

	<b>PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OP</b>		<b>NR - OP - 2014</b>	
	<b>OPIEKA NAD PACJENTEM</b>			<b>Strona 1/5</b>
	<b>Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	<b>DATA 01.10.2018</b>	<b>WYDANIE 3</b>	

## 1. CEL

Celem niniejszego standardu jest dostosowanie obowiązujących w organizacji Szpitala procesów, procedur, instrukcji i innej dokumentacji do spełnienia wymogów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. „O akredytacji w służbie zdrowia”

## 2. PRZEDMIOT

Przedmiotem niniejszego standardu jest określenie niezbędnych procedur mających na celu ocenę stanu zdrowia pacjenta oraz zaplanowanie i wykonanie wszelkich działań diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych zmierzających do jego poprawy.

- ❖ OP1 Każdy pacjent ma opracowany plan opieki;
- ❖ OP1.1 Plan opieki jest modyfikowany w zależności od potrzeb przez lekarza prowadzącego;
- ❖ OP2 W szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania ( SOP);
- ❖ OP2.1 W każdym oddziale funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania. Aktualny wykaz obowiązujących procedur się w Dziale Metodyczno – Organizacyjnym;
  - OP2.2 W szpitalu funkcjonują SOP w stanach nagłego zagrożenia życia;
  - 2.3 Zmiany w SOP dokonywane są zgodnie procedurą ZSZ-1 Procedury- Informacje udokumentowane;
  - OP3 Pracownicy szpitala są szkoleni w resuscytacji krążeniowo – oddechowej;
- ❖ OP4 W szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia;
- ❖ OP4.1 Leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki;
- ❖ OP4.2 Sprzęt używany w stanach nagłego zagrożenia życia jest łatwo dostępny w miejscach świadczenia opieki medycznej;
- ❖ OP5. W szpitalu prowadzona jest analiza częstości i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych. Za analizę odpowiada specjalista anestezjologii intensywnej terapii wyznaczony przez kierownika DAIT
- ❖ OP6. W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu.

## 3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA

Standard obowiązuje we wszystkich KO Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu.

## 4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY

Przyjęta z opracowaniu terminologia i skróty, zgodna jest z zasadami obowiązującymi w działającym Zintegrowanym Systemie Zarządzania, ( ZSZ) oraz terminologią określoną w rozdziale „Terminy i określenia przyjęte w Programie Akredytacji Szpitali”, zamieszczonym w opracowaniu Centrum Monitorowania, Jakości w Ochronie Zdrowia o nazwie ‘ZESTAW STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH’ z roku 2009.

	<b>PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OP</b>		<b>NR - OP - 2014</b>	
	<b>OPIEKA NAD PACJENTEM</b>			<b>Strona 2/5</b>
	<b>Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	<b>DATA 01.10.2018</b>	<b>WYDANIE 3</b>	

## **5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ**

### **5.1. Dyrektor** odpowiada za:

1. Zarządzanie i nadzór nad funkcjonowaniem całości szpitala.
2. Zatwierdzenie dokumentów ZSZ w tym związanych z akredytacją.
3. Zarządzanie i nadzór nad funkcjonowaniem całości szpitala.

### **5.2. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych** odpowiada za:

1. Zarządzanie i nadzór nad funkcjonowaniem części medycznej szpitala.
2. Zatwierdzanie szczegółowych dokumentów akredytacyjnych ( procedury, instrukcje, dokumenty) w standardach medycznych.

### **5.3. Kierownicy i Ordynatorzy oddziałów szpitalnych oraz pozostałych komórek organizacyjnych szpitala** odpowiadają za:

1. Prawidłowe realizowanie opieki nad pacjentem.
2. Opracowywanie i wdrażanie Standardowych Procedur Postępowania.
3. Szkolenie podległych pracowników w resuscytacji.
4. Właściwe zorganizowanie i utrzymanie w stanie gotowości do użycia leków i sprzętu niezbędnego w resuscytacji.
5. Przekazanie protokołów resuscytacji osobom odpowiedzialnym za ich analizę.
6. Skuteczne leczenie bólu w podległych sobie placówkach.

### **5.4. Koordynatorzy** – leaderzy zespołów akredytacyjnych odpowiadają za:

1. Nadzór nad funkcjonowaniem standardu – **OP– A. Czepiel, mgr piel Justyna Garbacz**
2. Opracowywanie procedur i instrukcji operacyjnych do standardu.
3. Dokonywanie uzgodnień w zakresie niezbędnym do opracowania procedury lub instrukcji operacyjnej.
4. Nadzorowanie i aktualizacje zmian w standardach oraz dokumentacji akredytacyjnej.

### **5.5- Osoba odpowiedzialna za analizę resuscytacji** odpowiada za:

1. Analizę akcji resuscytacyjnych w szpitalu.
2. Wnioski.
3. Działania edukacyjne.

### **5.6. Wszyscy pracownicy Szpitala** odpowiadają za przestrzeganie standardów akredytacyjnych na swoich stanowiskach pracy.

## **6. Opis standardu**

**6.0** W szpitalu obowiązuje procedura – Plan opieki nad pacjentem(wykazany jest w programie info - medica w zakładce 2 wywiad, jako plan postępowania).

**6.1** Plan Opieki jest integralną częścią dokumentacji chorego. Historia choroby w części pierwszej zawiera wywiad, wstępne rozpoznanie, badanie kliniczne, ocenę odżywienia oraz plan postępowania.

	<b>PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OP</b>		<b>NR - OP - 2014</b>
	<b>OPIEKA NAD PACJENTEM</b>		
	<b>Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	<b>DATA 01.10.2018</b>	<b>Strona 3/5</b> <b>WYDANIE 3</b>

**6.1.1** Plan opieki jest modyfikowany w zależności od zmiany stanu zdrowia pacjenta lub uzyskania nieoczekiwanych wyników badań przez lekarza prowadzącego w programie info-medica.

**6.2** W każdym oddziale Szpitala obowiązują SOP. Stale aktualizowany wykaz SOP znajduje się w Dziale MN. Zmiany w SOP dokonywane są zgodnie z procedurą ZSZ-1 Procedury- Informacje udokumentowane.

**6.2.1** W trosce o efektywność postępowania w stanach nagłego zatrzymania krążenia opracowano ujednoczoną Standardową Procedurę Postępowania dla całego Szpitala opartą o aktualne zalecenia Europejskiej Rady Resuscytacji, jako załącznik do standardu.

**6.3** W szpitalu odbywają się regularne szkolenia w zakresie podstawowym BLS dla personelu medycznego oraz ALS – dla lekarzy. Szkolenia są planowane zgodnie ze standardem akredytacyjnym ZZ- Zarządzanie Zasobami Ludzkimi .Plan szkoleń do wglądu w dziale NKP.

**6.4** W standardowej procedurze operacyjnej dotyczącej resuscytacji określono miejsce przechowywania zestawu resuscytacyjnego w oddziałach szpitalnych, pracowniach diagnostycznych i bloku operacyjnym: w pomieszczeniach ( gabinetach) zabiegowych. W pozostałej części szpitala personel anestezjologiczny podczas resuscytacji korzysta z wózków reanimacyjnych dla dorosłych i dzieci przechowywanych w oddziale DAIT.

Za aktualizację leków, sprzętu i materiałów niezbędnych w zestawach resuscytacyjnych odpowiada Oddziałowa lub Kierownik pracowni diagnostycznej.

**6.4.1** Określono, które leki i materiały wchodzi w skład zestawu resuscytacyjnego w załączniku do standardu.

**6.4.2** Określono, jaki sprzęt wchodzi w skład zestawu resuscytacyjnego w załączniku do standardu.

**6.4.3** Obowiązuje procedura zabezpieczania i uzupełniania zestawów resuscytacyjnych.

**6.5** W Szpitalu wyznaczono osobę, która co 6 miesięcy analizuje przeprowadzone w szpitalu resuscytacje. Podsumowanie i wnioski Dyrekcja przedstawia na spotkaniu Kierowników Oddziałów Szpitalnych.

**6.5.1** Aby umożliwić ocenę prawidłowości przeprowadzenia resuscytacji wprowadzono Załącznik OP5 -1 Karta resuscytacyjna, którą wypełnia anestezjolog uczestniczący w akcji i dołącza do dokumentacji pacjenta. Karty te wraz z kartą wypisową dostarczane do sekretariatu DAIT są podstawą do wykonania analizy prawidłowości resuscytacji w szpitalu.

**6.6.**Dla oddziałów zabiegowych opracowano procedurę postępowania w bólu pooperacyjnym – w oparciu o „Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym”.

**6.7** W szpitalu opracowano procedurę leczenia bólu ostrego i pooperacyjnego w oparciu o „Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym”.

**6.7.1** Celem oceny skuteczności leczenia p/bólowego wdrożono do użytku Kartę bólu wypełnianą przez pielęgniarkę opiekującą się chorym.

Lekarz prowadzący zleca właściwe i adekwatne leczenie w oparciu o:

- Zalecenia znieczulającego anestezjologa (zapisane na karcie znieczulenia);
- Procedurę oceny i leczenia bólu obowiązującą w szpitalu;
- Ocenę bólu chorego zapisaną w karcie;

Kontrolę nad terapią bólu w oddziale sprawuje Kierownik oddziału.

	<b>PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OP</b>		<b>NR - OP - 2014</b>
	<b>OPIEKA NAD PACJENTEM</b>		
	<b>Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	<b>DATA 01.10.2018</b>	<b>Strona 4/5</b>
		<b>WYDANIE 3</b>	

## **7. DOKUMENTY ZWIĄZANE**

Z niniejszą procedurą związane są następujące dokumenty:

1. Zestaw Standardów Akredytacyjnych 2009, wydanych przez CMJwOZ Kraków
2. Ustawa o zawodzie lekarza
3. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej
4. Historia choroby
5. Standardowe Procedury Postępowania(SOP) opracowane w każdym oddziale szpitalnym, zaakceptowane przez Dyрекcję
6. Uniwersalny Algorytm Zaawansowanych Zabiegów Resuscytacyjnych opracowany przez Polską Radę Resuscytacji w 2009r.
  - u dorosłych(Załącznik standardu OP -1-Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych)
  - u dzieci (Załącznik Standardu OP -2- Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dzieci)
  - u noworodka(Załącznik Standardu OP-3- Zabiegi resuscytacyjne u noworodka).

wprowadzony przez Dyрекcję, jako SOP do użytku w oddziałach szpitala.
7. Plan szkoleń.
8. PRZEWODNIK ZSZ i Procedury ZSZ
9. Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym

## **8. ZAŁĄCZNIKI**

1. PROCEDURA OP1- Plan opieki nad pacjentem –wytyczne (OP-1)
2. PROCEDURA OP2- Spis standardowych procedur operacyjnych z oddziałów szpitala (OP2.2, OP2.2)
3. PROCEDURA, OP3- Procedura zabezpieczania i uzupełniania zestawów resuscytacyjnych (OP4, OP4.1, OP4.4)
4. PROCEDURA OP4- Procedura oceny i leczenia bólu.(OP6)
5. PROCEDURA OP5- Postępowanie w stanach nagłego zagrożenia życia (OP2.2)
6. ZAŁĄCZNIK NR 1 STANDARDU OP - Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych
7. ZAŁĄCZNIK NR 2 STANDARDU OP -Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dzieci
8. ZAŁĄCZNIK NR 3 STANDARDU OP - Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u noworodka
9. ZAŁĄCZNIK NR 4 STANDARDU OP - Model oceny ryzyka Żchzz u chorych hospitalizowanych leczonych zachowawczo– skala Padewska.
10. ZAŁĄCZNIK NR 5 STANDARDU OP - Zmodyfikowany model oceny ryzyka Żchzz u chorych poddanych zabiegom operacyjnym -skala Capriniego.

	<b>PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OP</b>		<b>NR - OP - 2014</b>
	<b>OPIEKA NAD PACJENTEM</b>		<b>Strona 5/5</b>
	<b>Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	<b>DATA 01.10.2018</b>	<b>WYDANIE 3</b>

## 9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.

1. CEL.....	1
2. PRZEDMIOT .....	1
3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA.....	1
4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY .....	1
5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ .....	2
6. OPIS STANDARDU .....	2
7. DOKUMENTY ZWIĄZANE .....	4
8. ZAŁĄCZNIKI .....	4
9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.....	5

### Karta zmian

Nr zmiany	Zmiany		Opis zmiany	Data zmiany	Podpis autora zmiany
	Punktu Podpunktu Rozdziału	Akapitu lub fragmentu tekstu ze strony nr			
1	Całość	Całość	Aktualizacja Standardu Akredytacyjnego	01-08-2014	B. Wysoczańska-Skroban
2	Całość	Całość	Aktualizacja Standardu Akredytacyjnego	01-10-2018	J. Garbacz

### Zatwierdzenia

Zespół	Imię i nazwisko KO	Data	Podpis
<b>Opracował</b>	Adam Czepiel Justyna Garbacz	01-10-2018	Nieczytelny
<b>Sprawdził</b>	Marek Olech	01-10-2018	Nieczytelny
<b>Sprawdził</b>	Grzegorz Bula	01-10-2018	Nieczytelny
<b>Zatwierdził</b>	Elżbieta Wielgos-Karpińska	01-10-2018	Nieczytelny