wdrożenie powinno być dokumentowane.

Procedura powinna uwzględniać w szczególności specyfikę jednostki, liczbę leczonych pacjentów, charakterystykę populacji objętej opieką i wskazywać na potrzebę czujności i sposoby właściwego reagowania. Efektywne wdrożenie procedury wymaga:

- określenia osób odpowiedzialnych,
- szkolenia personelu,
- edukacji pacjentów.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę identyfikowania chorób zakaźnych, mogących występować u pacjentów.
- 3 – W jednostce opracowano procedurę identyfikowania chorób zakaźnych, lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub procedura jest niekompletna.
- 1 – W jednostce nie opracowano procedury identyfikowania mogących występować u pacjentów chorób zakaźnych.

BO 2.2 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania z osobami potencjalnie zakaźnymi lub chorymi zakaźnie.

Wyjaśnienie

Jednostka powinna opracować pisemnie, adekwatną do lokalnych warunków, procedurę postępowania z osobami potencjalnie zakaźnymi lub chorymi zakaźnie, która uwzględnia w szczególności:

- miejsce izolacji, rodzaj/typ izolacji,
- sposoby dezynfekcji miejsca izolacji, ew. dezynfekcji innych istotnych miejsc,
- dostęp do opieki zdrowotnej,
- możliwość kontaktu z bliskimi i odwiedzin.

Procedura ta jest znana personelowi jednostki i stosowana w codziennej praktyce.

Przypadki izolacji są dokumentowane.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania z osobami potencjalnie zakaźnymi lub chorymi zakaźnie oraz dokumentuje się zastosowanie izolacji.
- 3 – W jednostce opracowano procedurę postępowania z osobami potencjalnie zakaźnymi lub chorymi zakaźnie, lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub opracowana procedura jest niekompletna lub nie dokumentuje się stosowania izolacji.
- 1 – W jednostce nie opracowano procedury postępowania z osobami potencjalnie zakaźnymi lub chorymi zakaźnie.

BO 3 Personel zna zasady sanitarno - epidemiologiczne.

Wyjaśnienie

Jednostka określiła zakres wiedzy dotyczącej zasad sanitarno-epidemiologicznych jaki powinien posiadać personel jednostki oraz zapewnia jego szkolenie odpowiednio do wykonywanej pracy.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Cały personel zna zasady sanitarno-epidemiologiczne.
- 3 – Większość personelu zna zasady sanitarno-epidemiologiczne.
- 1 – Większość personelu nie zna zasad sanitarno-epidemiologicznych.

BO 4 W jednostce opracowano i wdrożono procedury postępowania po ekspozycji zawodowej.

Wyjaśnienie

W jednostce opracowano pisemnie i wdrożono zgodne z aktualnymi wytycznymi Standardowe Procedury Postępowania (SOP) po ekspozycji na czynniki zakaźne. W jednostce powinny zostać określone czynniki chorobotwórcze, które mogą stanowić zagrożenie dla personelu. Procedury dotyczące ekspozycji zawodowej powinny być znane wszystkim osobom zatrudnionym w jednostce, a ich wdrożenie dokumentowane.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedury postępowania po ekspozycji zawodowej.
- 3 – W jednostce opracowano procedury postępowania po ekspozycji zawodowej, lecz nie są one stosowane w pełnym zakresie lub opracowane procedury nie są kompletne.
- 1 – W jednostce nie opracowano procedur postępowania po ekspozycji zawodowej.

BO 5 Personel jest przeszkolony w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Wyjaśnienie

W jednostce jest opracowany i przestrzegany program bezpieczeństwa i higieny pracy. Personel odbywa szkolenia w tym zakresie. Stanowiska pracy powinny posiadać tzw. instrukcje stanowiskowe, które wskazują, jak zachować bezpieczeństwo i higienę pracy na tym stanowisku.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia
 - wywiad z pacjentami
 - wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

- 5 – Personel jest przeszkolony w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
- 1 – Personel nie jest przeszkolony w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

BO 6 Personel i pacjenci są przygotowani do ewakuacji jednostki.

Wyjaśnienie

Kierownictwo określiło rodzaje zagrożeń, które potencjalnie mogą dotyczyć jednostki np.:

- pożar,
- powódź,
- zagrożenie terrorystyczne, itp.

i opracowało plan postępowania w tym zakresie. Plan powinien być dostosowany do indywidualnych warunków i specyfiki jednostki, zgodny z obowiązującymi przepisami prawa (np. dotyczącymi sygnalizacji), opracowany lub zatwierdzony przez osobę o odpowiednich uprawnieniach. Plan ten obejmuje szczegółowy opis sposobu ewakuacji jednostki, rozpisany na poszczególne jej części (oddziały) z przypisaniem roli personelowi oraz wskazaniem dróg przemieszczania pacjentów, a także sposób ogłaszania alarmu.

BO 6.1 W jednostce opracowano plan ewakuacji, z określeniem indywidualnych zadań personelu.

Wyjaśnienie

Kierownictwo opracowało i zatwierdziło plan postępowania na wypadek poważnego zagrożenia, łącznie z ewakuacją. W planie wskazano indywidualne zadania poszczególnych członków personelu jednostki. Personel zapoznano z ich rolą na wypadek ewakuacji.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano plan ewakuacji z określeniem indywidualnych zadań personelu.
- 3 – W jednostce opracowano plan ewakuacji z określeniem indywidualnych zadań części personelu.
- 1 – W jednostce opracowano plan ewakuacji bez określenia indywidualnych zadań personelu.

BO 6.2 Personel jednostki wie, jak postępować w sytuacji zagrożenia.

Wyjaśnienie

Personel jednostki powinien być okresowo szkolony z zakresu postępowania na wypadek wystąpienia niebezpieczeństwa, znać plan ewakuacji i wiedzieć, jak postępować.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Cały personel jednostki został przeszkolony, rozumie plan ewakuacji i wie, jak postępować w sytuacji zagrożenia.
- 3 – Większość personelu jednostki została przeszkolona, rozumie plan ewakuacji i wie, jak postępować w sytuacji zagrożenia.
- 1 – Personel jednostki nie został przeszkolony i nie wie, jak postępować w sytuacji zagrożenia.

BO 6.3 W jednostce systematycznie prowadzone są ćwiczebne ewakuacje.

Wyjaśnienie

W jednostce prowadzone są ćwiczebne ewakuacje celem nabycia doświadczenia i zwiększenia poczucia pewności na wypadek zagrożenia. Ewakuacje prowadzone są zgodnie z zaleceniami zawartymi w planie postępowania na wypadek poważnego zagrożenia, nie rzadziej niż raz w roku.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – W jednostce przeprowadzono ćwiczebną ewakuację pacjentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy.
- 1 – W jednostce nie przeprowadzono ćwiczebnej ewakuacji pacjentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

BO 7 Produkty żywnościowe są bezpiecznie przechowywane.

Wyjaśnienie

Jednostka powinna opracować pisemnie i wdrożyć procedurę przechowywania żywności.

Stosowane produkty żywnościowe powinny być świeże, posiadać aktualne terminy przydatności do spożycia. Produkty winny być także bezpiecznie przechowywane, segregowane i rozlokowane zgodnie

z zasadami Dobrej Praktyki Higienicznej (z ang. GHP, Good Hygienic Practice). Jednostka powinna wskazać osoby odpowiedzialne za zaopatrzenie i przechowywanie żywności.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę zaopatrzenia i przechowywania produktów żywnościowych zgodną z zasadami Dobrej Praktyki Higienicznej (GHP).
- 3 – W jednostce opracowano procedurę zaopatrzenia i przechowywania produktów żywnościowych zgodną z zasadami Dobrej Praktyki Higienicznej (GHP), lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub opracowana procedura jest niekompletna.
- 1 – W jednostce nie opracowano procedury zaopatrzenia i przechowywania produktów żywnościowych zgodnej z zasadami Dobrej Praktyki Higienicznej (GHP).

LEKI

LEKI (LI)

- LI 1** W jednostce opracowano i wdrożono instrukcję stosowania leków.
- LI 2** Leki są bezpiecznie przechowywane.
- LI 3** Leki podaje pacjentom wyznaczony personel.
- LI 4** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę przechowywania i wydawania leków należących do pacjenta.
- LI 5** W jednostce dostępne są leki wydawane bez recepty.

Leki (LI)

W jednostce określono zasady stosowania leków. Określono także najkorzystniejsze sposoby zaopatrzenia, wielkość potrzebnych zapasów, sposoby uzupełniania i przechowywania leków. Kierownictwo jednostki powinno określić zasady dystrybucji leków. Dbałość o leki powinna obejmować także szkolenia i podnoszenie kwalifikacji personelu w zakresie użytkowania leków.

LI 1 W jednostce opracowano i wdrożono instrukcję stosowania leków.

Wyjaśnienie

W jednostce opracowano pisemnie instrukcję stosowania leków opisującą:

- kto ma uprawnienia do decydowania o podaniu leku,
- kto może podawać określony lek pacjentowi,
- i jest ona stosowana w codziennej praktyce.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano i wdrożono kompletną instrukcję stosowania leków.
- 3 – W jednostce opracowano instrukcję stosowania leków, lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub opracowana instrukcja jest niekompletna.
- 1 – W jednostce nie opracowano instrukcji stosowania leków.

LI 2 Leki są bezpiecznie przechowywane.

Wyjaśnienie

Leki są zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

Leki wydawane bez recepty (z ang. OTC, over-the-counter) są przechowywane w oddzielnych szafkach. Warunki przechowywania leków powinny uwzględniać zalecenia producenta.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Leki są przechowywane we właściwych pomieszczeniach, w zamkniętych szafkach i dostęp do nich ma tylko wyznaczony personel. Przechowywanie leków jest zgodne z zaleceniami producenta.
- 3 – Leki nie zawsze są przechowywane we właściwych pomieszczeniach, w zamkniętych szafkach i dostęp do nich nie jest ograniczony lub przechowywanie leków nie uwzględnia zaleceń producenta.
- 1 – Sposób przechowywania leków nie zabezpiecza przed dostępem osób nieuprawnionych.

LI 3 Leki podaje pacjentom wyznaczony personel.

Wyjaśnienie

Podawanie leków musi odbywać się w sposób bezpieczny dla pacjenta. Personel, który zleca lub podaje pacjentom leki, powinien posiadać odpowiednie kwalifikacje. Do podawania leków pacjentom kierownictwo jednostki upoważnia członków personelu posiadających takie kwalifikacje.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

- 5 – Leki w jednostce zawsze podaje wyznaczony personel.
- 1 – Nie zawsze leki w jednostce podaje wyznaczony personel.

LI 4 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę przechowywania i wydawania leków należących do pacjenta.***Wyjaśnienie***

W przypadku pacjentów, którzy niezależnie od leczenia stosowanego w jednostce wymagają równocześnie innego leczenia specjalistycznego (m. in. AIDS, cukrzyca, nadciśnienie, padaczka), leczenie to może opierać się na lekach wcześniej zaordynowanych pacjentom i posiadanych przez pacjenta. Jednostka określa sposób przechowywania i podawania leków należących do pacjenta.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę przechowywania i wydawania leków należących do pacjenta.
- 3 – W jednostce opracowano procedurę przechowywania i wydawania leków należących do pacjenta, lecz nie stosuje się jej w pełnym zakresie lub opracowana procedura jest niekompletna.
- 1 – W jednostce nie opracowano procedury przechowywania i wydawania leków należących do pacjenta.

LI 5 W jednostce dostępne są leki wydawane bez recepty.***Wyjaśnienie***

Niektóre leki wydawane bez recepty (z ang. OTC, over-the-counter) powinny być dostępne w jednostce. O ich użyciu decyduje wyznaczony personel. W jednostce opracowano pisemnie listę leków wydawanych bez recepty.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano listę leków wydawanych bez recepty dostępnych w jednostce i są one faktycznie dostępne.
- 3 – W jednostce nie opracowano listy leków wydawanych bez recepty dostępnych w jednostce, ale niektóre leki wydawanych bez recepty są dostępne.
- 1 – Leki wydawane bez recepty nie są dostępne w jednostce.

POPRAWA JAKOŚCI

POPRAWA JAKOŚCI (PJ)

- PJ 1** W jednostce opracowano i wdrożono program działań dla poprawy jakości.
- PJ 2** Program działań dla poprawy jakości jest weryfikowany przynajmniej raz w roku.
- PJ 3** W jednostce funkcjonuje zespół poprawy jakości.
- PJ 4** W jednostce opracowano i wdrożono program badania opinii pacjentów.
- PJ 4.1** W jednostce prowadzone są systematyczne badania opinii pacjentów.
- PJ 4.2** Wnioski z badań opinii pacjentów są wykorzystywane dla lepszego funkcjonowania jednostki.
- PJ 5** W jednostce analizowane są przypadki zdarzeń niepożądanych.
- PJ 6** W jednostce analizowane są przyczyny zgonów pacjentów.
- PJ 7** Jednostka prowadząca leczenie substytucyjne osób uzależnionych od opioidów posiada pozytywnie zaopiniowany program leczenia.
- PJ 8** Jednostka zapewnia zespołowi terapeutycznemu możliwość korzystania z superwizji.

Poprawa Jakości (PJ)

Poprawa jakości opieki nad pacjentem jest elementem strategii rozwoju jednostki. Wymaga zidentyfikowania problemów istotnie wpływających na jakość opieki, określenia ich rozwiązań i skutecznego wprowadzania zmian.

PJ 1 W jednostce opracowano i wdrożono program działań dla poprawy jakości.

Wyjaśnienie

Program działań dla poprawy jakości powinien być opracowany pisemnie dla konkretnej jednostki, zatwierdzony przez kierownictwo jednostki i znany personelowi.

Program powinien obejmować zagadnienia takie jak:

- jakość i właściwości procedur diagnostycznych i terapeutycznych,
- zawartość, kompletność i jakość zapisów w dokumentacji medycznej,
- działalność organizacyjna,
- badanie opinii i doświadczeń pacjentów, wykorzystywanie płynących z nich wniosków,
- bezpieczeństwo opieki,
- stosowanie leków.

Potwierdzeniem realizacji programu są przykładowo: analizy problemów, ocena programów terapeutycznych, badania ankietowe, wdrożony system monitorowania i oceny wyników, protokoły spotkań i inna dokumentacja.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

- 5 – Jednostka opracowała i wdrożyła zatwierdzony program działań dla poprawy jakości.
- 3 – Jednostka opracowała program działań dla poprawy jakości, lecz nie został on zatwierdzony, lub program nie jest wdrożony w pełnym zakresie.
- 1 – Jednostka nie opracowała programu działań dla poprawy jakości.

PJ 2 Program działań dla poprawy jakości jest weryfikowany przynajmniej raz w roku.

Wyjaśnienie

Program działań może wskazywać skuteczne oddziaływania dla poprawy jakości opieki wtedy gdy jest on realistyczny i dostosowany do uwarunkowań lokalnych. Wymaga zatem okresowej oceny i ewentualnej modyfikacji.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z zespołem poprawy jakości

Punktowanie

- 5 – Program działań dla poprawy jakości jest weryfikowany przynajmniej raz w roku.
- 3 – Program działań dla poprawy jakości jest weryfikowany rzadziej niż raz w roku.
- 1 – Program działań dla poprawy jakości nie podlega weryfikacji.

PJ 3 W jednostce funkcjonuje zespół poprawy jakości.

Wyjaśnienie

Realizacja programu działań dla poprawy jakości wymaga powołania zespołu poprawy jakości, w skład którego wchodzi personel jednostki. Spotkania zespołu powinny odbywać się regularnie, nie rzadziej niż raz na kwartał. Powinny być one dokumentowane (protokoły ze spotkań, listy obecności), a ustalenia podjęte w trakcie spotkań zespołu wdrażane w praktyce.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z zespołem poprawy jakości

Punktowanie

- 5 – W jednostce funkcjonuje zespół poprawy jakości. Spotkania odbywają się regularnie, nie rzadziej niż raz na kwartał.
- 3 – W jednostce funkcjonuje zespół poprawy jakości. Spotkania odbywają się rzadziej niż raz na kwartał.
- 1 – W jednostce nie funkcjonuje zespół poprawy jakości.

PJ 4 W jednostce opracowano i wdrożono program badania opinii pacjentów.

Wyjaśnienie

Kierownictwo i personel jednostki powinien posiadać wiedzę na temat opinii i oczekiwań leczonych pacjentów. Narzędziem, które w znaczny sposób ułatwia uzyskanie takiej wiedzy, jest ankietowe, anonimowe badanie opinii i poziomu satysfakcji pacjentów. Opinia pacjentów stanowi uzupełnienie obrazu jakości udzielanych przez jednostkę świadczeń.

Istotne jest uzyskanie opinii pacjenta na temat:

- opieki psychoterapeutycznej, lekarskiej,
- przebiegu procesu terapii,
- warunków pobytu w jednostce,
- odniesionych korzyści z udziału w terapii.

PJ 4.1 W jednostce prowadzone są systematyczne badania opinii pacjentów.

Wyjaśnienie

Badanie opinii i poziomu satysfakcji pacjentów może być poszerzone o zbieranie informacji dotyczących przebiegu i wyników leczenia z perspektywy pacjenta. Badanie takie przeprowadzane winno być systematycznie.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem poprawy jakości
- wywiad z pacjentami

Punktowanie

5 – W jednostce dwa razy do roku prowadzone są badania opinii pacjentów.

3 – W jednostce raz do roku prowadzone są badania opinii pacjentów.

1 – W jednostce nie są prowadzone badania opinii pacjentów lub prowadzone są niesystematycznie.

PJ 4.2 Wnioski z badań opinii pacjentów są wykorzystywane dla lepszego funkcjonowania jednostki.

Wyjaśnienie

Samo przeprowadzenie badania opinii lub zebranie informacji samoistnie nie zapewni poprawy jakości opieki. W tym celu konieczne jest dokonywanie systematycznej analizy wyników takich badań i wykorzystywanie płynących z nich wniosków do modyfikacji funkcjonowania jednostki.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

5 – Wnioski z badań opinii pacjentów są wykorzystywane w celu polepszenia funkcjonowania jednostki.

1 – Wnioski z badań opinii pacjentów nie są wykorzystywane w celu polepszenia funkcjonowania

jednostki.

PJ 5 W jednostce analizowane są przypadki zdarzeń niepożądanych.

Wyjaśnienie

Zdarzenie niepożądane jest to szkoda wywołana w trakcie lub w efekcie leczenia, pobytu niezwiązana z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia pacjenta.

Zdarzenia niepożądane wymagające monitorowania to w szczególności:

- samobójstwo,
- niewłaściwe podanie leku (niewłaściwy lek, niewłaściwa dawka, pominięcie podania leku, niewłaściwy pacjent, niewłaściwy czas podania leku),
- wypadki przy pracy,
- nieszczęśliwe wypadki,
- opóźnione dostarczenie opieki,
- samowolne oddalenie pacjenta z jednostki.

Celem analizy jest ustalenie, co w sposobie sprawowania opieki nad pacjentem należałoby zmodyfikować, aby minimalizować ryzyko powtórzenia zdarzeń niepożądanych.

Zgłaszanie danych o zdarzeniach ma znaczenie tylko wtedy, jeżeli zdarzenia te stanowią przedmiot analizy, a personel medyczny uczestniczący w zdarzeniu uzyskuje informację zwrotną.

Jednostka powinna określić wagę i istotność dla poszczególnych rodzajów zdarzeń niepożądanych. Ustalić jakiego typu zdarzenia wymagają bardziej szczegółowej analizy, czyli tzw. analizy źródłowej (z ang. Root Cause Analysis, RCA). Analiza źródłowa polega na ustaleniu okoliczności i przyczyn, które doprowadziły do zdarzenia niepożądanego. Odpowiada na pytania „jak” i „dlaczego”.

W skład analizy RCA wchodzi:

- a) gromadzenie danych i informacji o zdarzeniu niepożądanym,
- b) mapowanie danych i informacji,
- c) identyfikacja problemów,
- d) analizowanie problemów,
- e) ustalenie przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego,
- f) opracowanie zaleceń i raportu.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z pacjentami
- wywiad z personelem

Punktowanie

5 – W jednostce analizowane są przypadki zdarzeń niepożądanych.

3 – W jednostce przypadki zdarzeń niepożądanych są analizowane w ograniczonym zakresie.

1 – W jednostce nie analizuje się przypadków zdarzeń niepożądanych.

PJ 6 W jednostce analizowane są przyczyny zgonów pacjentów.

Wyjaśnienie

Jeżeli w jednostce miał miejsce zgon pacjenta, powinien on być poddany analizie, którą należy podjąć nie później niż tydzień po zgonie. Celem analizy jest ustalenie dokładnych przyczyn zgonów.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – W jednostce każdorazowo analizowane są przyczyny zgonu pacjenta.
- 1 – W jednostce nie są każdorazowo analizowane przyczyny zgonu pacjenta.

PJ 7 Jednostka prowadząca leczenie substytucyjne osób uzależnionych od opioidów posiada pozytywnie zaopiniowany program leczenia.***Wyjaśnienie***

Terapia uzależnienia opioidowego przy wykorzystaniu agonistów receptorów opioidowych jest oceniana jako metoda o wysokiej skuteczności w porównaniu z innymi sposobami leczenia, z uwagi na zmniejszanie ilości przyjmowanych substancji psychoaktywnych, jak i zmniejszenie liczby zachowań ryzykownych związanych z infekcjami przenoszonymi drogą krwionośną. W substytucji najczęściej stosowane są metadon i buprenorfina, czasem w połączeniu z antagonistą receptorów opioidowych (naloksonem) lub receptorów adrenergicznych. Leczenie substytucyjne winno być częścią szerszego programu terapii i opieki. Może być prowadzone wyłącznie przez przeszkolony personel medyczny. Jednostka, która zamierza prowadzić leczenie substytucyjne, powinna uprzednio opracować program leczenia substytucyjnego, przygotować się do jego realizacji i uzyskać pozytywną opinię KBPN.

Program powinien uwzględniać co najmniej:

- aktualne wytyczne dotyczące leczenia substytucyjnego,
- informacje na temat prowadzonych oddziaływań psychoterapeutycznych,
- informacje na temat kryteriów przyjęcia i wypisania pacjenta z programu,
- plan szkolenia personelu.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Jednostka realizuje terapię substytucyjną zgodnie z pozytywnie zaopiniowanym programem.
- 3 – Jednostka posiada pozytywnie zaopiniowany program obejmujący terapię substytucyjną, ale realizuje ją niezgodnie z programem.
- 1 – Jednostka leczy uzależnienia opioidowe, ale nie ma programu obejmującego terapię substytucyjną, bądź nie posiada pozytywnej opinii KBPN.

PJ 8 Jednostka zapewnia zespołowi terapeutycznemu możliwość korzystania z superwizji.***Wyjaśnienie***

Superwizja powinna być prowadzona przez osoby uprawnione w sposób ciągły i regularny, nie rzadziej niż raz na 2 miesiące. Służy poprawie jakości opieki, ma charakter indywidualny lub zespołowy.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem

- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Kierownictwo jednostki zapewnia systematyczne superwizje.
- 3 – Kierownictwo jednostki zapewnia niesystematyczne superwizje.
- 1 – Kierownictwo jednostki nie zapewnia superwizji.

KADRA JEDNOSTKI

KADRA JEDNOSTKI (KJ)

- KJ 1** Liczba i kwalifikacje personelu jednostki pozwalają na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami.
- KJ 2** Opracowano opisy wszystkich stanowisk pracy.
- KJ 3** Uprawnienia i obowiązki personelu jednostki są zgodne z posiadanymi kwalifikacjami.
- KJ 4** Nowo przyjmowany personel uczestniczy w programie adaptacji.
- KJ 5** Kierownictwo jednostki organizuje zebrania kliniczne.
- KJ 6** Personel jednostki jest systematycznie szkolony.
- KJ 6.1** W jednostce opracowano plan szkoleń personelu.
- KJ 6.2** Plan szkoleń personelu jest systematycznie realizowany.
- KJ 7** Kwalifikacje i aktywność zawodowa personelu jednostki są oceniane.

Kadra Jednostki (KJ)

Zapewnienie opieki wysokiej jakości wymaga zatrudnienia doświadczonego zespołu terapeutów (odpowiednia liczba wykwalifikowanych osób), stale i systematycznie podnoszącego swą wiedzę i umiejętności. Kierownictwo jednostki określa niezbędną liczbę i kwalifikacje personelu jednostki. Rekrutacja, adaptacja zawodowa, zatrudnienie i ocena personelu jednostki powinny odbywać się w oparciu o odpowiednie kryteria i zasady. Zarządzanie kadrą jednostki powinno być skoordynowane i skuteczne, z uwzględnieniem możliwości edukacji i rozwoju zawodowego.

KJ 1 Liczba i kwalifikacje personelu jednostki pozwalają na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami.

Wyjaśnienie

Aby zapewnić właściwą opiekę i realizację zadań, jednostka musi zatrudniać odpowiednią liczbę personelu o określonych kwalifikacjach. Należy określić kryteria, w oparciu o które definiowane są potrzeby kadrowe.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

- 5 – Liczba i kwalifikacje personelu jednostki pozwalają w pełni zapewnić odpowiednią jakość opieki nad pacjentami.
- 3 – Liczba i kwalifikacje personelu jednostki nie pozwalają w pełni zapewnić odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami.
- 1 – Liczba i kwalifikacje personelu jednostki nie pozwalają na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami.

KJ 2 Opracowano opisy wszystkich stanowisk pracy.

Wyjaśnienie

Jednostka opracowała dokument określający wymagane wykształcenie i doświadczenie dla poszczególnych stanowisk pracy. Dokument ten jest łatwo dostępny dla kierownictwa i personelu jednostki.

Każdy z personelu jednostki powinien mieć precyzyjnie określoną rolę jaką pełni w organizacji, dotyczy to szczególnie personelu merytorycznego. Jednostka powinna określić zakres uprawnień, obowiązków i odpowiedzialności na poszczególnych stanowiskach pracy (opis stanowisk pracy), uwzględniając niezbędną wiedzę, umiejętności i doświadczenie dla wykonywania przydzielonych zadań. Opis poszczególnych stanowisk pracy winien być łatwo dostępny dla personelu.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano opisy wszystkich stanowisk pracy i dokument ten jest łatwo dostępny dla wszystkich zatrudnionych w jednostce.
- 3 – W jednostce opracowano opisy dla części stanowisk pracy.
- 1 – W jednostce nie opracowano opisów stanowisk pracy.

KJ 3 Uprawnienia i obowiązki personelu jednostki są zgodne z posiadanymi kwalifikacjami.

Wyjaśnienie

Upewnienia jakie posiada i obowiązki jakie ma do wypełnienia personel wykonujący przydzielone im zadania na poszczególnych stanowiskach pracy powinny być zgodne z jego faktycznymi kwalifikacjami w zakresie wiedzy, umiejętności i doświadczenia, udokumentowanymi w aktach osobowych.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji personelu

Punktowanie

- 5 – Upewnienia i obowiązki personelu jednostki są zgodne z jego kwalifikacjami.
- 3 – Upewnienia i obowiązki personelu jednostki odbiegają od posiadanych kwalifikacji.
- 1 – Upewnienia i obowiązki personelu jednostki istotnie odbiegają od posiadanych kwalifikacji.

KJ 4 Nowo przyjmowany personel uczestniczy w programie adaptacji.

Wyjaśnienie

Wszystkie nowo zatrudnione osoby uczestniczą w programie adaptacji zawodowej. Program adaptacji zapewnia nowo zatrudnionym informacje o jednostce oraz szkolenie w zakresie specyfiki pracy. Obejmuje on w szczególności:

- zapoznanie z celami, zakresem realizowanych procedur i oferowanych świadczeń,
- zapoznanie z zakresem odpowiedzialności i uprawnień dla stanowiska lub statusu przyjmowanego,
- zapoznanie z regulaminem i programem merytorycznym jednostki,
- zapoznanie z systemem oceniania i nagradzania personelu,
- wytyczne ochrony i bezpieczeństwa osobistego (np. BHP i ochrona przeciwpożarowa).

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Wszyscy nowo zatrudnieni uczestniczą w programie adaptacji.
- 3 – Większość nowo zatrudnionych uczestniczy w programie adaptacji.
- 1 – Nowo zatrudniony personel nie uczestniczy w programie adaptacji.

KJ 5 Kierownictwo jednostki organizuje zebrania kliniczne.***Wyjaśnienie***

Zebrania kliniczne zespołu lekarsko-terapeutycznego powinny odbywać się systematycznie, tj. minimum raz na 2 tygodnie zgodnie z zaplanowanym terminarzem. Celem spotkań klinicznych jest omawianie i ocena stanu zdrowia pacjentów oraz postępów w terapii. Spotkania te powinny być dokumentowane (listy obecności, protokoły spotkań).

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Kierownictwo jednostki systematycznie organizuje zebrania kliniczne.
- 3 – Kierownictwo jednostki organizuje zebrania kliniczne, lecz są one niesystematyczne.
- 1 – Kierownictwo jednostki nie organizuje zebrań klinicznych.

KJ 6 Personel jednostki jest systematycznie szkolony.***Wyjaśnienie***

Kierownictwo jednostki opracowuje roczny plan szkoleń, których celem jest doskonalenie wiedzy i umiejętności zawodowych personelu. Plan taki powinien być sporządzony w oparciu o potrzeby jednostki i osób zatrudnionych. Może obejmować szkolenia wewnętrzne oraz uwzględniać udział w konferencjach, stażach i szkoleniach zewnętrznych. Plan szkoleń jest dostępny dla osób zatrudnionych, a jego realizacja jest dokumentowana. Kierownictwo jednostki zapewnia środki dla realizacji szkoleń.

KJ 6.1 W jednostce opracowano plan szkoleń personelu.***Sprawdzenie***

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji personelu
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – W jednostce opracowano plan szkoleń całego personelu.
- 3 – W jednostce opracowano plan szkoleń dla części personelu.
- 1 – W jednostce nie opracowano planu szkoleń personelu.

KJ 6.2 Plan szkoleń personelu jest systematycznie realizowany.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji personelu

Punktowanie

- 5 – Plan szkoleń jest realizowany w całości.
- 3 – Większa część planu szkoleń jest realizowana.
- 1 – Szkolenia nie są realizowane zgodnie z planem.

KJ 7 Kwalifikacje i aktywność zawodowa personelu jednostki są oceniane.***Wyjaśnienie***

W jednostce powinien funkcjonować system okresowej oceny kwalifikacji i aktywności zawodowej personelu. Jego zadaniem jest ocena osób zatrudnionych w jednostce w oparciu o znane i jasne kryteria. Jednostka powinna dążyć do prowadzenia obiektywnej i systematycznej oceny kwalifikacji i aktywności zawodowej personelu. Ocena powinna być prowadzona nie rzadziej niż raz na dwa lata i powinna mieć wpływ na karierę zawodową i wynagrodzenie personelu. Personel powinien być zaznajomiony z wynikiem oceny.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem
- przegląd dokumentacji personelu

Punktowanie

- 5 – W jednostce jest prowadzona ocena kwalifikacji i aktywności zawodowej personelu. Proces ten jest oparty na obiektywnych kryteriach i ocena jest przeprowadzana systematycznie.
- 3 – W jednostce jest prowadzona ocena kwalifikacji i aktywności zawodowej personelu. Proces ten nie jest oparty na obiektywnych kryteriach lub ocena nie jest przeprowadzana systematycznie.
- 1 – W jednostce nie jest prowadzona ocena kwalifikacji i aktywności zawodowej personelu.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

DOKUMENTACJA MEDYCZNA (DM)

- DM 1 Dokumentacja medyczna jest kompleksowa.**
- DM 1.1 Dane identyfikacyjne pacjenta.**
- DM 1.2 Kontrakt terapeutyczny pomiędzy pacjentem a jednostką.**
- DM 1.3 Wywiad.**
- DM 1.4 Opis stanu somatycznego.**
- DM 1.5 Opis stanu psychicznego.**
- DM 1.6 Opis sytuacji społecznej pacjenta.**
- DM 1.7 Rozpoznanie.**
- DM 1.8 Plan leczenia.**
- DM 1.9 Informacje o przebiegu leczenia.**
- DM 1.10 Epikryza.**
- DM 1.11 Zalecenia końcowe.**
- DM 2 Dokumentacja medyczna jest czytelna, kompletna i autoryzowana.**
- DM 3 Dokumentacja medyczna jest zabezpieczona.**
- DM 4 Dokumentacja medyczna jest okresowo analizowana.**
- DM 5 Katalog Standardowych Procedur Postępowania jest łatwo dostępny i archiwizowany.**

Dokumentacja Medyczna (DM)

W jednostce określono zakres informacji i wzory dokumentów, jakie znajdują się w dokumentacji medycznej pacjenta. Sposobem określenia zakresu gromadzonych informacji może być instrukcja obejmująca spis istotnych informacji o pacjencie (informacje zbierane przy każdej wizycie, informacje zapisywane przy pierwszym kontakcie z pacjentem, informacje zbierane przez poszczególnych terapeutów, pielęgniarki, rejestratorki). Do instrukcji powinny być dołączone wzory obowiązujących w jednostce dokumentów. Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej powinien uwzględniać możliwość gromadzenia kluczowych informacji o pacjencie w tym samym miejscu w każdej indywidualnej dokumentacji medycznej. Dokumentacja w sposób możliwie pełny winna określać stan i potrzeby pacjenta, ułatwiać pracę personelowi. Jednostka posiada system zarządzania dokumentacją medyczną, który umożliwia szybki dostęp do wiarygodnych informacji upoważnionym osobom i instytucjom.

Standardy tego działu są sprawdzane na podstawie przeglądu zamkniętej dokumentacji archiwalnej oraz dokumentacji otwartej znajdującej się w jednostce.

DM 1 Dokumentacja medyczna jest kompleksowa.

Wyjaśnienie

Dokumentacja medyczna pacjenta winna zawierać informacje obejmujące co najmniej:

- dane identyfikacyjne pacjenta,
- pisemną zgodę/zgody,
- kontrakt terapeutyczny pomiędzy pacjentem a jednostką,
- wywiad,
- opis stanu somatycznego,
- opis stanu psychicznego,
- opis sytuacji społecznej pacjenta,
- rozpoznanie,
- plan leczenia,
- informacje o przebiegu leczenia,
- epikryzę,
- zalecenia końcowe.

DM 1.1 Dane identyfikacyjne pacjenta.

Wyjaśnienie

W historii choroby pacjenta oraz w innych dokumentach medycznych powinny być zawarte dane pozwalające na jednoznaczną identyfikację pacjenta, takie jak:

- nazwisko i imię,
- oznaczenie płci,
- nr PESEL (w przypadku osób, które nie mają nadanego nr PESEL, rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość) lub data urodzenia i adres zamieszkania,
- w przypadku braku nr PESEL i dokumentu tożsamości – data i miejsce urodzenia oraz imiona rodziców.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera dane identyfikacyjne pacjenta.

1 – Poniżej 90% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera dane identyfikacyjne pacjenta.

DM 1.2 Kontrakt terapeutyczny pomiędzy pacjentem a jednostką.

Wyjaśnienie

Kontrakt terapeutyczny jest dokumentem określającym podstawowe warunki przebiegu procesu leczniczego, zaakceptowane podpisem pacjenta i uwzględniające:

- cel,
- metodykę leczenia,
- reguły uczestnictwa,
- reguły rezygnacji z terapii.

Kontrakt terapeutyczny powinien zawierać ponadto:

- zgodę na poszczególne procedury, np. poddanie się każdorazowo badaniom na obecność substancji psychoaktywnych,
- zakres samoobsługi i udział w obsłudze wzajemnej grupy pacjentów.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera kontrakt terapeutyczny pomiędzy pacjentem a jednostką.

3 – 60 - 89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera kontrakt terapeutyczny pomiędzy pacjentem a jednostką.

1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera kontrakt terapeutyczny pomiędzy pacjentem a jednostką.

DM 1.3 Wywiad.

Wyjaśnienie

Wywiad powinien obejmować co najmniej:

- przyczynę/cel przyjęcia,
- aktualnie dolegliwości,
- przebieg i leczenie uzależnienia,
- inne choroby, przebyte operacje i stosowane leczenie,
- stosowane leki, uczulenia, reakcje niepożądane po stosowanych lekach,
- wywiad rodzinny z uwzględnieniem zaburzeń psychicznych i uzależnień w rodzinie.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wywiad uwzględniający wymienione elementy.

3 – 60 - 89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wywiad uwzględniający wymienione elementy.

- 1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera wywiad uwzględniający wymienione elementy.

DM 1.4 Opis stanu somatycznego.

Wyjaśnienie

Opis stanu somatycznego powinien zawierać badanie fizykalne (z uwzględnieniem stanu neurologicznego).

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 90-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera opis stanu somatycznego pacjenta.
3 – 60-89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera opis stanu somatycznego pacjenta.
1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera opis stanu somatycznego pacjenta.

DM 1.5 Opis stanu psychicznego.

Wyjaśnienie

Badanie stanu psychicznego powinno oceniać w szczególności:

- kontakt z pacjentem,
- orientację w miejscu pobytu, czasie i co do własnej osoby,
- nastroj (z uwzględnieniem myśli samobójczych),
- napęd psychoruchowy,
- objawy psychotyczne.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera pełny opis stanu psychicznego pacjenta.
3 – 60 - 89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera pełny opis stanu psychicznego pacjenta.
1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera pełny opis stanu psychicznego pacjenta.

DM 1.6 Opis sytuacji społecznej pacjenta.

Wyjaśnienie

Opis powinien zawierać informacje w szczególności o:

- stanie cywilnym,
- stosunkach/sytuacji rodzinnej (wsparcie, ew. przemoc w rodzinie),
- sytuacji zawodowej,
- wykształceniu,
- warunkach materialnych (w tym mieszkaniowych).

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera pełny opis sytuacji społecznej pacjenta.
3 – 60 - 89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera pełny opis sytuacji społecznej pacjenta.

1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera pełny opis sytuacji społecznej pacjenta.

DM 1.7 Rozpoznanie.

Wyjaśnienie

Diagnoza powinna być zgodna z klasyfikacją międzynarodową ICD-10.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera diagnozę.

3 – 60 - 89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera diagnozę.

1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera diagnozę.

DM 1.8 Plan leczenia.

Wyjaśnienie

W oparciu o postawione rozpoznanie (rozpoznania) formułowane są zalecenia lecznicze i określany jest indywidualny plan terapii.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera zalecenia lecznicze i plan terapii.

3 – 60 - 89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera zalecenia lecznicze i plan terapii.

1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera zalecenia lecznicze i plan terapii.

DM 1.9 Informacje o przebiegu leczenia.

Wyjaśnienie

W dokumentacji medycznej pacjenta powinny się znaleźć informacje dotyczące leczenia jako realizacji zespołowego podejścia do opieki nad pacjentem. W przypadku terapii średnioterminowej i długoterminowej (powyżej 12 tygodni), informacje o przebiegu leczenia (dekursusy) powinny być odnotowywane co najmniej raz na 2 tygodnie. W przypadku terapii krótkoterminowej (do 12 tygodni) przebieg leczenia powinien być dokumentowany co najmniej raz w tygodniu.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

5 – 90-100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o przebiegu leczenia.

3 – 60-89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o przebiegu leczenia.

1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera informacje o przebiegu leczenia.

DM 1.10 Epikryza.

Wyjaśnienie

Epikryza stanowi syntetyczne podsumowanie przebiegu leczenia z ewentualnym uwzględnieniem wniosków na przyszłość.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera pełną epikryzę.
- 3 – 60 - 89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera pełną epikryzę.
- 1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera pełną epikryzę.

DM 1.11 Zalecenia końcowe.

Wyjaśnienie

Zalecenia końcowe dla pacjenta powinny wskazywać na formy dalszego leczenia i opieki z uwzględnieniem farmakoterapii, psychoterapii i oddziaływań socjalnych. Za zgodą pacjenta informacje takie uzyskuje także rodzina lub inne osoby wskazane przez pacjenta, co również powinno zostać udokumentowane.

W odniesieniu do pacjentów niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych informacji udziela się także ich przedstawicielom ustawowym lub opiekunom prawnym.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera zalecenia końcowe.
- 3 – 60 - 89% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera zalecenia końcowe.
- 1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej zawiera zalecenia końcowe.

DM 2 Dokumentacja medyczna jest czytelna, kompletna i autoryzowana.

Wyjaśnienie

Dokumentację medyczną należy prowadzić tak aby w każdej chwili możliwe było uzyskanie pełnej i aktualnej informacji o pacjencie oraz grupach pacjentów. Każdy wpis do dokumentacji winien być autoryzowany, tzn. powinien umożliwić łatwą i jednoznaczną identyfikację autora wpisu (np. poprzez czytelny podpis bądź parafę i pieczętkę imienną). Powinien również zawierać datę.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie

- 5 – 90 - 100% przeglądanej dokumentacji medycznej spełnia wymogi standardu.
- 3 – 60 - 89 % przeglądanej dokumentacji medycznej spełnia wymogi standardu.
- 1 – Poniżej 60% przeglądanej dokumentacji medycznej spełnia wymogi standardu.

DM 3 Dokumentacja medyczna jest zabezpieczona.

Wyjaśnienie

Jednostka powinna opracować zasady postępowania z dokumentacją:

- uniemożliwiający dostęp osób nieupoważnionych,
- zapewniający ochronę dokumentacji przed: zaginięciem, zniszczeniem, sfałszowaniem.

Procedury te powinny gwarantować bezpieczeństwo informacji o pacjencie.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- wywiad z kierownictwem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Dokumentacja medyczna jest właściwie zabezpieczona.

1 – Dokumentacja medyczna nie jest właściwie zabezpieczona.

DM 4 Dokumentacja medyczna jest okresowo analizowana.

Wyjaśnienie

W jednostce systematycznie dokonywana jest merytoryczna analiza dokumentacji medycznej. Analiza ta powinna być prowadzona pod kątem efektów prowadzonego leczenia, np.: długości uczestnictwa pacjentów w terapii, ilości i zakresu oddziaływań mających na celu korektę zachowań, przyczyn skracania terapii, liczby przyjmowanych pacjentów z danym rozpoznaniem według ICD-10, poszukiwania uchybień proceduralnych, weryfikacji zlecanych badań i analizy kosztów .

Analiza służy poprawie jakości udzielanych świadczeń i powinna być wykorzystywana przez kierownictwo jednostki do bieżącego zarządzania oraz planowania. Wnioski z analizy powinny być dokumentowane i omawiane na spotkaniach zespołu jednostki.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia
- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

5 – Jednostka prowadzi systematyczną analizę dokumentacji medycznej.

3 – Jednostka nie prowadzi systematycznej analizy dokumentacji medycznej.

1 – Jednostka nie analizuje dokumentacji medycznej.

DM 5 Katalog Standardowych Procedur Postępowania jest łatwo dostępny i archiwizowany.

Wyjaśnienie

Obowiązujące w jednostce Standardowe Procedury Postępowania (SOP) i instrukcje powinny być skatalogowane, łatwo dostępne dla odpowiedniego personelu jednostki i archiwizowane.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

5 – Jednostka zapewnia personelowi łatwy dostęp do SOP.

1 – Jednostka nie zapewnia personelowi łatwego dostępu do SOP.

ŚRODOWISKO OPIEKI

ŚRODOWISKO OPIEKI (ŚO)

- ŚO 1** W jednostce opracowano i wdrożono plan poprawy stanu infrastruktury i jest on realizowany.
- ŚO 2** Pomieszczenia jednostki są czyste i prawidłowo ogrzane.
- ŚO 3** Środki do higieny rąk są dostępne.
- ŚO 4** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania z odpadami.
- ŚO 5** W jednostce opracowano i wdrożono procedurę sprzątanía pomieszczeń podwyższonego ryzyka wystąpienia zakażeń.
- ŚO 6** Pacjenci są właściwie odżywiani.

Środowisko Opieki (ŚO)

Odpowiednia infrastruktura w jednostce gwarantuje bezpieczny pobyt pacjentów i odwiedzających oraz bezpieczne warunki pracy.

ŚO 1 W jednostce opracowano i wdrożono plan poprawy stanu infrastruktury i jest on realizowany.

Wyjaśnienie

Jednostka posiada plan poprawy stanu infrastruktury. Określiła istniejące uchybienia w zakresie budowlanym i opracowała plan minimalizacji bądź likwidacji głównych uchybień. Jednostka powinna określić, jakie zmiany w utrzymaniu budynków lub jaka ich przebudowa jest konieczna dla:

- zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i personelu,
- dostosowania warunków do oferowanych świadczeń,
- usprawnienia funkcjonowania i obsługi pacjentów.

Wykaz zmian zawierający istniejące uchybienia powinien być uzupełniony o plan ich likwidacji.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Jednostka określiła istniejące uchybienia, opracowała plan minimalizacji bądź likwidacji głównych uchybień i podjęła jego realizację.
- 3 – Jednostka określiła istniejące uchybienia, opracowała plan minimalizacji bądź likwidacji głównych uchybień, ale nie podjęła jego realizacji.
- 1 – Jednostka nie określiła istniejących uchybień i nie opracowała planu minimalizacji bądź likwidacji głównych uchybień.

ŚO 2 Pomieszczenia jednostki są czyste i prawidłowo ogrzane.

Wyjaśnienie

Pomieszczenia, w których przebywają pacjenci winny być schludne i zapewniać właściwą temperaturę dla długotrwałego pobytu.

Sprawdzenie

- obserwacja bezpośrednia
- wywiad z pacjentami
- wyniki badania opinii pacjentów
- analiza skarg i wniosków

Punktowanie

- 5 – Wszystkie pomieszczenia jednostki są czyste i o prawidłowej temperaturze.
- 3 – Większość pomieszczeń jednostki jest czysta i o prawidłowej temperaturze.
- 1 – Pomieszczenia są brudne lub o nieprawidłowej temperaturze.

ŚO 3 Środki do higieny rąk są dostępne.

Wyjaśnienie

Higiena rąk jest jednym z najważniejszych elementów w programie zapobiegania zakażeniom. Częste mycie rąk wymaga właściwych nawyków i łatwej dostępności do ciepłej wody bieżącej oraz środków myjących i dezynfekcyjnych. Jednostka powinna zapewnić dostęp do środków higieny w miejscach takich jak: ogólnie dostępne toalety, pomieszczenia przygotowywania i wydawania posiłków, itp. Powinna być dostępna ciepła woda, mydło w płynie, jednorazowe ręczniki oraz środki do dezynfekcji rąk.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z pacjentami
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Jednostka w pełni zapewnia środki do higieny rąk we wszystkich właściwych miejscach.
- 3 – Jednostka nie w pełni lub nie we wszystkich właściwych miejscach zapewnia środki do higieny rąk.
- 1 – Jednostka nie zapewnia środków do higieny rąk.

ŚO 4 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania z odpadami.

Wyjaśnienie

W jednostce powinno się określić, które z odpadów wymagają szczególnej uwagi personelu i pacjentów oraz jak należy z nimi postępować. Procedura powinna uwzględniać segregację, transport, przechowywanie i utylizację odpadów. Zasady postępowania, stosownie do warunków lokalnych, powinny być opracowane pisemnie i łatwo dostępne dla pacjentów i personelu. Jednostka zapoznaje nowych pacjentów i personel z zasadami postępowania oraz zapewnia warunki do ich przestrzegania. Personel powinien być świadomy, że uchybienia w dostosowaniu do obowiązującej procedury mogą prowadzić do poważnych zagrożeń.

Sprawdzenie

- wywiad z kierownictwem
- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem

- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę postępowania z odpadami.

3 – W jednostce opracowano procedurę postępowania z odpadami, lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub opracowana procedura jest niekompletna.

1 – W jednostce nie opracowano procedury postępowania z odpadami.

ŚO 5 W jednostce opracowano i wdrożono procedurę sprzątnia pomieszczeń podwyższonego ryzyka wystąpienia zakażeń.

Wyjaśnienie

W jednostce powinno się zidentyfikować obszary podwyższonego ryzyka wystąpienia zakażeń i opracować dla nich procedurę sprzątnia. Procedura powinna uwzględniać sprzątnie w szczególności:

- gabinetów zabiegowych,
- kuchni, spiżarni i stołówek,
- toalet i łazienek.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

5 – W jednostce opracowano i wdrożono procedurę sprzątnia pomieszczeń podwyższonego ryzyka wystąpienia zakażeń.

3 – W jednostce opracowano procedurę sprzątnia pomieszczeń podwyższonego ryzyka wystąpienia zakażeń, lecz nie jest ona stosowana w pełnym zakresie lub opracowana procedura jest niekompletna.

1 – W jednostce nie opracowano procedury sprzątnia pomieszczeń podwyższonego ryzyka wystąpienia zakażeń.

ŚO 6 Pacjenci są właściwie odżywiani.

Wyjaśnienie

Dla zapewnienia właściwego żywienia jednostka wyznacza osobę, która odpowiada za zaspokajanie indywidualnych, zdrowotnych potrzeb pacjentów w zakresie żywienia, z uwzględnieniem specyficznych diet (np. cukrzycowa, małosolna, wątrobowa itd.).

Do zadań osoby odpowiedzialnej za żywienie należy nadzór i ustalanie zasad właściwego żywienia. Osoba ta powinna posiadać odpowiednie wykształcenie w zakresie prawidłowego żywienia.

Posiłki powinny być przygotowywane i podawane z zachowaniem zasad higieny i bezpieczeństwa. W przypadku zlecenia usług na zewnątrz jednostka nadzoruje przestrzeganie zasad prawidłowego żywienia pacjentów.

Sprawdzenie

- wywiad z pacjentami
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia
- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

5 – Pacjenci są właściwie żywieni z zachowaniem zasad określonych w standardzie.

3 – Większość zasad określonych w standardzie jest spełniana.

1 – Jednostka nie zapewnia właściwego żywienia pacjentów.

ZARZĄDZANIE JEDNOSTKĄ

ZARZĄDZANIE JEDNOSTKĄ (ZJ)

- ZJ 1** Jednostka ma zdefiniowaną misję i strategiczny plan działania.
- ZJ 1.1** Jednostka ma sformułowaną misję.
- ZJ 1.2** Misja jednostki jest znana personelowi jednostki.
- ZJ 1.3** Jednostka posiada strategiczny plan działania.
- ZJ 1.4** Strategiczny plan działania jest aktualizowany.
- ZJ 2** W jednostce określono niezbędną oraz posiadaną strukturę.
- ZJ 3** Jednostka posiada aktualny schemat organizacyjny.
- ZJ 4** Jednostka określiła zewnętrzne organizacje/instytucje, z którymi współpracuje.
- ZJ 5** Dokumenty jednostki są wiarygodne i weryfikowane.
- ZJ 5.1** Dokumenty są datowane i podpisane.
- ZJ 5.2** Katalog dokumentów jest łatwo dostępny i archiwizowany.
- ZJ 5.3** Dokumenty są aktualizowane przynajmniej raz na trzy lata.

Zarządzanie Jednostką (ZJ)

Sprawne i skuteczne zarządzanie wymaga określenia roli poszczególnych osób, mających wpływ na bieżące kierowanie i strategiczne kierunki rozwoju jednostki, w realizacji misji tej jednostki. W celu realizacji swojej misji jednostka posługuje się strategicznym planem działania. Strategiczny plan działania powinien być opracowany na podstawie wniosków z analizy potrzeb zdrowotnych i oczekiwań pacjentów, a także efektów dotychczas podejmowanych działań, stwierdzonych na podstawie wyników analizy merytorycznej dokumentacji medycznej oraz wyników ewaluacji stosowanego programu opieki. Kierownictwo powinno określić kompetencje i zakres odpowiedzialności poszczególnych osób zatrudnionych w jednostce.

ZJ 1 Jednostka ma zdefiniowaną misję i strategiczny plan działania.

Wyjaśnienie

Misja powinna wyrażać ogólny cel działania jednostki, a jej zadaniem jest koncentrowanie działań personelu na realizacji wspólnego celu. Misja powinna być spisana i łatwo dostępna. Cały personel jednostki powinien znać misję i dążyć do jej wypełnienia.

Strategiczny plan działania uwzględnia te działania, które jednostka zamierza podjąć dla realizacji swojej misji, opierając się na wiedzy o potrzebach i oczekiwaniach pacjentów, a także efektach dotychczas podejmowanych działań.

ZJ 1.1 Jednostka ma sformułowaną misję.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Jednostka ma zdefiniowaną misję.
- 1 – Jednostka nie ma zdefiniowanej misji.

ZJ 1.2 Misja jednostki jest znana personelowi jednostki.

Sprawdzenie

- wywiad z personelem
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Misja jednostki jest znana całemu personelowi jednostki.
- 3 – Misja jednostki jest znana większości osób z personelu jednostki.
- 1 – Misja jednostki nie jest znana pracownikom personelowi jednostki.

ZJ 1.3 Jednostka posiada strategiczny plan działania.

Wyjaśnienie

Strategiczny plan działania powinien uwzględniać wnioski z analizy danych epidemiologicznych, potrzeb zdrowotnych pacjentów, dokumentacji medycznej i wyniki ewaluacji prowadzonego programu opieki. Opracowuje go kierownictwo, które jest odpowiedzialne nie tylko za bieżące udzielanie świadczeń, ale także za zaspokojenie zmieniających się potrzeb społecznych. Dlatego też strategiczny plan działania podlega aktualizacji i konieczna jest coroczna informacja na temat realizacji zaplanowanych działań. Dokument zawiera opis mechanizmów oraz działań służących rozszerzeniu dostępności i poprawie jakości opieki.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki

- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem poprawy jakości

Punktowanie

- 5 – Jednostka posiada strategiczny plan działania uwzględniający analizę danych epidemiologicznych, potrzeb zdrowotnych pacjentów, dokumentacji medycznej i wyniki ewaluacji stosowanego programu opieki.
- 3 – Jednostka posiada strategiczny plan działania uwzględniający analizę przynajmniej dwóch z wymienionych wyżej danych.
- 1 – Jednostka nie posiada strategicznego planu działania.

ZJ 1.4 Strategiczny plan działania jest aktualizowany.***Wyjaśnienie***

Strategiczny plan działania jest oceniany i aktualizowany nie rzadziej niż raz na 3 lata, z uwzględnieniem potrzeb populacji, wyników ewaluacji i możliwości jednostki.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z zespołem poprawy jakości

Punktowanie

- 5 – Strategiczny plan działania jest oceniany i aktualizowany nie rzadziej niż raz na 3 lata.
- 3 – Strategiczny plan działania jest oceniany i aktualizowany rzadziej niż raz na 3 lata.
- 1 – Strategiczny plan działania nie podlega ocenie ani aktualizacji.

ZJ 2 W jednostce określono niezbędną oraz posiadaną strukturę.***Wyjaśnienie***

W jednostce określono jaka struktura jest niezbędna do realizacji zamierzonych celów. Opis taki obejmuje określenie liczby i kwalifikacji personelu, warunków lokalowych, niezbędnego sprzętu, wyposażenia oraz sposobu organizacji jednostki. Konfrontacja takiego opracowania ze stanem bieżącym pozwala zidentyfikować istniejące braki, co ułatwia opracowanie planu eliminacji tych braków jako elementu strategii działania.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Jednostka określiła niezbędną oraz posiadaną strukturę.
- 1 – Jednostka nie określiła niezbędnej oraz posiadanej struktury.

ZJ 3 Jednostka posiada aktualny schemat organizacyjny.***Wyjaśnienie***

Schemat organizacyjny przedstawia relacje funkcjonalne i zależności personalne występujące w jednostce.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem

- wywiad z pacjentami

Punktowanie

5 – Jednostka posiada aktualny, łatwo dostępny personelowi i pacjentom schemat organizacyjny.

1 – Jednostka nie posiada aktualnego schematu organizacyjnego lub nie jest on łatwo dostępny dla pacjentów bądź personelu.

ZJ 4 Jednostka określiła zewnętrzne organizacje/instytucje, z którymi współpracuje.

Wyjaśnienie

Informacja dotycząca organizacji i instytucji współpracujących z jednostką (np. instytucje wymiaru sprawiedliwości, policja, szkoły, pomoc społeczna, hostele, pogotowie energetyczne, organizacje pozarządowe itp.) powinna zawierać dane kontaktowe/adresowe instytucji oraz uwzględniać zasady współpracy. Informacja ta jest łatwo dostępna dla personelu.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z personelem

Punktowanie

- 5 – Jednostka określiła zewnętrzne organizacje/instytucje, z którymi współpracuje. Informacja ta jest łatwo dostępna.
- 3 – Jednostka określiła zewnętrzne organizacje/instytucje, z którymi współpracuje. Informacja ta nie jest łatwo dostępna.
- 1 – Jednostka nie określiła zewnętrznych organizacji/instytucji, z którymi współpracuje.

ZJ 5 Dokumenty jednostki są wiarygodne i weryfikowane.

Wyjaśnienie

Wszystkie zarządzenia, plany i procedury są czytelne, autoryzowane i weryfikowane.

ZJ 5.1 Dokumenty są datowane i podpisane.

Wyjaśnienie

Każdy dokument obowiązujący w jednostce winien być opatrzony jednoznacznie rozpoznawalnym podpisem. Jeżeli sam podpis nie pozwala na identyfikację osoby autoryzującej, konieczna jest pieczęć osoby podpisującej lub nadruk z tym nazwiskiem. Ponadto każdy dokument powinien być opatrzony datą jego wprowadzenia w życie.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki

Punktowanie

- 5 – Wszystkie zarządzenia, plany i procedury są datowane i podpisane.
- 3 – Część zarządzeń, planów i procedur jest datowanych i podpisanych.
- 1 – Zarządzenia, plany i procedury nie są datowane i podpisane.

ZJ 5.2 Katalog dokumentów jest łatwo dostępny i archiwizowany.

Wyjaśnienie

W każdym dziale powinien znajdować się ogólnodostępny katalog zawierający wszystkie zarządzenia, plany i procedury odnoszące się do funkcjonowania danego działu, w tym również ogólne zarządzenia jednostki dotyczące danego działu. W przypadku niewielkich jednostek nie posiadających działów istnieje jeden taki katalog.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

- 5 – Wszystkie zarządzenia, plany i procedury przechowywane są w katalogu, który jest łatwo dostępny i archiwizowany.
- 3 – Większość zarządzeń, planów i procedur przechowywanych jest w katalogu, który jest łatwo dostępny i archiwizowany.
- 1 – Zarządzenia, plany i procedury nie są przechowywane w katalogu, który jest łatwo dostępny i archiwizowany.

ZJ 5.3 Dokumenty są aktualizowane przynajmniej raz na trzy lata.

Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem

Punktowanie

- 5 – Wszystkie zarządzenia, plany i procedury są aktualizowane przynajmniej raz na trzy lata.
- 3 – Większość zarządzeń, planów i procedur jest aktualizowanych przynajmniej raz na trzy lata.
- 1 – Zarządzenia, plany i procedury nie są aktualizowane przynajmniej raz na trzy lata.

Zestawienie pojęć i terminów użytych w treści standardów

AIDS (z ang. Acquired Immunodeficiency Syndrome) – zespół nabytego niedoboru odporności. AIDS to końcowy etap zakażenia HIV, choroba cechująca się upośledzeniem układu immunologicznego spowodowana zakażeniem wirusem HIV. AIDS charakteryzuje się niedoborami immunologicznymi typu komórkowego, w wyniku których dochodzi m.in. do rozwijania się zakażeń wywołanych drobnoustrojami, które w warunkach normalnych nie są patogenne, do powstawania nowotworów oraz do pojawiania się rozmaitych defektów i zaburzeń neurologicznych (zakażenia oportunistyczne).

Diagnoza problemowa – niezbędne do skonstruowania indywidualnego planu terapii rozpoznanie aktualnych problemów pacjenta, a także przyczyn i mechanizmów będących ich podłożem.

Diagnoza psychologiczna – identyfikacja i klasyfikacja objawów zaburzeń przeżywania i zachowania, prognozowanie skutków tych zaburzeń dla funkcjonowania jednostki oraz określenie możliwości zmiany funkcjonowania.

Diagnoza nozologiczna – rozpoznanie kliniczne – identyfikacja choroby lub zespołu chorobowego, na które cierpi pacjent, wniosek wynikający z dokonanej przez lekarza krytycznej oceny objawów subiektywnych, stwierdzonych w badaniu podmiotowym i obiektywnych, stwierdzonych w badaniu przedmiotowym oraz w oparciu o wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych, łącznie z przypisaniem zespołowi tych objawów właściwej nazwy.

GHP (z ang. Good Hygienic Practice, GHP) – zasady Dobrej Praktyki Higienicznej, warunki higieniczne i działania personelu w zakresie higieny środowiska (pomieszczenia, urządzenia, pojemniki, w których przechowywana jest żywność) i higieny osobistej mające na celu minimalizację mikrobiologicznej, chemicznej i fizycznej kontaminacji żywności - niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa i przydatności żywności na wszystkich etapach łańcucha od producenta do konsumenta, obejmujące w szczególności: zakup żywności, jej transport, sposób przechowywania oraz przygotowywanie posiłków.

HCV – wirus zapalenia wątroby typu C (WZW C). Zakażenie poprzez zakłucie lub drogą kontaktu płciowego. Powoduje żółtaczkę zakaźną bądź skąpoobjawowy przebieg zapalenia wątroby. Czasem z następową marskością wątroby. Uznawany za przyczynę rzadkiego pierwotnego raka wątroby. Brak skutecznej szczepionki. Często powoduje długotrwałe nosicielstwo wirusa bez cech choroby. Wykazuje dużą wrażliwość na środki i metody dezynfekcyjne, większą niż HBV, mniejszą niż HIV.

HBV – wirus zapalenia wątroby typu B (WZW B). Zakażenie poprzez zakłucie lub drogą kontaktu płciowego. Przyczyna żółtaczk zakaźnej, marskości i niewydolności wątroby a także rzadko pierwotnego raka wątroby. Zapadalność i nosicielstwo zmniejsza się w ostatnich latach z uwagi na skuteczną szczepionkę. Wirus typu B szczególnie odporny na metody dezynfekcyjne, niszczonej przez prawidłową sterylizację.

HIV (z ang. human immunodeficiency virus) – ludzki wirus upośledzenia odporności. Zakażenie poprzez kontakt ze świeżym materiałem zakaźnym, przy czym ilość krwi lub wydzielin narządów płciowych (płynów zawierających wirusa) musi być widoczna gołym okiem. Aby doszło do zakażenia materiał ten musi dostać się do krwioobiegu (przez otwartą ranę czy błony śluzowe, które znajdują się w oku, nosie, ustach, narządach płciowych i odbycie). Źródłem zakażenia HIV nie może być zaschnięta krew, a także ślina, pot, łzy, mocz, kał bez widocznych ilości krwi (zwane płynami niezakaźnymi). Brak skutecznej szczepionki, stosowane skuteczne leki antyretrowirusowe hamują namnażanie wirusa.

Indywidualny plan terapii – ustalenie indywidualnych celów i zadań terapeutycznych dla pacjenta na podstawie diagnozy nozologicznej i problemowej w ramach realizowanego programu terapii uzależnienia.

KBPN – Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii powołane na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia. Celem działania KBPN jest wdrażanie i koordynowanie krajowej polityki przeciwdziałania narkomanii, ukierunkowanej na ograniczanie używania środków odurzających i substancji psychotropowych.

Klasyfikacja ICD-10 – międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych opracowywana okresowo przez Światową Organizację Zdrowia. Klasyfikacja powszechnie stosowana w szpitalach i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Rewizja dziesiąta.

Leczenie substytucyjne – stosowanie, w ramach programu leczenia uzależnienia, produktów leczniczych lub środków odurzających o działaniu agonistycznym na receptor opioidowy.

Leki OTC (z ang. OTC, over-the-counter) – leki, które można kupić w aptece bez recepty wystawionej przez lekarza. W wielu krajach dostępne też poza aptekami, w miejscach wygodnych dla klientów, np. supermarketach, drogeriach. Na listę leków OTC wpisywane są leki przydatne w schorzeniach łatwych do zdiagnozowania przez pacjenta i relatywnie bezpieczne w stosowaniu.

Oddziaływania korekcyjne – ukierunkowane są na przywrócenie sprawności psychospołecznej adekwatnej do możliwości jednostki, umożliwiające jej prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie, obejmujące oddziaływania wzmacniające zachowania pozytywne przy jednoczesnym wygaszaniu zachowań negatywnych (niepożądanych społecznie).

Ograniczenie ryzyk zdrowotnych – działania ukierunkowane na zmniejszenie problemów zdrowotnych wynikających z używania, w celach innych niż medyczne, środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych.

Osoby małoletnie – osoby do 18 roku życia.

PARPA – Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych jest państwową jednostką budżetową mającą na celu inicjowanie i doskonalenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w Polsce.

Ponadstandardowe oddziaływania – odnoszą się do pacjentów jednostki wymagających szczególnych form terapii lub wsparcia wynikających ze współwystępującego zaburzenia psychicznego (oprócz uzależnienia od substancji psychoaktywnych) lub okoliczności o charakterze społecznym np. rodzice/rodzic przebywający w jednostce razem z dzieckiem, pacjenci nie potrafiący pisać i czytać lub wykazujący poważne deficyty funkcji poznawczych, co w istotny sposób utrudnia możliwość udziału pacjenta w standardowym programie realizowanym przez jednostkę.

Standard – kryterium określające cechy prawidłowego przedmiotu lub sposób właściwego działania. Określenie kryterium mianem standardu oznacza, iż za prawidłowe uważane jest jedynie postępowanie zgodne z intencją wyrażoną w treści kryterium.

SOP (z ang. SOP, Standard Operating Procedure) – Standardowa Procedura Postępowania – pisemna instrukcja, szczegółowo opisująca wszystkie kolejne kroki oraz czynności procesu realizacji procedury, mająca na celu ujednoczenie postępowania, mająca charakter standardu, co oznacza iż za prawidłowe uważane jest wyłącznie postępowanie zgodne z taką procedurą.

Standardowy program terapii – odnosi się do programu realizowanego w jednostce i określa grupę/grupy docelowe, do których program terapii jest adresowany, teoretyczne uzasadnienie wyboru określonego podejścia psychoterapeutycznego lub określonych podejść psychoterapeutycznych, opis stosowanych metod/technik psychoterapii oraz strukturę organizacyjną programu psychoterapii. Standardowy program terapii powinien być oparty na założeniach, których skuteczność została zweryfikowana w badaniach naukowych i które opisane są w publikacjach naukowych lub rekomendowane przez KBPN oraz/lub PARPA.

Superwizja – proces uczenia się, w którym psychoterapeuta/terapeuta uzależnień współpracuje z innym specjalistą posiadającym kwalifikacje do prowadzenia superwizji, potwierdzone np. przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne, KBPN oraz/lub PARPA, by w procesie ciągłego rozwoju zawodowego rozwijać własne umiejętności, co sprzyja osiągnięciu dobrostanu przez jego pacjentów.

Świadczenie opieki zdrowotnej – świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące. Świadczenie opieki zdrowotnej to świadczenia w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz.1027, z późn. zm.).