

# „AKREDYTACJA STANDARDY ZARZĄDZANIA”

**AKREDYTACJA W SŁUŻBIE ZDROWIA, A SYSTEMY  
ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
ZO – ZARZĄDZANIE OGÓLNE  
ZZ – ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI  
ZI – ZARZĄDZANIE INFORMACJĄ  
ŚO – ZARZĄDZANIE ŚRODOWISKIEM OPIEKI**

Grzegorz Bula  
Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością  
*Szpital Rejonowy w Raciborzu*

# JAKIE STANDARDY ?

2. Projekty standardów jakościowych i wskaźników jakościowych oraz odpowiednio sposób ich oceny i obliczania ich wartości opracowuje Agencja w oparciu o kryteria procesu, struktury i wyników leczenia dla następujących obszarów tematycznych:

1. prawa pacjenta;
2. opieka nad pacjentem;
3. **ciągłość** opieki;
4. kontrola zakażeń;
5. zabieg i znieczulenie;
6. farmakoterapia;
7. diagnostyka obrazowa;
8. poprawa jakości;
9. **zarządzanie:**
  - ogólne,
  - zasobami ludzkimi,
  - informacją,
  - środowiskiem opieki;
10. zdarzenia niepożądane.



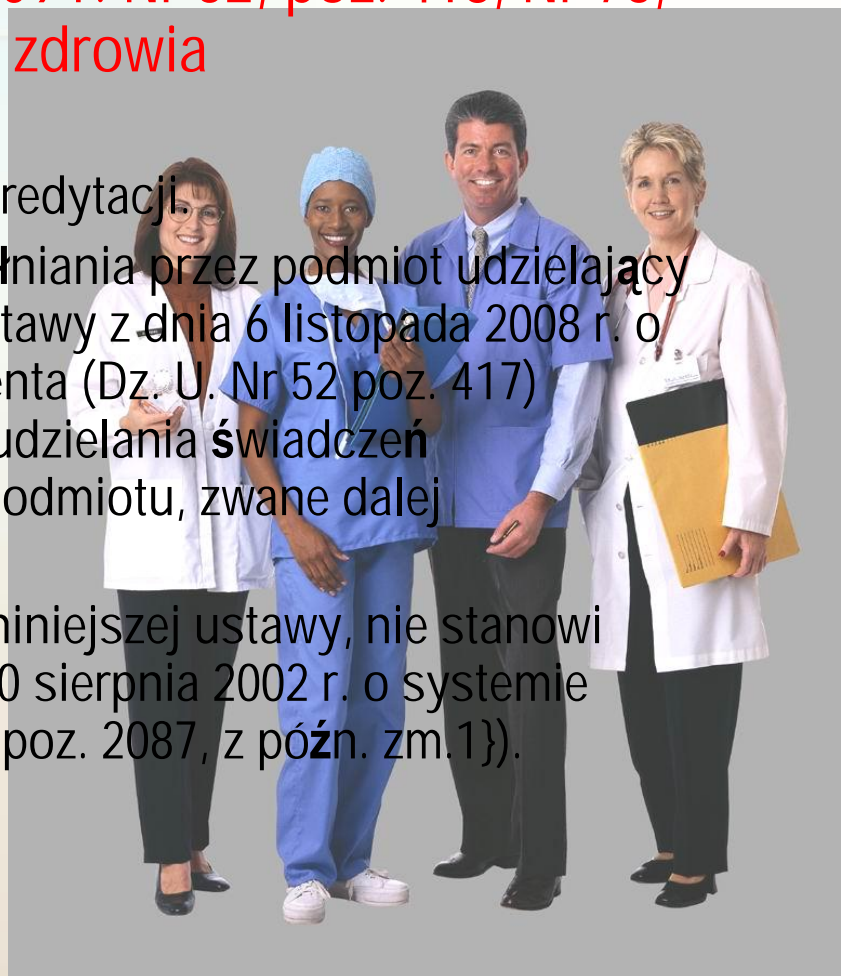
# A CO TO TA AKREDYTACJA ?

## USTAWA

z dnia 6 listopada 2008 r.( Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418, Nr 76, poz. 641) o akredytacji w ochronie zdrowia

Art. 1.

1. Ustawa określa zasady i tryb udzielania akredytacji.
2. Akredytacja ma na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52 poz. 417) standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania tego podmiotu, zwane dalej „standardami akredytacyjnymi”.
2. Akredytacja, o której mowa w przepisach niniejszej ustawy, nie stanowi akredytacji w rozumieniu ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. o systemie oceny zgodności (Dz. U. z 2004 r. Nr 204, poz. 2087, z późn. zm.1}).



# MINIMALNE OPTIMUM SUKCESU?

1. Przywództwo kierownictwa
2. Koncentracja na kliencie
3. Zaangażowanie personelu
4. Podejście procesowe
5. Zarządzanie systemowe
6. Ciągłe doskonalenie
7. Podejmowanie decyzji na podstawie danych/faktów
8. Partnerska współpraca z dostawcami

ISO  
9001:2008

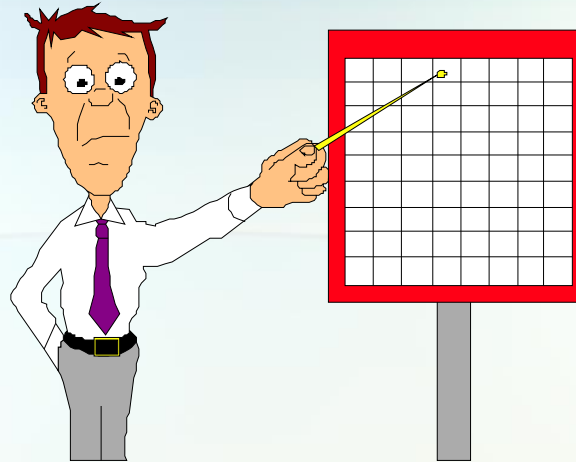
1. Ciągłość Opieki (CO)
2. Prawa Pacjenta (PP)
3. Ocena Stanu Pacjenta (OS)
4. Opieka nad Pacjentem (OP)
5. Kontrola Zakażeń (KZ)
6. Zabiegi i Znieczulenia (ZA)
7. Farmakoterapia (FA)
8. Laboratorium (LA)
9. Diagnostyka Obrazowa (DO)
10. Odżywianie (OD)
11. Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta (PJ)
12. Zarządzanie Ogólne (ZO)
13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)
14. Zarządzanie Informacją (ZI)
15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (ŚO)

program akredytacji szpitali

zestaw standardów

# OD CZEGO TO ZALEŻY?

DETERMINACJA  
NAJWYŻSZEGO  
KIEROWNICTWA  
Min 80%



PRZEKONANIE  
I ZAANGAŻOWANIE  
PERSONELU

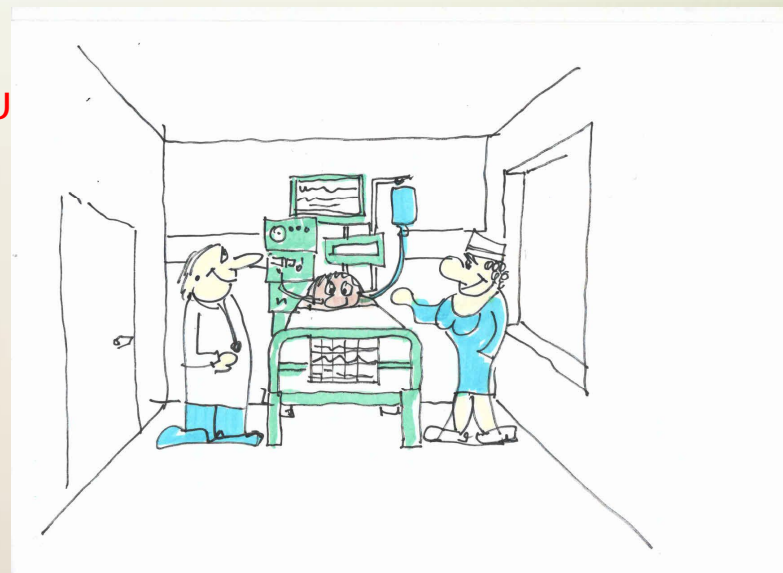


MERYTORYCZNE  
ZESPOŁY ROBOCZE

# AKREDYTACJA ROZDZIAŁY

1. Ciągłość Opieki (CO)
2. Prawa Pacjenta (PP)
3. Ocena Stanu Pacjenta (OS)
4. Opieka nad Pacjentem (OP)
5. Kontrola Zakażeń (KZ)
6. Zabiegi i Znieczulenia (ZA)
7. Farmakoterapia (FA)
8. Laboratorium (LA)
9. Diagnostyka Obrazowa (DO)
10. Odżywianie (OD)
11. Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta (PJ)
12. Zarządzanie Ogólne (ZO)
13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)
14. Zarządzanie Informacją (ZI)
15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (ŚO)

Terminy i określenia przyjęte w programie akredytacji szpitali



# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

- 1 – Misja szpitala.
- 2 – Określenie zasad szczegółowego zakresu odpowiedzialności pracowników.
- 3 – Osoby odpowiedzialne za organizację i zarządzanie w KO
- 4 – Schemat organizacyjny szpitala.
- 5 – Wspieranie i promocja jakości.
- 6 – Plan strategiczny.
- 7 – Aktualizacja planu strategicznego strategicznych.
- 8 – Mechanizmy rozwiązywania zagadnień etycznych.
- 9 – Zakres usługi świadczonych w działach medycznych.
- 10 – Szkolenia w zarządzaniu jakością.
- 11 – Nadzorowanie dokumentów i zapisów.



# NP. CO TRZEBA ZROBIĆ ?

## Zarządzanie ogólne (ZO)

Osoby zarządzające są przeszkolone w zakresie zarządzania jakością.

### Wyjaśnienie

Dla efektywnego zarządzania, kadra zarządzająca z uwzględnieniem kierowników działów me-dycznych powinna posiadać podstawową wiedzę na temat zarządzania jakością i poprawą jakości. Istotny jest udział w szkoleniach prowadzonych przez profesjonalistów.

### Sprawdzenie

przegląd dokumentacji szpitala

przegląd dokumentacji zatrudnionych -wywiad z personelem

### Punktowanie

- 5 - Cała kadra zarządzająca wraz z kierownikami działów medycznych jest przeszkolona w zakresie zarządzania jakością.
- 3 - Większość kadry zarządzającej i kierowników działów medycznych jest przeszkolona w zakresie zarządzania jakością.
- 1 - Kadra zarządzająca lub kierownicy działów medycznych nie są przeszkoleni w zakresie zarządzania jakością.



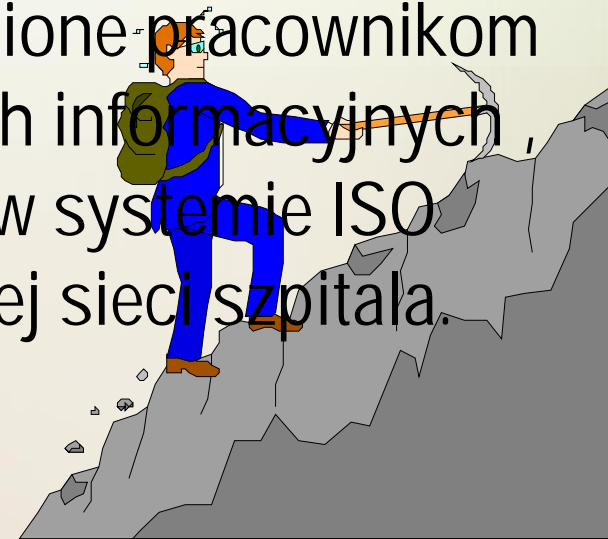
# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

## ZO 1 – Misja szpitala

- Misja szpitala została określona w dokumencie „Polityka jakości oraz ochrony środowiska” ZSZJiZŚ oraz w haśle misyjnym obowiązującym w organizacji o brzmieniu:

**„DAŻYMY DO DOSKONALENIA JAKOŚCI LECZENIA”.**

- Powyższe dokumenty zostały oznajmione pracownikom poprzez umieszczenie ich na tablicach informacyjnych, na stronie internetowej szpitala oraz w systemie ISO ELEKTRON dostępnym w wewnętrznej sieci szpitala.



# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

## ZO 1 – Misja szpitala



**Szpital Rejonowy**  
im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu

DOKUMENTACJA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU  
Zarządzania Jakością wg ISO 9001/2008  
i Zarządzania Środowiskowego wg ISO 14001:2004



STRONA GŁÓWNA

POLITYKA JAKOŚCI I ŚRODOWISKOWA
CELE JAKOŚCI ORAZ OCHRONY ŚRODOWISKA
KSIĘGA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO
PROCEDURY
INSTRUKCJE
FORMULARZE DO POBRANIA

DAŻYMY DO DOSKONALENIA JAKOŚCI LECZENIA



	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO	Polityka ZSZJiZ
	Polityka jakości oraz ochrony środowiska	Strona 1/1
		Wydanie 3 Rewizja 0

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Raciborzu, udziela świadczeń medycznych w zakresie leczenia stacjonarnego w oddziałach szpitalnych, ambulatoryjnego w poradniach specjalistycznych oraz w zakładach i pracowniach diagnostycznych.

Celem Szpitala Rejonowego w Raciborzu jest dążenie do udzielania świadczeń medycznych na wysokim poziomie zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi i oczekiwaniami pacjentów, zapewniając im i osobom odwiedzającym, a także personelowi przyjazne oraz bezpieczne warunki pobytu i pracy.

Biorąc pod uwagę specyfikę Szpitala zobowiązujemy się do:

- Podnoszenia jakości usług mających wpływ na wzrost satysfakcji i zadowolenia klienta, zaspokojenie jego potrzeb i wymagań, poprzez dążenie do oferowanie usług najwyższej jakości.
- Postępowania zgodnie z prawem i innymi uregulowaniami środowiskowymi, odnoszącymi się do Szpitala.
- Działania na rzecz poprawy środowiska i zapobiegania zanieczyszczeniom.
- Zaangażowania kierownictwa w działania na rzecz rozwoju Szpitala.
- Podnoszenia świadomości naszych pracowników.

Zatrudniamy specjalistów o wysokich kwalifikacjach a ciągle doskonalenie personelu pozwala na prowadzenie skutecznych metod leczenia, przy wykorzystaniu najnowszej wiedzy medycznej oraz wysokiej klasy sprzętu medycznego.

Poprzez skuteczne wdrożenie Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego, zgodnych z wymaganiami norm EN ISO 9001:2008 oraz EN ISO 14001:2004, zobowiązujemy się do ciągłego doskonalenia udzielanych świadczeń medycznych i działań proekologicznych, ku zadowoleniu naszych obecnych i przyszłych klientów.

Egzemplarz nr: 1	Obowiązuje od dnia: 01.06.2011		
	Imię i nazwisko	Data	Podpis
Opracował	Grzegorz Bula,	23.05.2011	
Sprawdził	Urszula Pater	23.05.2011	
Zatwierdził	Ryszard Rudnik	25.05.2011	

2011-05-23  
12:23:51

Aktualne w momencie edycji.

Niniejszy dokument jest własnością Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu. Jego kopiowanie lub rozpowszechnianie bez zgody pełnomocnika lub dyrektora jest zabronione.

# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

## ZO 2 – Określenie zasad szczegółowego zakresu odpowiedzialności pracowników

- Zasadniczymi dokumentem określającymi zakresy odpowiedzialności są:
  - Statut Szpitala
  - Regulamin organizacyjny
  - Zakresy czynności KKO
- Załącznikami do regulaminu organizacyjnego są:
  - [załącznik nr 1](#) - Schemat Organizacyjny Szpitala Rejonowego
  - [załącznik nr 2](#) - Regulaminy Organizacyjne Komórek Administracyjnych Szpitala Rejonowego.
  - [załącznik nr 3](#) - Regulaminy Organizacyjne Komórek Działalności Podstawowej Szpitala Rejonowego.
- Dokumenty te określają zakresy odpowiedzialności kluczowych stanowisk w szpitalu.



# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

## ZO 3 – Osoby odpowiedzialne za organizację i zarządzanie w KO

- Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym wraz z załącznikami, opracowane są zakresy odpowiedzialności poszczególnych kierowników komórek organizacyjnych, stojących na czele poszczególnych działów.
- W aktach osobowych KKO znajdują się szczegółowe imienne zakresy czynności określające odpowiedzialność, obowiązki i uprawnienia osób odpowiedzialnych za organizację.





# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

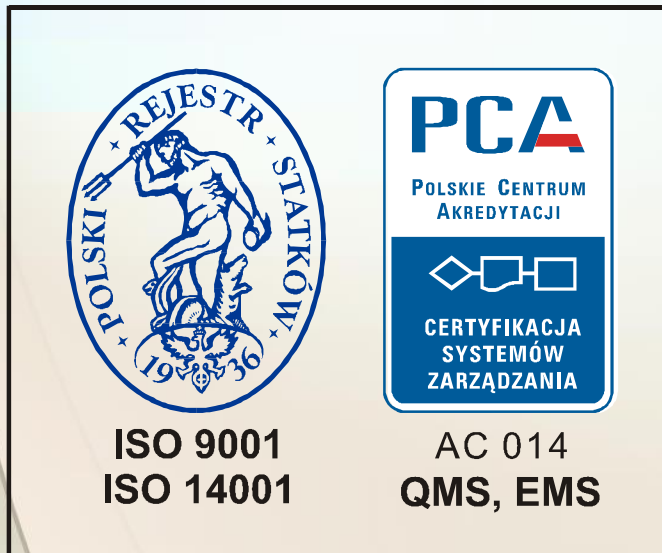
## 5- Wspieranie i promocja jakości

- W szpitalu Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu w roku 2008 został wdrożony Zintegrowany System Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego (ZSZJiŚ) wg norm ISO 9001:2008 i ISO 14001:2004.
- Organizacja posiada aktualny certyfikat jakości w zakresie:
  - „Leczenie szpitalne w oddziałach szpitalnych i ambulatoryjne w specjalistycznych poradniach wraz z diagnostyką w laboratoriach i pracowniach RTG”.
- Certyfikat został wydany przez Polski Rejestr Statków i jest aktualny.
- Zgodnie z w/w certyfikatami działalność szpitala nastawiona jest na ciągłe doskonalenie podstawowych procesów leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego i jest monitorowana zgodnie z przyjętym ZSZJiŚ.
- Zarządzeniem dyrektora w roku 2008 jako członek najwyższego kierownictwa, został powołany Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością, który w nadzoruje sprawy jakości wg norm ISO 9001:2008 i ISO 14001:2004.
- Strategiczne plany poprawy jakości na lata 2011-2014 są określone w dokumencie „Cele jakości oraz ochrony środowiska”.
- Operacyjne plany poprawy jakości określone są w kartach działań zapobiegawczych ZSZJiŚ wydawanych poszczególnym KO po audytach zewnętrznych, wewnętrznych oraz innych kontrolach i ustaleniach.



# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

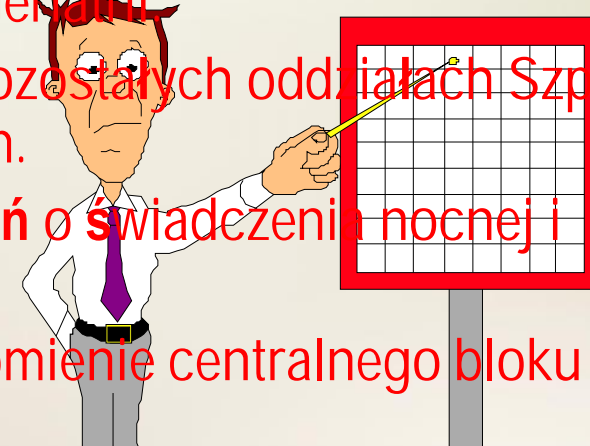
## 5- Wspieranie i promocja jakości



# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

## ZO 6 – Plan strategiczny

- Szpital posiada plan strategiczny określający główne kierunki rozwoju organizacji na lata 2012-2015.
  - Główne elementy planu strategicznego określają:
    - Wizja i misja szpitala
    - Analiza potrzeb zdrowotnych województwa i powiatu
    - Opis poprawy jakości świadczonych usług
    - Opis analizy ekonomicznej szpitala
1. Zwiększenie docelowo opieki na oddziale gerjatrii.
  2. Zwiększenie opieki dla ludzi starszych w pozostałych oddziałach Szpitala udzielających świadczeń osobom dorosłym.
  3. Poszerzenie zakresu udzielanych świadczeń o świadczenia nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej.
  4. Podniesienie jakości usług poprzez uruchomienie centralnego bloku operacyjnego.



# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

## ZO 7 – Aktualizacja planu strategicznego

- Aktualizacja dokumentacji szpitala jest wykonywana okresowo, podczas przeglądów zarządzania i innych spotkań zwoływanych przez najwyższe kierownictwo organizacji,.
- Sposób wykonania aktualizacji dokumentów reguluje procedura PJ 4-01 „Nadzór nad dokumentami” ZSZJiZŚ dostępna w systemie „ISO elektron”.
- Plan strategiczny podlega aktualizacji nie rzadziej niż raz na dwa lata.



# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

## 8 – Mechanizmy rozwiązywania zagadnień etycznych.

- Rozwiązywanie zagadnień etycznych jest prowadzone wg. wytycznych UNESCO z roku 2005
- W szpitalu powołano Zespół Etyczny, składający się z osób szczególnego zaufania, do którego mogą się zwracać osoby zatrudnione i pacjenci z problemami natury etyczne.
- Skład zespołu etycznego, jego zakres działania, określa zarządzenie dyrektora.



# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

## ZO 9 – Zakres usług świadczony w działach medycznych

- Zadania poszczególnych oddziałów , poradni ,laboratoriów i działów diagnostycznych szpitala zostały określone w regulaminie organizacyjnym.
- Wykaz wykonywanych procedur w KO szpitala stanowi załącznik do standardu i podlega publikacji na stronach internetowych Szpital oraz tablicy ogłoszeń.



# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

## ZO 10 – Szkolenia w zarządzaniu jakością

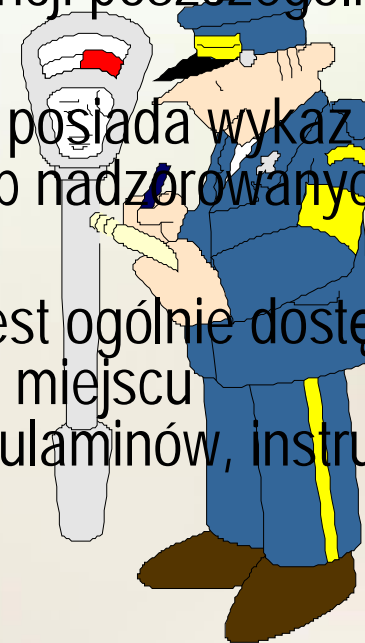
- W szpitalu przeprowadzono w roku 2008 kompleksowe szkolenia całej załogi z zagadnień zarządzania jakością podczas procesu wdrażania ZSZJiŚ.
- Proces szkolenia audytorów wewnętrznych jest procesem ciągłym i realizowanym podczas szkoleń tematycznych oraz cyklicznych spotkań audytorów z PZJ.
- Szkolenie personelu zarządzającego odbywa się podczas cyklicznych spotkań PZJ z ordynatorami i oddziałowymi na których przekazywane są informacje celem dalszego ich rozpropagowania wśród załogi.
- Podczas przeprowadzanych auditów wewnętrznych, przeprowadzane są na bieżąco szkolenia auditowanego personelu.
- PZJ prowadzi indywidualne szkolenia przyjmowanych do pracy pracowników, powielając ten fakt w karcie obiegowej.
- Materiały szkoleniowe, listy obecności na szkoleniach oraz listy audytorów wewnętrznych, przechowywane są przez PZJ.



# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

## 11 – Nadzorowanie dokumentów i zapisów

- Sposób nadzorowania dokumentów i zapisów odbywa się wg procedur:
  - PJ-4-01 Nadzór nad dokumentami.
  - PJ-4-02 Nadzór nad zapisami.
- Charakter i wielkość posiadanej w organizacji dokumentacji wymusza konieczność podziału dokumentacji wg. kompetencji poszczególnych KO.
- System ISO elektron w zakładce „INSTRUKCJE” posiada wykaz wszystkich istotnych instrukcji obowiązujących lub nadzorowanych przez poszczególne KO.
- System ISO elektron oraz wewnętrzny intranet, jest ogólnie dostępny dla pracowników i umożliwia bieżące informowanie o miejscu przechowywania poszczególnych zarządzeń, regulaminów, instrukcji i dokumentów



# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

## 11.1 - Przechowywanie dokumentów

- System ISO elektron w zakładce „INSTRUKCJE” posiada wykaz wszystkich istotnych instrukcji obowiązujących lub nadzorowanych przez poszczególne KO.
- System ISO elektron oraz wewnętrzny intranet, jest ogólnie dostępny dla pracowników i umożliwia bieżące informowanie o miejscu przechowywania poszczególnych zarządzeń, regulaminów, instrukcji i dokumentów.
- Papierowe wersje dokumentów przechowywane są:
  - Dział Metodyczno-organizacyjny – zarządzenia, umowy, protokoły Rady Społecznej, Rejestry, Dokumentacja archiwalna.
  - Dział Księgowości – Plany finansowe, dokumentacja finansowa.
  - Dział Kadr – Plany szkoleń, dokumentacja kadrowa personelu.
  - Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością – papierowe wersje dokumentacji ZSZJiZŚ.
  - KO wg kompletacji – dokumentacja obowiązująca w danej KO.



# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

## 11.2 – Autoryzowanie – datowanie i podpisywanie

- Sposób nadzorowania i zapisów odbywa się wg procedury ZSZJiZŚ: PJ-4-01 Nadzór nad dokumentami, PJ-4-02 Nadzór nad zapisami.
- Przyjęta zasada w prowadzeniu wszelkich zapisów dokumentacji szpitalnej określa miejsce datowania i podpisywania dokumentów.
- KO szpitala posiadają karty wzorów podpisów służącej bieżącej identyfikacji zapisów.



# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

## 11.3 - Aktualizacja

- Sposób aktualizowania dokumentach ji opisany jest w Księdze Jakości i procedurach ZSZJiZŚ .
- Aktualizacji podlegają dokumenty podlegające przeglądom systemowym lub co do których potrzeba ta wynika ze zmian wymagań prawnych oraz innych powodów mających wpływ na ich aktualność.
- Przegląd zarządzeń, planów i procedur jest dokonywany co najmniej raz na trzy lata, przez KKO nadzorujących funkcjonowanie poszczególnych dokumentów i dokumentowany jest zapisem na karcie zmian załączonej do danego dokumentu.

# 12. Zarządzanie Ogólne (ZO)

## DOKUMENTY ZWIĄZANE

- Z niniejszym standardem związane są następujące dokumenty:
- Zestaw Standardów Akredytacyjnych 2009, wydanych przez CMJwOZ Kraków.
- Regulamin organizacyjny Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu. (ZO2), (ZO4)
- Dokumentacja ZSZJiZ<sup>S</sup> w wersji papierowej i elektronicznej.
- Dokumentacja kadrowa KKO. (ZO2), (ZO3), (ZO10)

## ZALĄCZNIKI

1. Certyfikat Jakości. (ZO5)
2. Polityka jakości i ochrony środowiska. (ZO1), (ZO5)
3. Cele jakości i ochrony środowiska. (ZO5)
4. Protokół z przeglądu zarządzania przyjmujący hasło misyjne szpitala (ZO1)
5. Plan strategiczny ZO-1. (ZO1), (ZO6)
6. Zarządzenie powołujące Zespół Etyczny. (ZO3)
7. Wykaz usług świadczonych w działach szpitala. (ZO 9)
8. Schemat organizacyjny szpitala.

# 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

- 1 – Plan zatrudnienia.
- 2 – Prawo wykonywania zawodu osób udzielających świadczeń medycznych.
- 3 – Dokumentacja kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, odpowiednia do zakresu czynności.
- 4 – Program adaptacji zawodowej dla osób nowo zatrudnionych.
- 5 – Polityka stałego podnoszenia kwalifikacji osób zatrudnionych.
- 6 – Ocena kwalifikacji i aktywności zawodowej personelu.
- 7 – Zakresy czynności osób zatrudnionych w Szpitalu.
- 8 - System zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych.
- 9 – Badanie satysfakcji zawodowej personelu.



# 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

## ZZ 1 – Plan zatrudnienia

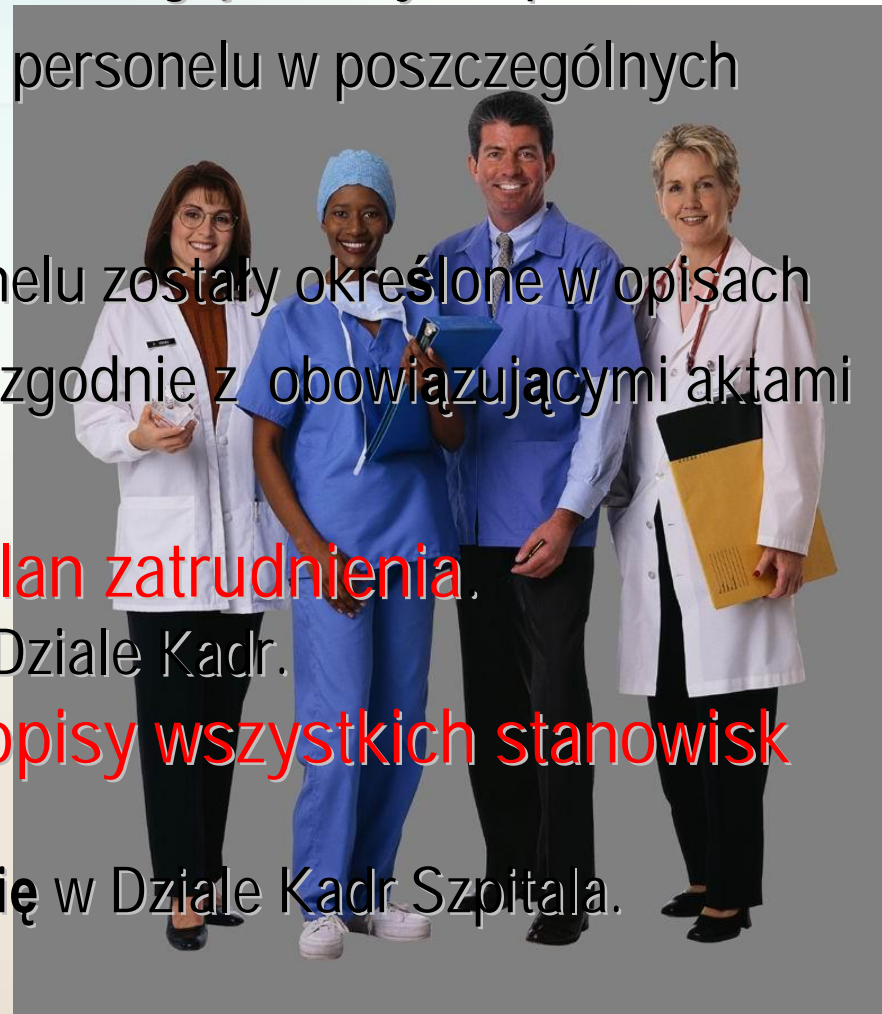
- Plan zatrudnienia uwzględnia strategię rozwoju Szpitala, określa strukturę zatrudnienia (liczba personelu w poszczególnych grupach zawodowych).
- Pożądane kwalifikacje personelu zostały określone w opisach wszystkich stanowisk pracy, zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi.

### 1.1. W Szpitalu funkcjonuje plan zatrudnienia.

Plan zatrudnienia znajduje się w Dziale Kadr.

### 1.2. W Szpitalu opracowano opisy wszystkich stanowisk pracy.

Opisy stanowisk pracy znajdują się w Dziale Kadr Szpitala.



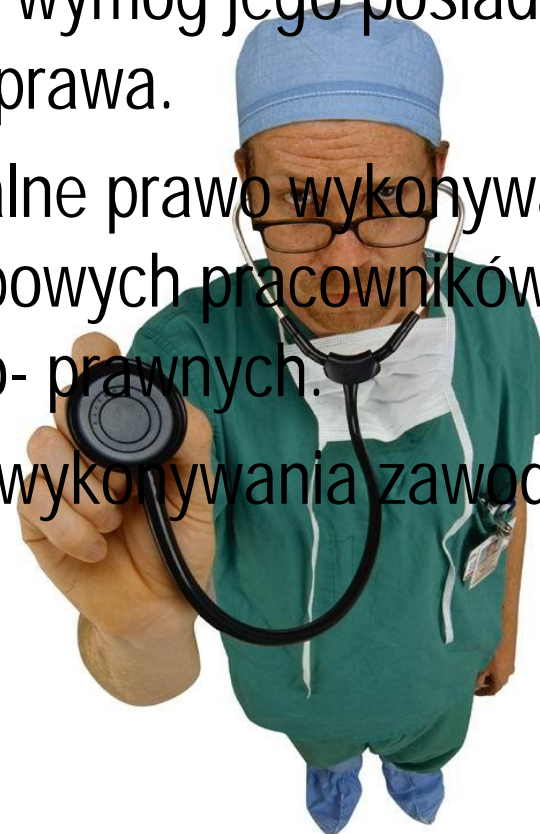
# 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

GRUPA PRACOWNICZA	PLAN ZATRUDNIENIA 2012 r. - osoby												
Lekarze													82
Inny wyższy medyczny													23
Pielęgniarki													307
Położne													32
Inny średni medyczny													51
Niższy													12
Administracja													31
Pozostały średni													36
Obsługa													17
Ogółem													591

# 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

## ZZ 2 – Prawo wykonywania zawodu osób udzielających świadczeń medycznych

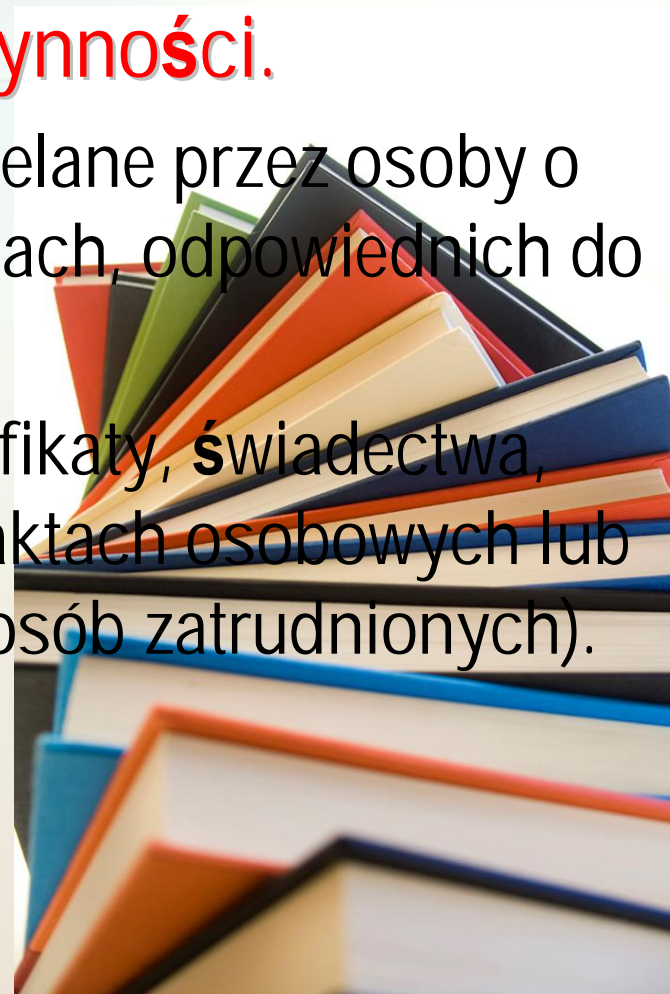
- Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych pacjentom mają prawo wykonywania zawodu, jeżeli wymóg jego posiadania przewidują obowiązujące przepisy prawa.
- Szpital posiada na to dowód. Aktualne prawo wykonywania zawodu znajduje się w aktach osobowych pracowników lub stanowi załącznik do umów cywilno- prawnych.
- Przepisy prawne dotyczące prawa wykonywania zawodu znajdują się w pkt. 7.



## 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

### ZZ 3 – Dokumentacja kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych odpowiednia do zakresu czynności.

- Świadczenia zdrowotne są udzielane przez osoby o udokumentowanych kwalifikacjach, odpowiednich do wykonywania czynności.
- Odpowiednie dokumenty (certyfikaty, świadectwa, zaświadczenia) znajdują się w aktach osobowych lub umowach cywilno – prawnych osób zatrudnionych).



# 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

## ZZ 4 – Program adaptacji zawodowej dla osób nowo zatrudnionych.

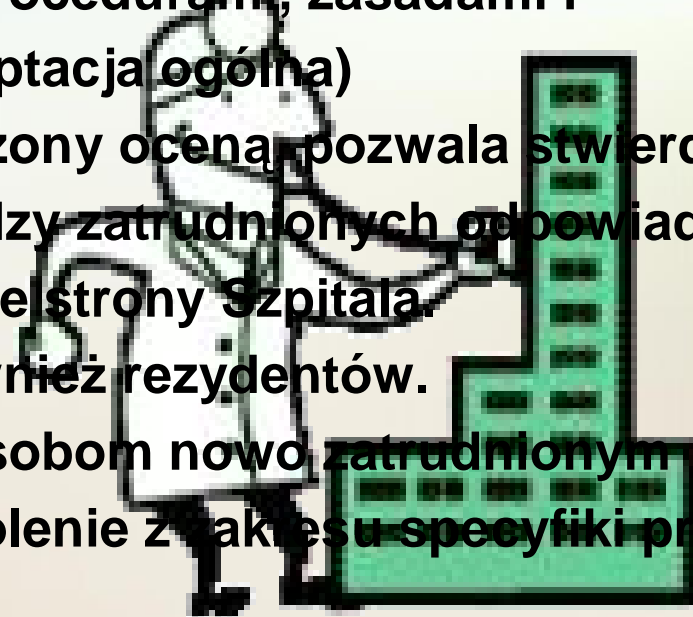
- W Szpitalu jest opracowywany i realizowany program adaptacji zawodowej dla osób nowo zatrudnionych. Szczegółowe uregulowania dotyczące ocen pracowniczych uregulowane zostały w INSTRUKCJI.
- Za przeprowadzenie procesu adaptacji odpowiada KKO do której pracownik został skierowany
- Program adaptacji trwa 3 miesiące.



# 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

## 4.1. Adaptacja zawodowa zapewnia wiedzę o funkcjonowaniu Szpitala.

- **Zatrudnieni, którzy obejmują nowe stanowiska pracy są poddawani programowi przygotowującemu do wykonywania powierzonych obowiązków (adaptacja stanowiskowa).**
- **Zapoznaje z obowiązującymi procedurami, zasadami i sposobami postępowania (adaptacja ogólna)**
- **Program adaptacji jest zakończony oceną pozwalającą stwierdzić, czy poziom umiejętności i wiedzy zatrudnionych odpowiada wymaganiom i oczekiwaniom ze strony Szpitala.**
- **Program adaptacji dotyczy również rezydentów.**
- **Program adaptacji zapewnia osobom nowo zatrudnionym informacje o Szpitalu oraz szkolenie z zakresu specyfiki pracy.**

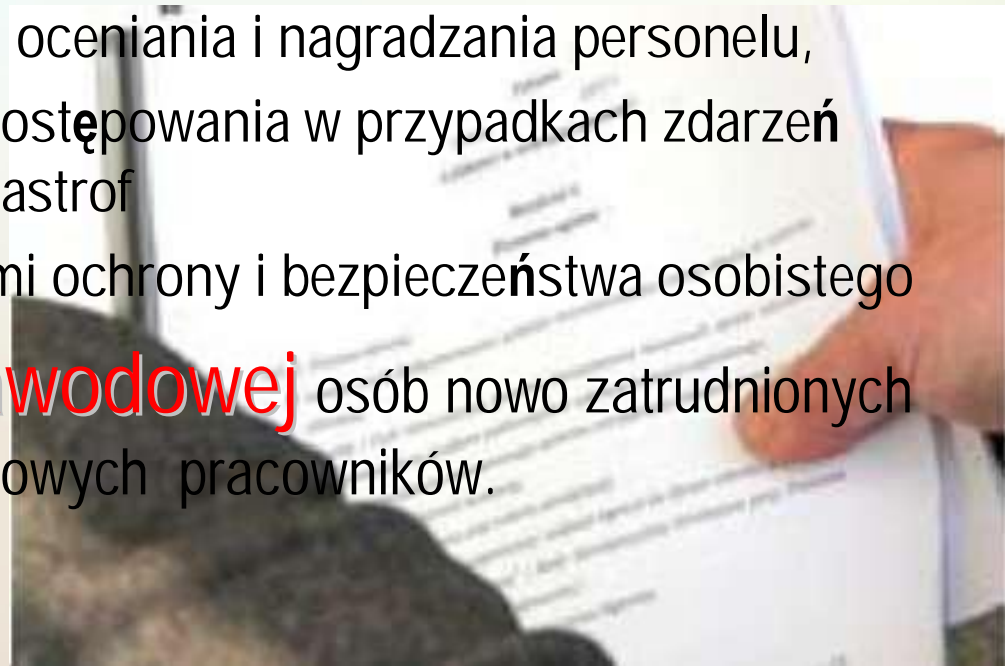


# 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

## Główne elementy programu adaptacji określają:

- wprowadzenie w misję, zakres procedur Szpitala i oferowanych świadczeń,
- zapoznanie z zakresem odpowiedzialności i uprawnień,
- zapoznanie z programem poprawy jakości,
- zapoznanie z topografią szpitala,
- zapoznanie z systemem oceniania i nagradzania personelu,
- opanowanie procedur postępowania w przypadkach zdarzeń mnogich masowych katastrof
- zapoznanie z wytycznymi ochrony i bezpieczeństwa osobistego

4.2. Ocena adaptacji zawodowej osób nowo zatrudnionych znajduje się w aktach osobowych pracowników.





# 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

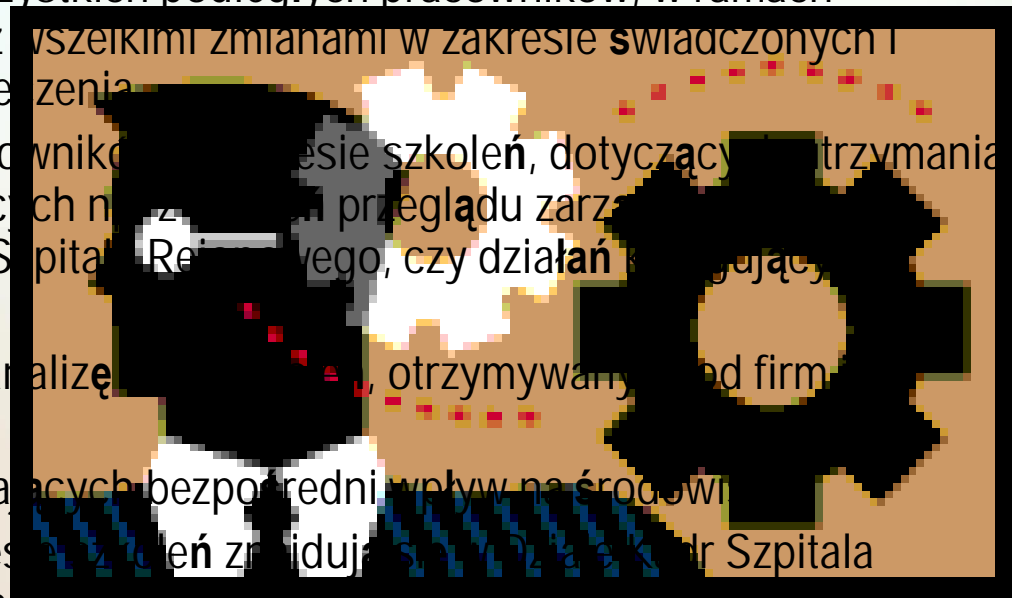
## ZZ 5 – Polityka stałego podnoszenia kwalifikacji osób zatrudnionych



# 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

## 5.1. Dyrekcja Szpitala posiada informacje dotyczące potrzeb edukacyjnych wszystkich grup zawodowych.

1. W Szpitalu identyfikuje się potrzeby edukacyjne wszystkich grup zawodowych.
2. Do zgłaszania potrzeb w zakresie szkoleń, uprawnieni są:
  - Dyrektor Szpitala – w stosunku do wszystkich pracowników ,
  - KKO – w stosunku do podległych pracowników, przy czym:
  - Główny księgowy, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, Ordynatorzy, Przełożona Pielęgniarek – w stosunku do wszystkich podległych pracowników, w ramach ustalonych planów, związanych z wszelkimi zmianami w zakresie świadczonych i wprowadzeniem nowych metod leczenia
  - PZJ – w stosunku do wszystkich pracowników w zakresie szkoleń, dotyczących utrzymania i doskonalenia ZSZJiZŚ, wynikających m.in. z przeglądu zarządczego wykonywanego przez Dyrektora Szpitala Rejonowego, czy działań zapobiegawczych.
  - Kierownik Działu Kadr – w oparciu o analizę, otrzymywanej od firm organizacji z zewnątrz,
  - PZJ – w stosunku do pracowników mających bezpośredni wpływ na środowisko
3. Wnioski dotyczące potrzeb w zakresie szkoleń zgłaszają do Dyrektora Szpitala zgodnie z procedurą Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego.



## 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

### 5.2. Szpital posiada plan szkoleń dla osób zatrudnionych.

Procedura związana z tworzeniem planu szkoleń została uregulowana w procedurze ZSZJiŚ „SZKOLENIE, ŚWIADOMOŚĆ, KOMPETENCJE” – P-J-8-05.

Plan szkoleń znajduje się w Dziale Kadry szpitala.

### 5.3. Plan szkoleń uwzględnia tematykę zarządzania jakością

Szkolenia z zakresu zarządzania jakością są przeprowadzane indywidualnie przy przyjęciu do pracy.

Plan szkoleń PZJ uwzględnia szkolenia grupowe dla personelu szpitala i jest w dziale kadry.



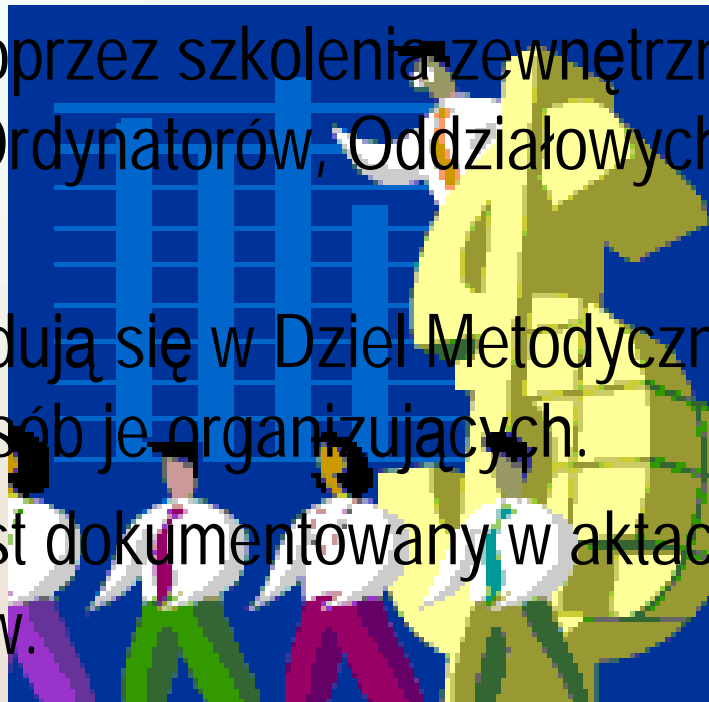
## 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

### 5.4. Szpital zapewnia środki na szkolenia.

- W planie finansowym szpitala uwzględnia się koszty szkoleń.
- Plan szkoleń znajduje się w Dziale Kadr.

### 5.5. Plan szkoleń jest realizowany

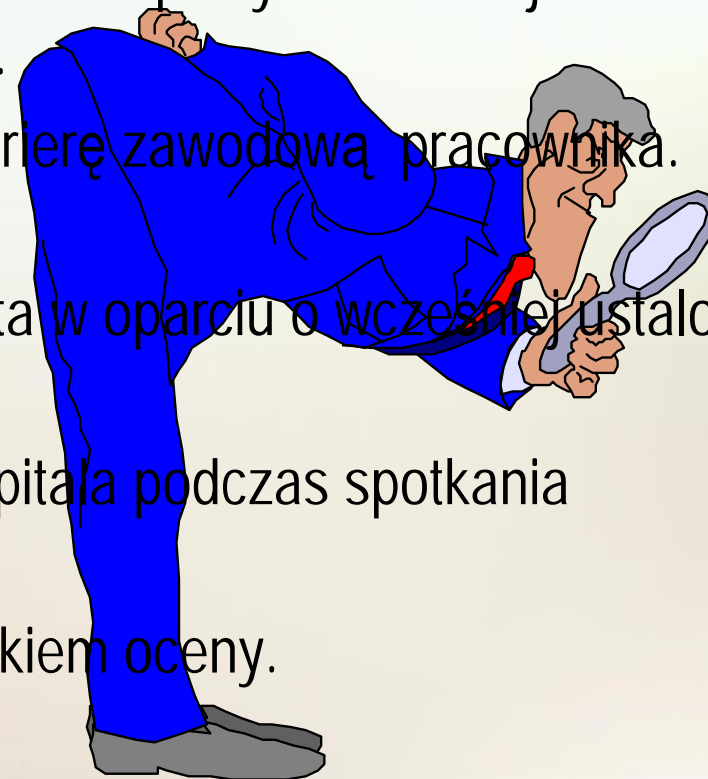
- Plany są realizowane poprzez szkolenia zewnętrzne i wewnętrzne (zebrania Ordynatorów, Oddziałowych oraz KKO).
- Protokoły z zebrań znajdują się w Dziel Metodyczno – Organizacyjnym lub u osób je organizujących.
- Udział w szkoleniach jest dokumentowany w aktach osobowych pracowników.



# 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

## ZZ 6 – Ocena kwalifikacji i aktywności zawodowej personelu

- Szpital prowadzi obiektywną, systematyczną ocenę kwalifikacji i aktywności zawodowej osób zatrudnionych. Ocena taka, dokonywana przez przełożonych, sprzyja prowadzeniu polityki kadrowej i stanowi narzędzie zarządzania personelem.
- Ocena pracownika ma wpływ na karierę zawodową pracownika. Uwzględniona zostaje samoocena.
- Ocena prowadzona jest raz na 2 lata w oparciu o wcześniej ustalone i znane kryteria.
- Wyniki omawiane są z Dyrekcją Szpitala podczas spotkania organizowanego raz na 2 lata.
- Pracownicy są zaznajamiani z wynikiem oceny.



# 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

## 6.1. Wszyscy zatrudnieni poddawani są ocenie –

- Szczegółowe uregulowania dotyczące ocen pracowniczych, kryteria ich przeprowadzania, uregulowane zostały w ocenie kwalifikacji i aktywności zawodowej osób zatrudnionych

## 6.2. Kierownictwo Szpitala wykorzystuje wnioski wynikające z oceny personelu.

- Wyniki oceny stanowią podstawę do wyciągania wniosków i podejmowania stosownych działań.
- Wyniki oceny są omawiane z personelem.
- Zatrudnieni mają możliwość zgłaszania zastrzeżeń do przedstawionej oceny.
- Dokumentacja dotycząca ocen pracowniczych znajduje się w aktach osobowych pracowników.



## 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

### ZZ 7 – Zakresy czynności osób zatrudnionych w Szpitalu

Aktualne zakresy czynności pracowników Szpitala znajdują się w aktach osobowych pracowników lub są elementem umowy cywilnoprawnej, obejmuje rzeczywisty zakres czynności.

### ZZ 8 – System zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych.

Zasady zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych są znane wszystkim zatrudnionym.

Zostały określone w Regulaminie Pracy dla Pracowników Szpitala Rejonowego w Raciborzu.



# 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)


## ZZ 9 – Badanie satysfakcji zawodowej personelu.

- Szpital Rejonowy w Raciborzu raz w roku prowadzi badanie satysfakcji zawodowej personelu.
- Wyniki badania podlegają analizie, na podstawie której kierownictwo Szpitala wyciąga wnioski i podejmuje stosowne działania.
- Wzór ankiety dotyczącej badania satysfakcji personelu stanowi załącznik do niniejszego standardu. Wypełnione przez pracowników ankiety znajdują się w Dziale Kadr Szpitala.



# 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

## ANKIETA SATYSFAKcji ZAWODOWEJ PRACOWNIKA

	<b>ZINTERGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>	<b>ZZ - 4</b>
	<b>PROCEDURA STANDARDU ZZ</b>	Strona 1/2 Wydanie 1 Rewizja 0

### ANKIETA SATYSFAKcji ZAWODOWEJ PRACOWNIKA

Szanowna Pani/Szanowny Panie prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie ankiety

Proszę podać kilka informacji o sobie


Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wiek	<input type="checkbox"/> 20-30 lat <input type="checkbox"/> 30-40 lat <input type="checkbox"/> 40-50 lat <input type="checkbox"/> 50-60 lat <input type="checkbox"/> powyżej 60 lat
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> średnie ogólne i zawodowe <input type="checkbox"/> wyższe (studia I stopnia i II stopnia) <input type="checkbox"/> doktorat i tytuły naukowe
Grupa zawodowa	<input type="checkbox"/> lekarze <input type="checkbox"/> personel wyższy (farmaceuci, rehabilitanci, diagności) <input type="checkbox"/> pielęgniarki i położne <input type="checkbox"/> personel średni medyczny i technicy medyczni <input type="checkbox"/> personel pozostały w działalności podstawowej <input type="checkbox"/> personel administracyjno-ekonomiczno-techniczny <input type="checkbox"/> personel obsługi
Kadra kierownicza	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

#### Moja praca w szpitalu

Proszę podać okres zatrudnienia w naszym Szpitalu.	<input type="checkbox"/> mniej niż 1 rok <input type="checkbox"/> 1-5 lat <input type="checkbox"/> 5-10 lat <input type="checkbox"/> 10-20 lat <input type="checkbox"/> powyżej 20 lat
Jak Pani/Pan ocenia atmosferę panującą w komórce organizacyjnej w której Pani/Pan pracuje?	<input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> dostatecznie <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> bardzo dobrze
Jak Pani/Pan ocenia swojego przełożonego?	<input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> dostatecznie <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> bardzo dobrze
Swoje relacje z przełożonym uważam za ...?	<input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> nieprawidłowe, ponieważ .....
Mój wysiłek i zaangażowanie są doceniane przez mojego przełożonego.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy ma Pani/Pan poczucie, że Pani/Pana umiejętności, zdolności i kwalifikacje są właściwie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Niniejszy Standard jest własnością Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Roska w Raciborzu. Jego kopiowanie lub rozpowszechnianie jest zabronione

1

	<b>ZINTERGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO</b>	<b>ZZ - 4</b>
	<b>PROCEDURA STANDARDU ZZ</b>	Strona 2/2 Wydanie 1 Rewizja 0

wykorzystywane przez Pani/Pana bezpośredniego przełożonego?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, jakie .....
Czy dostrzega Pani/Pan zjawisko dyskryminacji i mobbingu w Szpitalu (ze względu na płeć, wiek, wyznanie itp.)?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
W swojej pracy mam jasno zdefiniowane cele.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy jest mi znana Misja Szpitala?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Znane mi są plany i strategia Szpitala.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy mam poczucie, że moja praca jest ważna i wpływa na sukcesy Szpitala.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Mam poczucie, iż przyczyniam się do osiągania założonych celów jakości określonych przez przełożonego.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jak ocenia Pani/Pan perspektywę rozwoju zawodowego (dostępność do szkoleń, przekwalifikowania się, awansu itp.)?	<input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> dostatecznie <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> bardzo dobrze
Czy chciałaby Pani/Pan zmienić formę zatrudnienia z umowy na pracę na kontrakt, umowę zlecenie itp.?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, jaki rodzaj .....
Jak ocenia Pani/Pan poziom otrzymywanego wynagrodzenia za wykonywaną pracę?	<input type="checkbox"/> dobrze oszacowany <input type="checkbox"/> źle oszacowany
Jak ocenia Pani/Pan sferę zabezpieczenia bezpieczeństwa i higieny pracy przez pracodawcę (odzież robocza, wyposażenie stanowiska pracy w aparaturę medyczną, warunki lokalowe itp.)?	<input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/> dostatecznie <input type="checkbox"/> dobrze <input type="checkbox"/> bardzo dobrze

#### Ewentualne wnioski/uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Niniejszy Standard jest własnością Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Roska w Raciborzu. Jego kopiowanie lub rozpowszechnianie jest zabronione

2

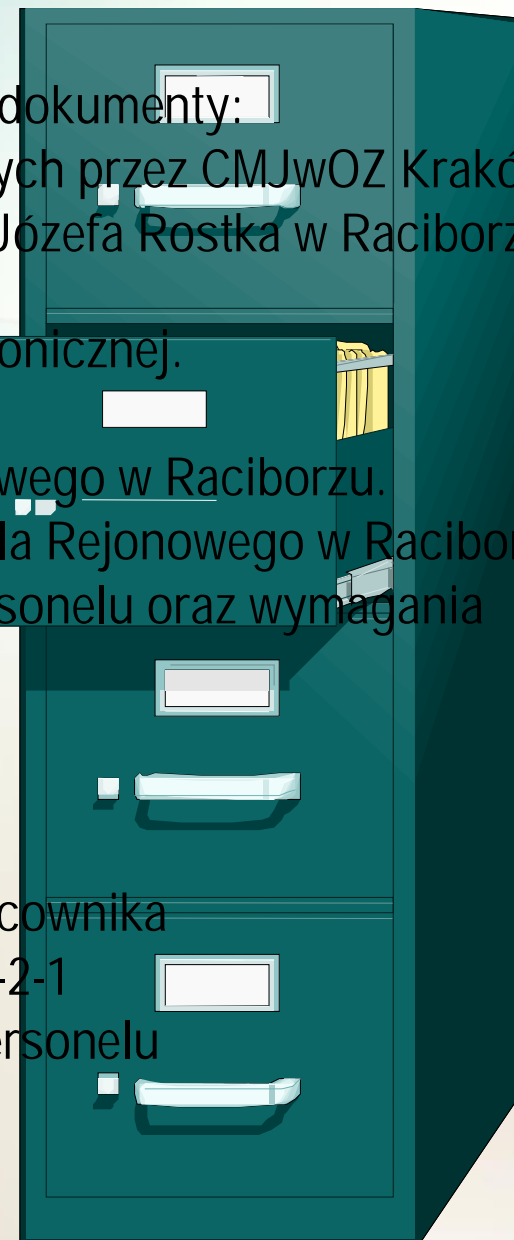
# 13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ)

## DOKUMENTY ZWIĄZANE

1. Z niniejszym standardem związane są następujące dokumenty:
2. Zestaw Standardów Akredytacyjnych 2009, wydanych przez CMJwOZ Kraków.
3. Regulamin organizacyjny Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu. (ZO2), (ZO4)
4. Dokumentacja ZSZJiZŚ w wersji papierowej i elektronicznej.
5. Dokumentacja kadrowa
6. Regulamin Pracy dla Pracowników Szpitala Rejonowego w Raciborzu.
7. Regulamin Wynagradzania dla pracowników Szpitala Rejonowego w Raciborzu.
8. Akty prawne określające požądane kwalifikacje personelu oraz wymagania dotyczące prawa wykonywania zawodu.

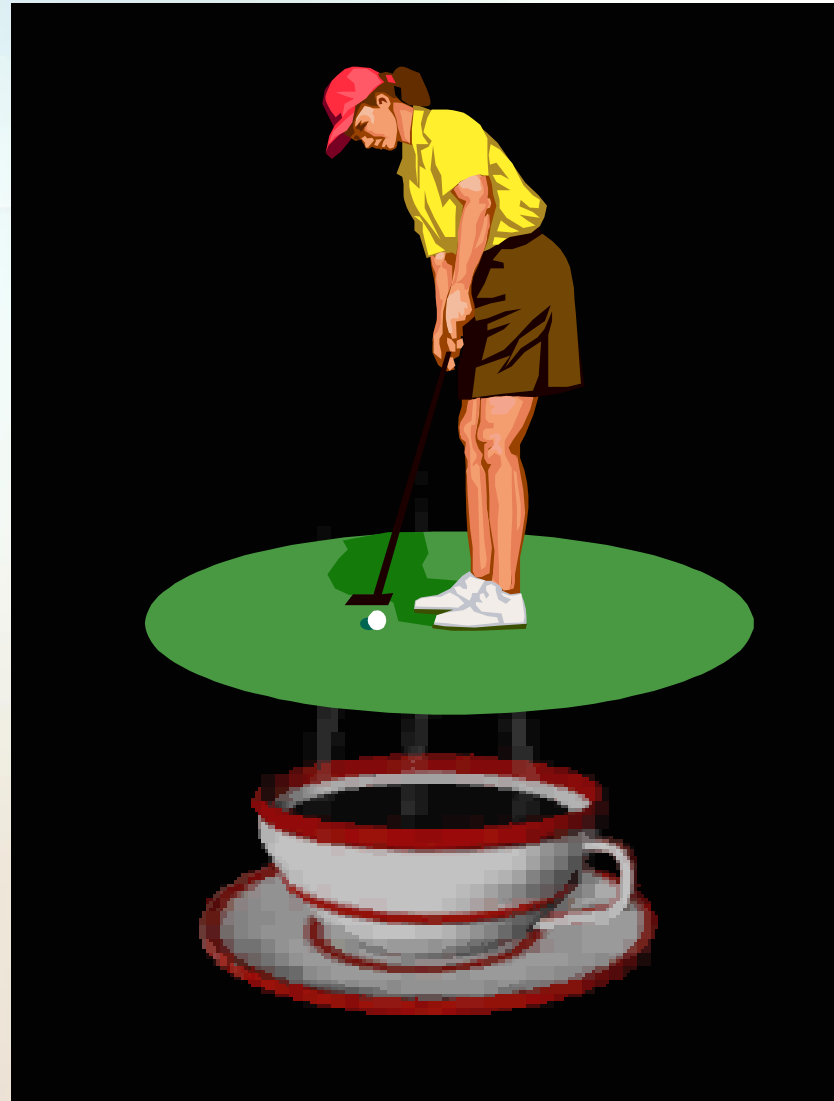
## ZAŁĄCZNIKI

- Załącznik 1 Planowanie zatrudnienia ZZ-1
- Załącznik 2 Procedura ZZ 2 - Program adaptacji zawodowej pracownika
- Załącznik 3 Arkusz oceny adaptacji zawodowej pracownika. ZZ-2-1
- Załącznik 4 Procedura ZZ 3 - Ocena kwalifikacji i aktywności personelu
- Załącznik 5 Karta oceny zawodowej pracownika ZZ-3-1
- Załącznik 6 Ankieta badania satysfakcji pracownika ZZ-4



# PRZERWA

## 10 minut



# 14. Zarządzanie Informacją (ZI)

- 1 – System gromadzenia danych i przetwarzania informacji
- 2 – Zasady bezpieczeństwa dotyczącej informacji medycznej
- 3 – Zabezpieczenie dokumentacji medycznej
- 4 – Czytelność, kompletność i autoryzowanie dokumentacji medycznej
- 5 – Mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności i autoryzacji dokumentacji medycznej
- 6 – Procedura komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie



# 14. Zarządzanie Informacją (ZI)

## ZI 1 – System gromadzenia danych i przetwarzania informacji

System gromadzenia danych i przetwarzania informacji w naszej placówce składa się z kilku podzespołów opisanych w następujących dokumentach:

1. Instrukcja Archiwalna w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu
2. Instrukcja Kancelaryjna w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu
3. Procedura PP-1 dotycząca „Udzielania informacji i udostępniania dokumentacji medycznej” (zasady udostępniania danych i dokumentacji wewnątrz i na zewnątrz szpitala] za komunikację z środowiskiem lokalnym, mediami itp. odpowiada Dyrektor Szpitala oraz osoby, które są przez niego każdorazowo upoważnione.

# 14. Zarządzanie Informacją (ZI)

## ZI 1.1 – Osoby odpowiedzialne za bezpieczeństwo informacji na terenie jednostki

- W tej sprawie powstało zarządzenie Dyrektora Szpitala odnośnie: „Powołania administratora bezpieczeństwa informacji” nr 28/2011.
- Administrator bezpieczeństwa informacji sprawuje władztwo nad bezpieczeństwem i przetwarzaniem danych osobowych przez zaciąganie zobowiązań i rozporządzanie prawami. Nie ma przy tym znaczenia fakt, czy podmiot ten jest w posiadaniu przetwarzanych danych lub sam je przetwarza.



# 14. Zarządzanie Informacją (ZI)

## ZI 1.2 – Zasady dostępu do sieci rozległej dla pracowników i pacjentów szpitala

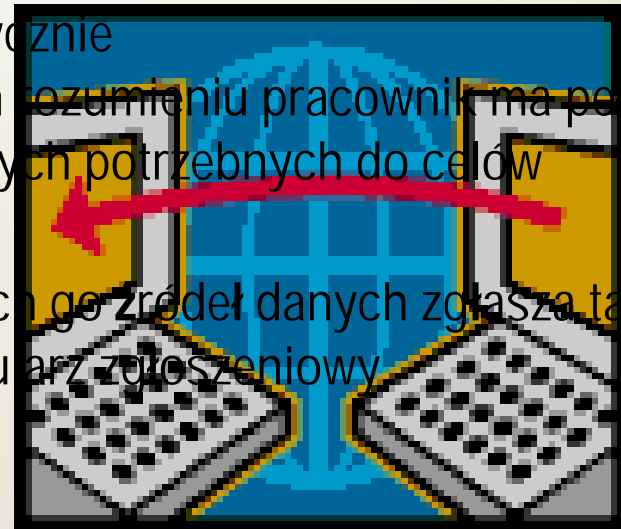
- Zasady dostępu do sieci rozległej dla pracowników i pacjentów szpitala określa dokument: Regulamin użytkowania szpitalnej sieci komputerowej.
- Powyższy dokument reguluje zasady dostępu użytkowników (pracowników, pacjentów oraz gości) do komputerowej sieci szpitalnej poprzez nadanie stosownych uprawnień drogą formalną.



# 14. Zarządzanie Informacją (ZI)

## ZI 1.3 – Zasady dostępu do zewnętrznych źródeł danych dla pracowników medycznych

- Zasady dostępu do zewnętrznych źródeł danych dla pracowników medycznych określa dokument:  
Regulamin użytkowania szpitalnej sieci komputerowej.
- W powyższym dokumencie jest opisane w jaki sposób pracownik może wnioskować o indywidualny dostęp do komputera (prawie wszystkie mają dostęp do Internetu). Napisane jest tam również, że dostęp do Internetu jest tylko w celach służbowych i są określone obszary Internetu, które są kategoricznie zablokowane (sex, narkotyki, przemoc itp.). W tym rozumieniu pracownik ma pełną swobodę w dostępie do zewnętrznych źródeł danych potrzebnych do celów służbowych.
- Jeżeli pracownik nie ma dostępu do interesujących go źródeł danych zgłasza taką potrzebę pracownikom informatyki poprzez formularz zgłoszeniowy.



# 14. Zarządzanie Informacją (ZI)

## ZI 2 – Zasady bezpieczeństwa dotyczące informacji medycznej

- Opis zasad bezpieczeństwa przed utratą oraz zniszczeniem ujęty jest w dwóch następujących dokumentach:
  - Instrukcja Archiwalna w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu
  - Instrukcja Kancelaryjna w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu
  - Regulamin archiwizacji danych elektronicznych
- Zasady dostępu do poszczególnych rodzajów dokumentacji medycznej opisane są w poniższych dokumentach:
  - Procedura PP-1 dotycząca „Udzielania informacji i udostępniania dokumentacji medycznej”
  - Regulamin użytkowania szpitalnej sieci komputerowej
- W sytuacjach krytycznych należy w zależności od formy dokumentacji zapoznać się z:
  - dokumentacja elektroniczna – Zarządzeniem dyrektora 36/2010 wyd. II odnośnie: „Systemu zgłaszania i usuwania awarii, usterek, napraw, przeglądów i innych zdarzeń z tym związanych”
  - dokumentacja papierowa - Instrukcja Archiwalna w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu
- Oprócz tego opracowana został standard postępowania w sytuacjach krytycznych dotyczących dokumentacji medycznej (SOP-NTE-1/12)

# 14. Zarządzanie Informacją (ZI)

## ZI 3 – Zabezpieczenie dokumentacji medycznej

### ZI 3.1 – Zabezpieczenie papierowej wersji dokumentacji medycznej

- Papierowa wersja dokumentacji medycznej jest zabezpieczona poprzez archiwowanie jej w sposób temu właściwy. Dokładny opis czynności związanych z archiwizacją dokumentacji papierowej mieści się w „Instrukcji Archiwalnej w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu”.
- „Instrukcja Kancelaryjna w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu” definiuje dodatkowo sposób postępowania z dokumentacją medyczną zanim trafi ona do Archiwum szpitala.

# 14. Zarządzanie Informacją (ZI)

## ZI 3.2 – Bezpieczne przechowywanie archiwalnej dokumentacji medycznej

- Bezpieczne przechowywanie archiwalnej dokumentacji medycznej (zgodne z wymogami związanymi z monitorowaniem temperatury oraz wilgotności powietrza) jest opisane w Instrukcji Archiwalnej w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu

## ZI 3.3 – Dostępność archiwalnej dokumentacji medycznej

- **Dostępność** archiwalnej dokumentacji medycznej opisywane jest w następujących dokumentach:
  - Instrukcja Archiwalna w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu
  - Regulamin Organizacyjny Szpitala Rejonowego w Raciborzu
  - Procedura PP-1 dotycząca „Udzielania informacji i udostępniania dokumentacji medycznej”



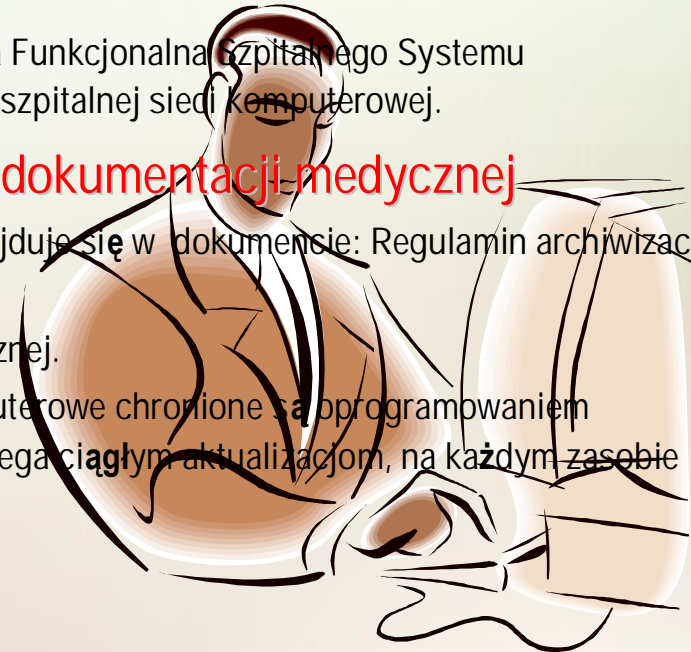
# 14. Zarządzanie Informacją (ZI)

## ZI 3.4 – Zasady dokonywania wpisów i autoryzacja dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej

- Zasady określające autoryzacji, dokonywania zmian oraz dostępu do danych zgodnie z pełnią funkcją są regulowane poprzez hierarchię uprawnień Szpitalnego Systemu Informatycznego „Infomedica” opisanych w Dokumentacja Funkcjonalna Szpitalnego Systemu Informatycznego „Infomedica”. Poszczególne punkty obszernie opisane są w następujących miejscach:
  - - a) pkt 2.2.2 oraz 5.2 Dokumentacji funkcjonalnej
  - - b) pkt 2.2.1 Dokumentacji funkcjonalnej
  - - c) pkt 5.2 Dokumentacji funkcjonalnej
- W przypadku dokonywania zmian, których nie reguluje Dokumentacja Funkcjonalna Szpitalnego Systemu Informatycznego „Infomedica” jest w mocy - Regulamin użytkowania szpitalnej sieci komputerowej.

## ZI 3.5 – Zabezpieczenie elektronicznej wersji dokumentacji medycznej

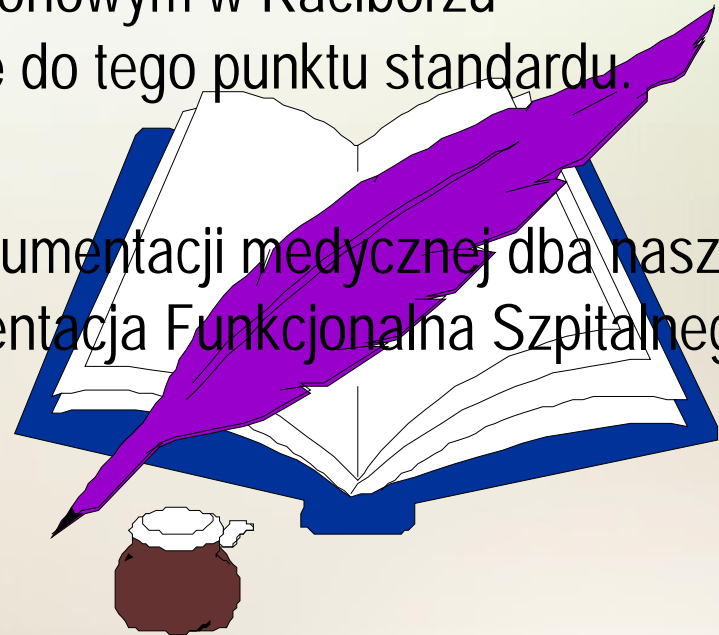
- Opis zabezpieczeń elektronicznej wersji dokumentacji medycznej znajduje się w dokumencie: Regulamin archiwizacji danych elektronicznych.
- Sieć wewnętrzna „intranet” nie jest dostępna od strony sieci zewnętrznej.
- Elektroniczna dokumentacja medyczna, jak i wszystkie zasoby komputerowe chronione są oprogramowaniem antywirusowym: „Eset Nod32 Antivirus Business Edition”, które podlega ciągłym aktualizacjom, na każdym zasobie komputerowym w obrębie wewnętrznej sieci komputerowej.



# 14. Zarządzanie Informacją (ZI)

## ZI 4 – Czytelność, kompletność i autoryzowanie dokumentacji medycznej

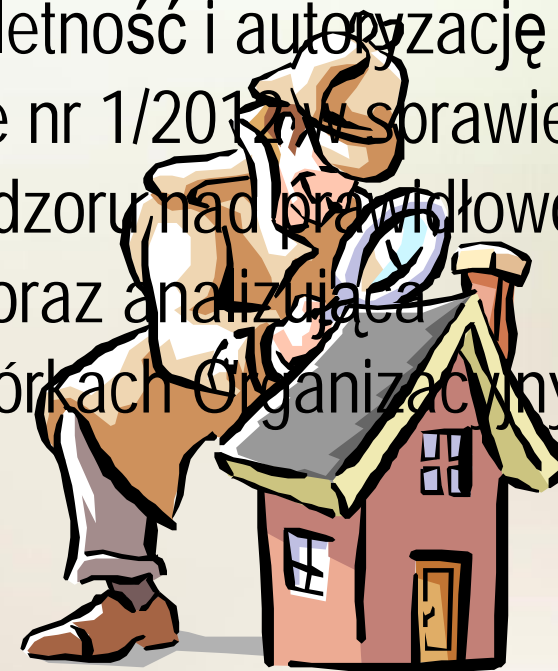
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania opisuje w jaki sposób ma wyglądać czytelna, kompletna i autoryzowana dokumentacja medyczna. W Szpitalu Rejonowym w Raciborzu przestrzegane są przepisy odnoszące się do tego punktu standardu.
- Poza tym o czytelność i kompletność dokumentacji medycznej dba nasz szpitalny system informatyczny - Dokumentacja Funkcjonalna Szpitalnego Systemu Informatycznego „Infomedica”



# 14. Zarządzanie Informacją (ZI)

## ZI 5 – Mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności i autoryzacji dokumentacji medycznej

- W Szpitalu Rejonowym w Raciborzu została powołana komisja regularnie oceniająca zawartość, kompletność i autoryzację dokumentacji medycznej – Zarządzenie nr 1/2012 w sprawie: „powołania Komisji do sprawowania nadzoru nad prawidłowością prowadzenia dokumentacji medycznej oraz analizująca przyczyny odmów hospitalizacji w Komórkach Organizacyjnych Szpitala”



# 14. Zarządzanie Informacją (ZI)

## ZI 6 – Procedura komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie

- Procedurę komunikacji z pacjentem reguluje: Procedura PP-1 dotycząca „Udzielania informacji i udostępniania dokumentacji medycznej”.
- Zagadnienie komunikacji z pacjentem po wypisie i opuszczeniu szpitala obszernie opisuje punkt 6.5.5 wyżej wymienionej procedury.



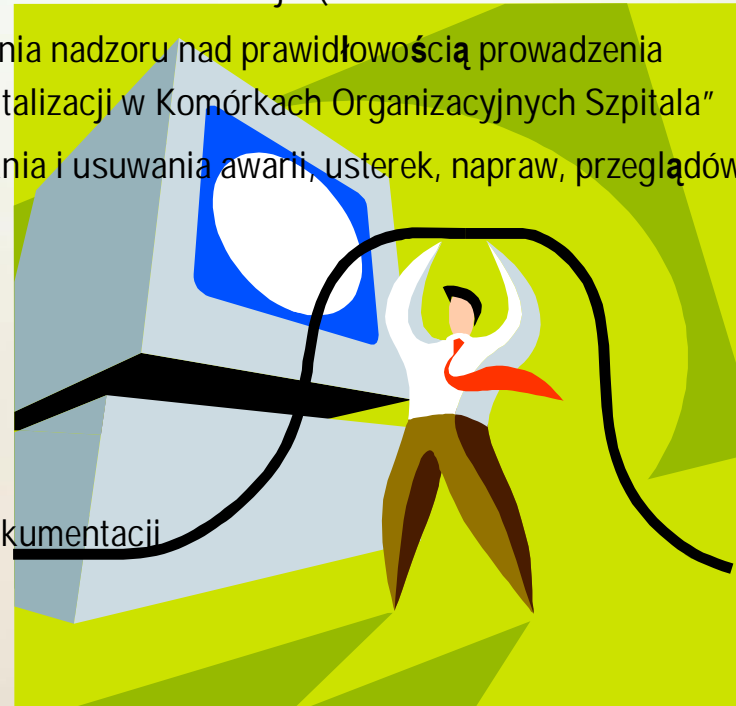
# 14. Zarządzanie Informacją (ZI)

## DOKUMENTY ZWIĄZANE

1. Zestaw Standardów Akredytacyjnych 2009, wydanych przez CMJwOZ Kraków
2. Procedura PP-1 dotycząca „Udzielania informacji i udostępniania dokumentacji medycznej” (ZI1), (ZI2), (ZI3.3), (ZI6)
3. Dokumentacja ZSZJiZŚ w wersji papierowej i elektronicznej

## ZAŁĄCZNIKI

1. Fragment Dokumentacji Funkcjonalnej Szpitalnego Systemu Informatycznego „Infomedica”(pkt 2.2.1, pkt 2.2.2, pkt 5.2)
2. Zarządzenie dyrektora odnośnie „Powołania administratora bezpieczeństwa informacji” (
3. Zarządzenie dyrektora odnośnie „Powołania Komisji do sprawowania nadzoru nad prawidłowością prowadzenia dokumentacji medycznej oraz analizująca przyczyny odmów hospitalizacji w Komórkach Organizacyjnych Szpitala”
4. Zarządzenie dyrektora 36/2010 wyd. II odnośnie: „Systemu zgłaszania i usuwania awarii, usterek, napraw, przeglądów i innych zdarzeń z tym związanych” (
5. Regulamin użytkowania szpitalnej sieci komputerowej
6. Regulamin archiwizacji danych elektronicznych
7. Instrukcja Archiwalna w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu
8. Instrukcja Kancelaryjna w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu
9. Standard postępowania w sytuacjach krytycznych dotyczących dokumentacji medycznej(SOP-NTE-1/12) (ZI2)



# 15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (SO)



- 1 - W szpitalu określono istniejące uchybienia budowlane i opracowano plan ich likwidacji.
- 2 - Infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych.
- 3 - W szpitalu opracowano i wdrożono program zapobiegania wypadkom i urazom.
- 4 - W szpitalu opracowano i wdrożono zasady postępowania i przechowywania substancji i materiałów niebezpiecznych.
- 5 - Sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana i sprawna we wszystkich obszarach pobytu pacjentów.
- 6 - W szpitalu opracowano plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala.
- 7 - Ćwiczebna ewakuacja na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala jest przeprowadzana corocznie.
- 8 - Szpital spełnia wymogi przeciwpożarowe.
- 9 - Szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego.
- 10 - Systemy zabezpieczenia są regularnie sprawdzane.
- 11 - W szpitalu opracowano plan zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych.
- 12 - Personel jest przeszkolony na temat zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu i urządzeń pracy.
- 13 - Szpital posiada politykę dotyczącą odpadów, obejmującą segregację, transport, przechowywanie i utylizację.
- 14 - Szpital przestrzega wymagań związanych z powierzchnią sal chorych.
- 15 - Pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzewane i wentylowane.
- 16 - Szpital posiada funkcjonalny system orientacji przestrzennej.
- 17 - Dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć są dogodne i dobrze oznakowane.
- 18 - Wyroby medyczne stosowane w szpitalu są serwisowane zgodnie z zaleceniami producenta.
- 19 - Wyroby medyczne w szpitalu posiadają dokumentację serwisową.



# 15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (SO)

## ŚO 1 - W szpitalu określono istniejące uchybienia budowlane i opracowano plan ich likwidacji.

- Opracowano plan likwidacji uchybień budowlanych określający zmiany i modyfikacje mające na celu zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta, odwiedzających i pracowników Plan został opracowany w dziale NTE.
- Plan podlega aktualizacji w okresie nie rzadziej niż raz rok

## ŚO 2 - Infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych.

- Szpital spełnia wymogi dostosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.
- Szpital posiada decyzje nadzoru budowlanego dopuszczające obiekty do użytkowania.



# 15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (SO)

## ŚO 3 – W szpitalu opracowano i wdrożono program zapobiegania wypadkom i urazom.

- Szpital posiada i ma wdrożony program zapobiegania wypadkom i urazom obejmujący system oznakowania miejsc niebezpiecznych, zabezpieczenia przeciwporażeniowe oraz zabezpieczenia budowlane.
- Program dostępny u Inspektora do spraw BHP.
- Program jest aktualizowany raz na dwa lata

## ŚO 4 – w szpitalu opracowano i wdrożono zasady postępowania i przechowywania substancji i materiałów niebezpiecznych.

- W Szpitalu istnieje wykaz substancji i materiałów niebezpiecznych wykorzystanych w szpitalu.
- Opracowano i wdrożono zasady postępowania i przechowywania substancji niebezpiecznych zgodnie z charakterystyką substancji niebezpiecznych, dokumentacja dostępna częściowo u Inspektora BHP oraz u KKO.

## ŚO 5 – sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana i sprawna we wszystkich obszarach pobytu pacjentów.

- Szpital wyposażony jest z sygnalizację przyzywową sprawną we wszystkich obszarach pobytu pacjentów - dokumentacja dostępna w Dziale NTE.

# 15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (SO)

**ŚO 6** – w szpitalu opracowano plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala.

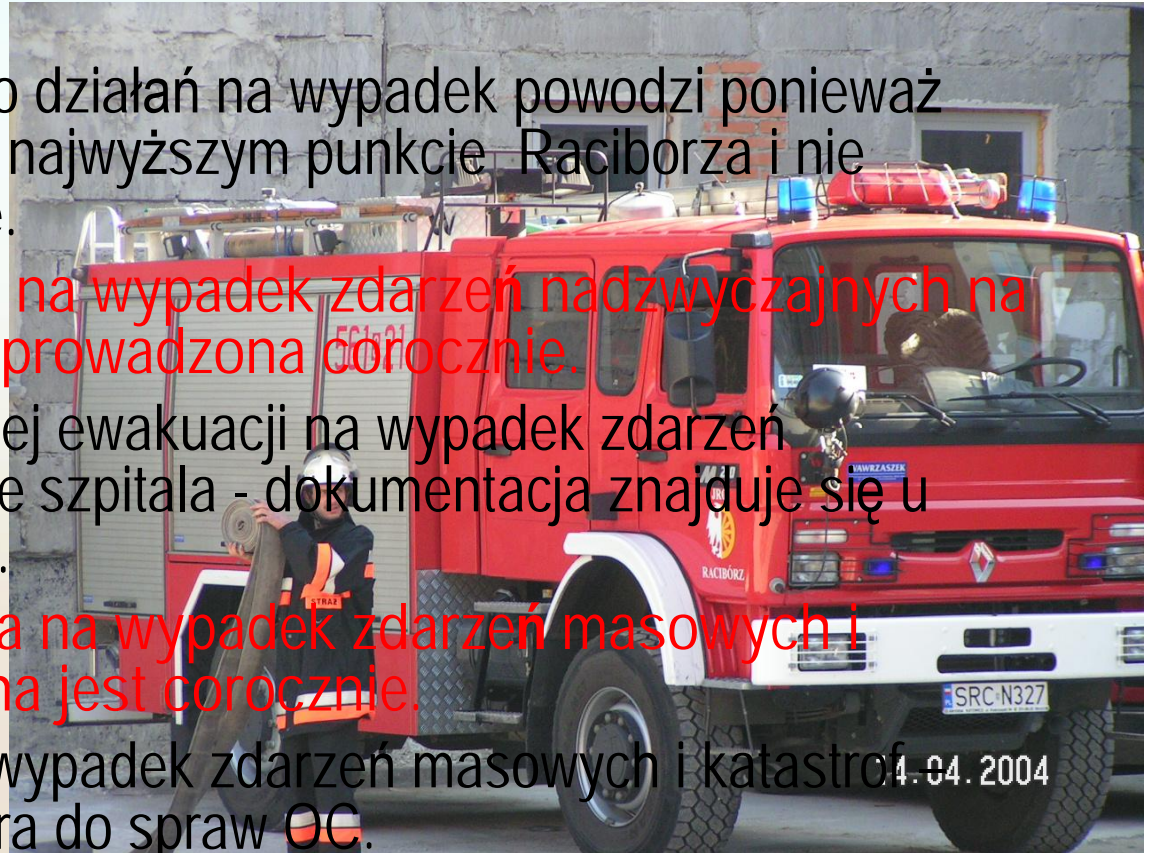
- Szpital posiada plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala – plan dostępny u Inspektora do spraw ppoż.
- W planie nie uwzględniono działań na wypadek powodzi ponieważ Szpital usytuowany jest w najwyższym punkcie Raciborza i nie występuje w/w zagrożenie.

**ŚO 7** – ćwiczebna ewakuacja na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala jest przeprowadzona corocznie.

- Dokumentacja z ćwiczebnej ewakuacji na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala - dokumentacja znajduje się u Inspektora do spraw ppoż.

**ŚO 7.1** - ćwiczebna symulacja na wypadek zdarzeń masowych i katastrof przeprowadzona jest corocznie.

- Ćwiczebna symulacja na wypadek zdarzeń masowych i katastrof dokumentacja u Inspektora do spraw OC.



# 15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (SO)

## ŚO 8 – szpital spełnia wymogi przeciwpożarowe.

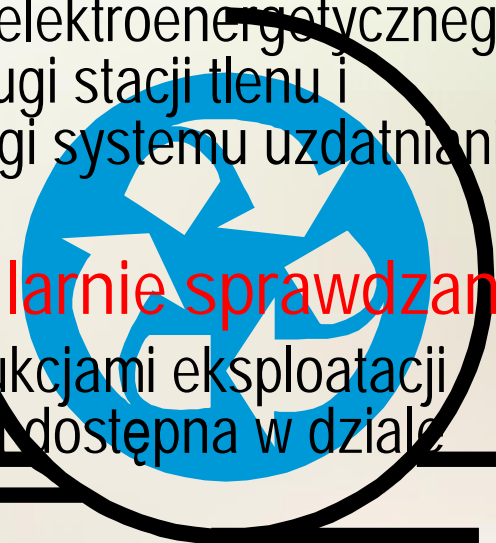
- Dział NTE prowadzi dokumentację eksploatacyjną pracy systemów ppoż. zgodnie z przepisami ppoż. obowiązująca w tym zakresie oraz instrukcją ppoż.

## ŚO 9 – szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego.

- Szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną, wodę i gazy medyczne. Opis, sposób postępowania na wypadek awarii zawarty jest w Instrukcji systemu elektroenergetycznego Szpitala Rejonowego w Raciborzu, Instrukcji obsługi stacji tlenu i instalacji gazów medycznych oraz Instrukcji obsługi systemu uzdatniania wody. Załącznik ŚO-11, ŚO-12.

## ŚO 10 – systemy zabezpieczenia są regularnie sprawdzane.

- Eksploatacja systemów awaryjnych zgodnie instrukcjami eksploatacji systemy są okresowo sprawdzane. Dokumentacja dostępna w dziale NTE.



# 15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (SO)

**ŚO 11** – w szpitalu opracowano plan zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych.

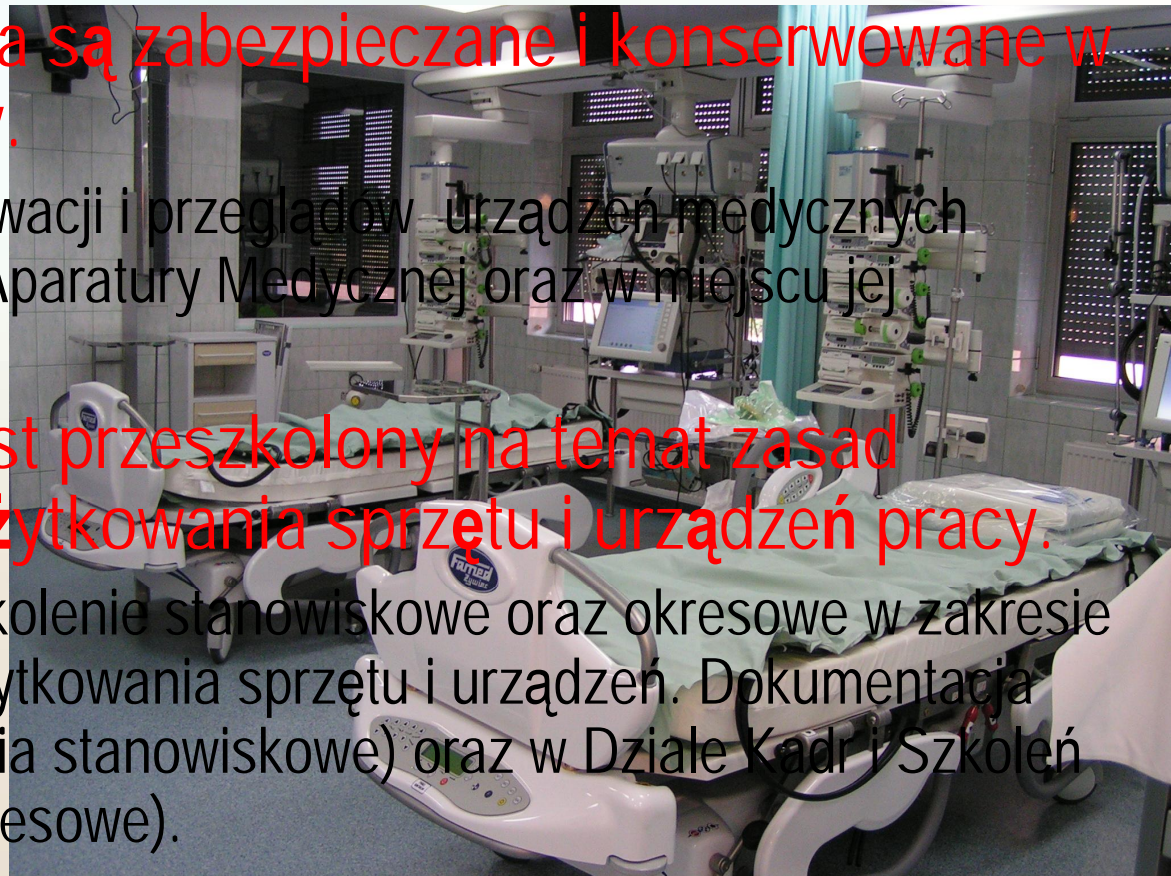
- Plan zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych – dostępny w Sekcji Aparatury Medycznej.

**ŚO 11.1** – urządzenia są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy.

- Dokumentacja z konserwacji i przeglądów urządzeń medycznych dostępna jest w Sekcji Aparatury Medycznej oraz w miejscu jej użytkowania.

**ŚO 12** – personel jest przeszkolony na temat zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu i urządzeń pracy.

- Personel przechodzi szkolenie stanowiskowe oraz okresowe w zakresie zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu i urządzeń. Dokumentacja szkoleń u KKO (szkolenia stanowiskowe) oraz w Dziale Kadr i Szkoleń (szkolenia wstępne i okresowe).



## 15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (SO)

**ŚO 13, – Szpital posiada politykę dotyczącą odpadów, obejmującą segregację, transport, przechowywanie i utylizację.**

- W szpitalu opracowana jest „Instrukcja postępowania z odpadami w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu” – dostępna jest w Dziale NTE oraz w komórkach organizacyjnych.
- Wymieniona instrukcja określa politykę zakładu w zakresie segregacji, transportu, przechowywania i utylizacji odpadów.
- Szpital ma także wdrożony System Zarządzania Środowiskowego wg normy ISO 14001:2004.



# 15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (SO)

**ŚO 13.1** – wszystkie odpady w szpitalu są segregowane zgodnie z przyjętymi zasadami.

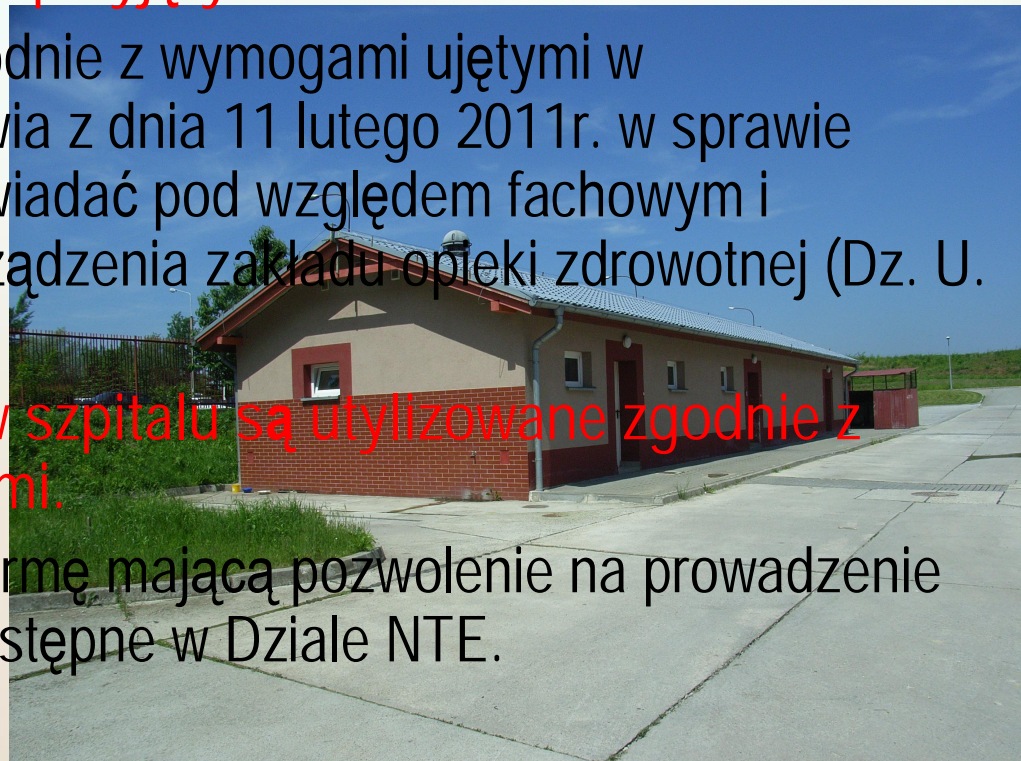
- Segregacja odbywa się w miejscu powstawania odpadów zgodnie instrukcją postępowania z odpadami w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu.

**ŚO 13.2** – wszystkie odpady w szpitalu są transportowane i przechowywane zgodnie z przyjętymi zasadami.

- Odpady są transportowane zgodnie z wymogami ujętymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2011r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 31 poz. 158).

**ŚO 13.3** – wszystkie odpady w szpitalu są utylizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami.

- Odpady są utylizowane przez firmę mającą pozwolenie na prowadzenie tej działalności. Świadectwo dostępne w Dziale NTE.



# 15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (SO)

**ŚO 14** – szpital przestrzega wymagań związanych z powierzchnią sal chorych.

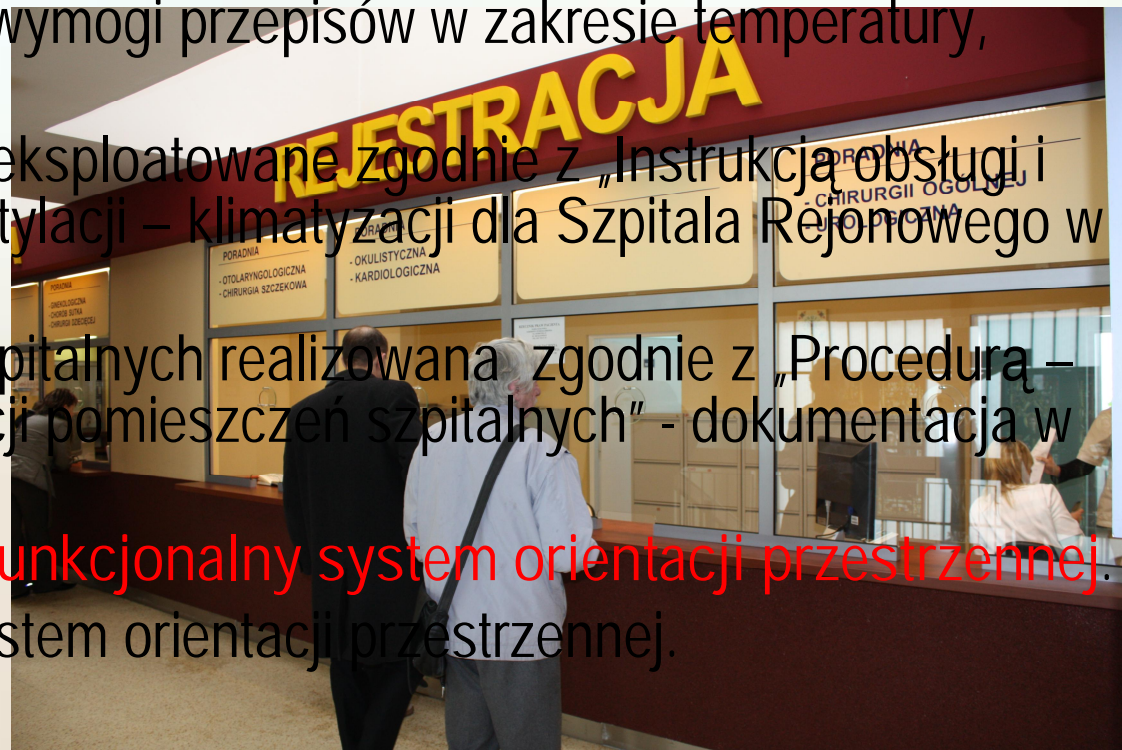
- Szpital posiada sale chorych, których powierzchnia jest zgodna z wymogami. Dokumentacja dostępna w Dziale NTE.

**ŚO 15** – pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzewane i wentylowane.

- Pomieszczenia spełniają wymogi przepisów w zakresie temperatury, wentylacji.
- Urządzenia wentylacji są eksploatowane zgodnie z „Instrukcją obsługi i konserwacji instalacji wentylacji – klimatyzacji dla Szpitala Rejonowego w Raciborzu”.
- Czystość pomieszczeń szpitalnych realizowana zgodnie z „Procedurą – sprzątania i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych” - dokumentacja w Dziale Gospodarczym.

**ŚO 16** – szpital posiada funkcjonalny system orientacji przestrzennej.

- W Szpitalu funkcjonuje system orientacji przestrzennej.



## 15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (SO)

**ŚO 17** – dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć są dogodne i dobrze oznakowane.

- Szpital posiada dogodny dojazd i dojście do Izby Przyjęć. Dokumentacja dostępna w Dziale NTE.

**ŚO 18** – wyroby medyczne stosowane w szpitalu są serwisowane zgodnie z zaleceniami producenta.

- Szpital przeprowadza przeglądy potwierdzające sprawność techniczną wyrobów medycznych.

**ŚO 19** – wyroby medyczne w szpitalu posiadają dokumentację serwisową.

- Wyroby medyczne stosowane w Szpitalu podlegają okresowym przeglądom i posiadają dokumentację serwisową dostępną w miejscu ich użytkowania.



# 15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (SO)

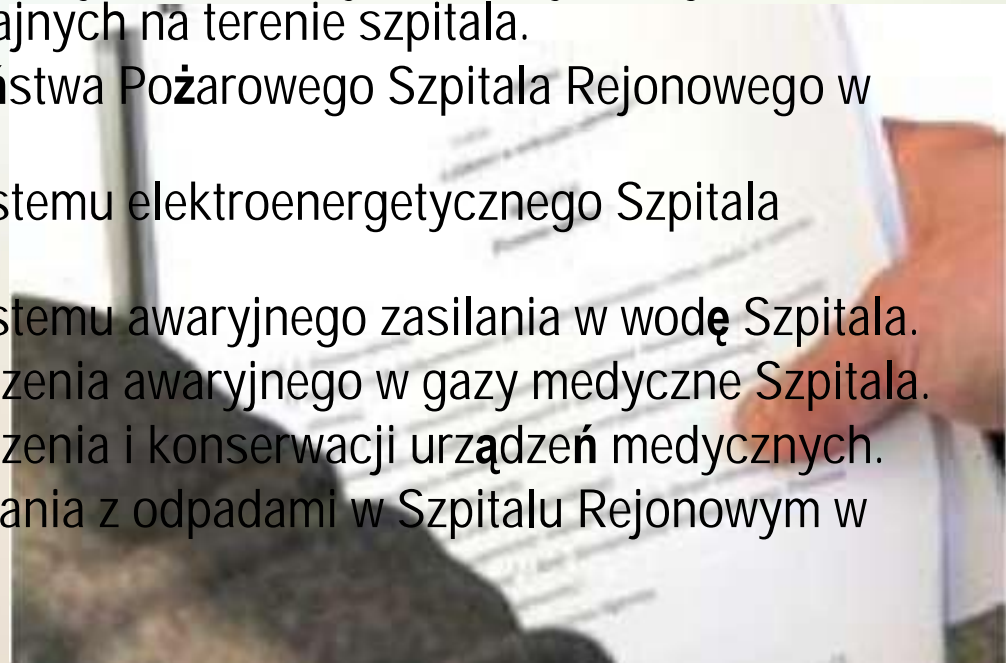
## DOKUMENTY ZWIĄZANE

1. Z niniejszą procedurą związane są następujące dokumenty:
2. Zestaw Standardów Akredytacyjnych 2009, wydanych przez CMJ w OZ Kraków
3. Księga Jakości, Procedury ZSZJ Właściciel
4. Zasady postępowania w sytuacjach awaryjnych dotyczących substancji niebezpiecznych. Klient
5. Instrukcja obsługi systemu uzdatniania wody (Ś09.2).
6. Instrukcja zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych (Ś011). Dostawcy
7. Procedura – sprzątania i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych (Ś015).
8. Instrukcja obsługi i konserwacji instalacji wentylacji – klimatyzacji dla Szpitala Rejonowego w Raciborzu (Ś015). Zarządca
9. Zarządzenie Dyrektora Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu w sprawie zgłaszania i usuwania awarii, usterek, napraw, przeglądów i innych zdarzeń z tym związanych (Ś01, Ś09, Ś011). Społeczeństwo
10. Zarządzenie Dyrektora w sprawie Wprowadzenia Instrukcji Zarządzania Nieruchomością Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu (Ś01, Ś05).
11. Instrukcja zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych (Ś011). Ekosystem

# 15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (SO)

## ZAŁĄCZNIKI

1. Ś0 - 1 Plan uchybień budowlanych z terminami ich usunięcia.
2. Ś0 - 2 Program zapobiegania wypadkom i urazom.
3. Ś0 – 3 Standard postępowania i przechowywania substancji i materiałów niebezpiecznych.
4. Ś0 – 4 Plan Ewakuacji w Szpitalu Rejonowym
5. Ś0 – 5 Raport z przeprowadzonej „ćwiczebnej ewakuacji chorych na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala.
6. Ś0 – 6 Instrukcja Bezpieczeństwa Pożarowego Szpitala Rejonowego w Raciborzu, ul. Gamowska.
7. Ś0 – 7 Instrukcja obsługi systemu elektroenergetycznego Szpitala Rejonowego w Raciborzu.
8. Ś0 – 9 Instrukcja obsługi systemu awaryjnego zasilania w wodę Szpitala.
9. Ś0 – 10 Instrukcja zabezpieczenia awaryjnego w gazy medyczne Szpitala.
10. Ś0 – 11 Instrukcja zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych.
11. Ś0 – 12 Instrukcja postępowania z odpadami w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu.





# W OPRACOWANIU STANDARDÓW BRALI UDZIAŁ

**GABRIELA BUJNOWSKA**

**JANINA BUDZIOSZ DUDEK**

**BOŻENA KOWALCZUK**

**GRAŻYNA PTAK**

**EWA TKOCZ**

**SABINA WÓJCIK**

**RYSZARD RUDNIK**

**WŁODZIMIERZ KĄCIK**

**WITOLD SURMA**

**STANISŁAW TOMKIEWICZ**

**SEBASTIAN WEINER**

**HUBERT ZYGAR**

**GRZEGORZ BULA**



# DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ



Grzegorz Bula  
Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością  
*Szpital Rejonowy w Raciborzu*  
**gbula@szpital-raciborz.org    tel 32 755 50 71**  
Grzegorz Bula