

§ 1

Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem w Centrum Medycznym MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o. określa zasady, procedury, metody oraz opisy stanowisk pracy w celu zapobieżenia wystąpieniu zdarzeń niepożądanych.

§ 2

1. Prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem polega na wdrożeniu, utrzymaniu i usprawnianiu tego systemu na podstawie oceny jego skuteczności oraz wyników badań opinii i doświadczeń pacjentów.
2. Centrum Medyczne MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o. w ramach wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem:
 - a) wdraża rozwiązania służące identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - b) identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - c) określa kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - d) okresowo monitoruje i ocenia jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - e) monitoruje zdarzenia niepożądane;
 - f) zapewnia dostęp do szkolenia służącego uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń;
 - g) prowadzi badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety.

§ 3

1. Badanie opinii i doświadczeń pacjentów w Centrum Medycznym MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o. przeprowadza się przy pomocy ankiety, której wzór stanowi załącznik nr 3 do „Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem w Centrum Medycznym MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o.”.
2. Centrum Medyczne MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o. informuje pacjentów poprzez eksponowane tablice informacyjne o możliwości wypełnienia ankiety badania opinii i doświadczeń pacjentów, i to w sposób zapewniający swobodę wyrażenia opinii.

§ 4

1. Osobą odpowiedzialną za prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem w Centrum Medycznym MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o. pozostaje kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej tj. Zarząd Spółki Centrum Medycznym MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o.

2. Do zadań osoby odpowiedzialnej należy:
- a) przeprowadzanie analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego;
 - b) zapewnianie zasobów i informacji niezbędnych do właściwego monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - c) opracowywanie dokumentów określających zasady, procedury, metody oraz opisy stanowisk pracy.

§ 5

Zasady zgłaszania zdarzeń niepożądanych mogących wystąpić w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów określa „Procedura zgłaszania zdarzeń niepożądanych powstałych w Centrum Medycznym MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o. w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych” stanowiąca załącznik nr 1 do „Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem w Centrum Medycznym MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o.”.

§ 6

Opis stanowisk pracy w Centrum Medycznym MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o. dokonywany jest w oparciu o „Kartę opisu stanowiska pracy”, której wzór stanowi załącznik nr 2 do „Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem w Centrum Medycznym MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o.”.

§ 7

Monitorowanie zdarzeń niepożądanych.

Monitorowanie zdarzeń niepożądanych w Centrum Medycznym Multimed to kluczowy element zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki zdrowotnej. Działania podjęte w celu kontrolowania zdarzeń:

1. **Zbieranie danych:** Wprowadzenie rejestru zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Może to obejmować zarówno poważne incydenty, jak i mniej istotne problemy.
2. **Analiza zdarzeń:** Regularna analiza zebranych danych w celu identyfikacji wzorców i przyczyn zdarzeń.
3. **Edukacja personelu:** Szkolenia dla pracowników w zakresie rozpoznawania i zgłaszania zdarzeń niepożądanych.
4. **Wdrażanie działań naprawczych:** Na podstawie analizy zdarzeń niepożądanych, opracowanie i wdrażanie działań mających na celu zapobieganie ich występowaniu w przyszłości.
5. **Monitorowanie skuteczności działań:** Regularne sprawdzanie, czy wprowadzone zmiany przynoszą oczekiwane rezultaty i prowadzą do zmniejszenia liczby zdarzeń niepożądanych.

Implementacja powyższych działań pomoże zwiększyć bezpieczeństwo w przychodni i poprawić jakość świadczonej opieki.

Załącznik nr 1 do Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem w Centrum Medycznym Multimed Tadeusz Jucyk Sp. z o.o.

	<p>PROCEDURA ZGŁASZANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH POWSTAŁYCH W TRAKCIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH</p> <p>Centrum Medyczne Multimed Tadeusz Jucyk Sp. z o.o.</p> <p>ul. Wojska Polskiego 33, 62-500 Konin</p>
---	---

ZAKRES OBOWIĄZYWANIA PROCEDURY

1. Procedura obowiązuje w Centrum Medycznym MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o. w miejscach udzielania świadczeń:
 - 1) PRZYCHODNIA KONIN, ul. Wojska Polskiego 33, 62-500 Konin
 - 2) PRZYCHODNIA KONIN 2, ul. Wojska Polskiego 33B, 62-500 Konin
 - 3) PRZYCHODNIA KALISZ, ul. Majkowska 13A, 62-800 Kalisz
 - 4) PRZYCHODNIA GNIEZNO, ul. Chudoby 16, 62-200 Gniezno
 - 5) PRZYCHODNIA OSTRÓW WIELKOPOLSKI, ul. Lotnicza 24, 63-400 Ostrów Wielkopolski
 - 6) PRZYCHODNIA KOŁO, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 25, 62-600 Koło
 - 7) PRZYCHODNIA WŁOCŁAWEK, ul. Piekarska 5, 87-800 Włocławek.
2. Procedura dotyczy zgłaszania zdarzeń niepożądanych mogących wystąpić w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów.

CEL PROCEDURY

Procedura zgłaszania zdarzeń niepożądanych powstałych w Centrum Medycznym MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o. w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi jeden z elementów wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem. Celem procedury jest:

1. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych.
2. Ujednolicenie zasad zgłaszania zdarzeń niepożądanych.
3. Określenie zasad przeprowadzania analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego.
4. Identyfikacja ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzanie tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.
5. Przygotowanie zaleceń działań naprawczych, które mają zapobiec przyszłemu powtórzeniu wystąpieniu podobnych zdarzeń niepożądanych.

SŁOWNIK POJEĆ

Słownik odnosi się do ram koncepcyjnych WHO dla Międzynarodowej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Pacjenta.

Zdarzenie niepożądane – zdarzenie, którego skutkiem jest wystąpienie u pacjenta szkody, jakiej można było uniknąć. *Zdarzenie niepożądane to zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki*

zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu. Nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej. Zdarzeń niepożądanych nie powinno się mylić z naturalnym postępowaniem choroby lub przewidywalnymi powikłaniami terapeutycznymi.

Działanie niepożądane – nieoczekiwana i niemożliwa do uniknięcia szkoda wynikająca z uzasadnionego działania, w ramach którego zastosowano prawidłowy proces w kontekście, w którym wystąpiło zdarzenie.

Działanie naprawcze – podjęte działanie lub zmiana okoliczności w celu poprawy lub zrekompensowania szkody po incydencie.

Czynnik dodatkowy – okoliczność, działanie lub wpływ, który, jak się uważa, odegrał rolę w zapoczątkowaniu lub rozwoju zdarzenia niepożądanego lub zwiększył ryzyko incydentu.

Wykrywanie – działanie lub okoliczność, które skutkują wykryciem zdarzenia niepożądanego.

Błąd – niewykonanie zaplanowanego działania zgodnie z zamierzeniem lub zastosowanie niewłaściwego planu.

Zdarzenie – coś, co przydarzyło się lub dotyczy pacjenta.

Zagrożenie – okoliczność, czynnik lub działanie, które może spowodować szkodę.
Incydent – każde odstępstwo od zwykłej opieki medycznej, które powoduje uraz pacjenta lub stwarza ryzyko urazu, w tym błędy, możliwe do uniknięcia zdarzenia niepożądane i zagrożenia.

Charakterystyka incydentu – wybrane cechy incydentu.

Typ incydentu – termin opisowy dla kategorii składającej się z incydentów o wspólnym charakterze, pogrupowanych ze względu na wspólne, uzgodnione cechy.

Czynnik łagodzący – działanie lub okoliczność, które zapobiegają lub spowalniają rozwój zdarzenia prowadzącego do powstania szkody dla pacjenta.

Sytuacja grożąca wypadkiem – zdarzenie, które nie dotknęło pacjenta.

Zdarzenie, które nie powinno mieć miejsca – zdarzenie zagrażające bezpieczeństwu pacjenta, które skutkuje poważnym uszczerbkiem na zdrowiu lub zgonem pacjenta (odnosi się to do szczególnie szokujących błędów medycznych).

Charakterystyka pacjenta – wybrane cechy pacjenta.

Efekt dla pacjenta – wpływ na pacjenta, który można całkowicie lub częściowo przypisać incydentowi.

Bezpieczeństwo pacjenta – ramy zorganizowanych działań, które tworzą kultury, procesy i procedury, zachowania, technologie i środowiska w opiece zdrowotnej, które

konsekwentnie i trwale: zmniejszają ryzyko, zmniejszają występowanie możliwych do uniknięcia szkód, zmniejszają prawdopodobieństwo popełnienia błędu i zmniejszają jego wpływ, gdy występuje.

Analiza pierwotnej przyczyny – systematyczny proces iteracyjny, w ramach którego czynniki, które przyczyniają się do incydentu, są identyfikowane poprzez rekonstrukcję sekwencji zdarzeń i wielokrotne zadawanie pytań „dlaczego?” dopóki nie zostaną wyjaśnione podstawowe przyczyny.

Zdarzenie wartownicze – nieoczekiwane zdarzenie pociągające za sobą zgon lub poważne obrażenia fizyczne lub psychiczne albo ryzyko ich wystąpienia. Poważny uraz obejmuje w szczególności utratę kończyny lub funkcji. Sformułowanie „lub ryzyko wystąpienia” obejmuje wszelkie zmiany procesu, w przypadku których ponowne wystąpienie wiązałoby się ze znaczną szansą wystąpienia poważnych, niepożądanych skutków.

Ryzyko - kombinacja prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia i jego konsekwencja. Zarządzanie ryzykiem klinicznym jest kluczowym elementem w systemie zarządzania jakością (PN-EN ISO 15224:2013 – Usługi ochrony zdrowia – Systemy zarządzania jakością).

Ocena ryzyka – analiza, która prowadzi do upewnienia się, że prawdopodobieństwo, iż ktoś ulegnie wypadkowi lub zachoruje wskutek występowania zagrożeń w miejscu pracy, jest na możliwie najniższym poziomie. Ocena ryzyka zawiera oznaczenie, jak znaczące zagrożenia występują w organizacji i czy zapobiega się im przy pomocy właściwych i wystarczających środków zaradczych.

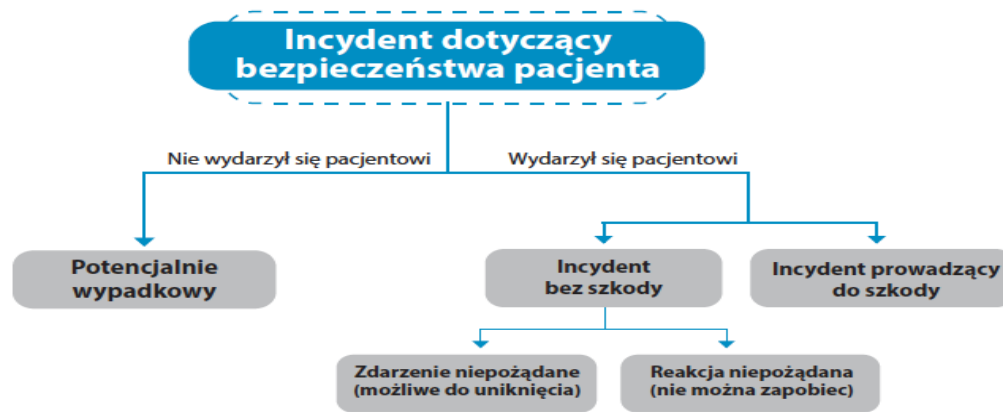
Reporting and Learning System (RLS) - system raportowania i uczenia się. System raportowania powinien być dobrowolny i poufny, może być systemem niezależnym lub zintegrowanym z systemem rejestracji skarg i wniosków czy roszczeń pacjentów.

Safety Assessment Code (SAC) - matryca kodów oceny bezpieczeństwa.

RODZAJE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

1. Dotyczące sprzętu i aparatury medycznej i wyposażenia:
 - a. brak bieżących przeglądów technicznych,
 - b. brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
 - c. awaria sprzętu,
 - d. nieczytelny panel aparatu,
 - e. nieergonomiczny układ przycisków czy uchwytów sprzętu medycznego,
 - f. uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu,
 - g. inne.
2. Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego:
 - a. niewłaściwa klasyfikacja do zabiegu,
 - b. mylna identyfikacja miejsca zabiegowego,
 - c. podana niewłaściwa dawka leku,
 - d. uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej nieprawidłowej procedury,
 - e. inne.
3. Związanych z leczeniem i farmakologią:
 - a. błędną diagnozę z uwagi na mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych,
 - b. zlecenie niewłaściwego zabiegu,

- c. zranienie albo zakucie ostrymi narzędziami pacjenta lub personelu w trakcie wykonywania zabiegu, wskutek czego może wystąpić zakażenie krwiopochodne patogenami, a w efekcie choroba zakaźna i inwazyjna,
 - d. nieprawidłowe wykonanie zabiegu medycznego,
 - e. uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej,
 - f. pomyłkę w podaniu leku, w tym podanie niewłaściwego leku, błędne ustalenie dawki leku, błędną identyfikację pacjenta, niewłaściwy czas podania leku, nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku, nieprawidłową drogę podania leku lub zdarzenia związane z okresem ważności leku,
 - g. inne.
4. Związanych z opieką nad pacjentem:
- a. mylną identyfikacją pacjenta,
 - b. mylną identyfikacją procedury,
 - c. niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,
 - d. inne.
5. Związanych z zdarzeniami niespodziewanymi:
- a. próbę samobójczą,
 - b. samobójstwo,
 - c. upadek pacjenta w placówce,
 - d. korzystanie pacjenta z używek i środków odurzających,
 - e. zgon pacjenta,
 - f. inne.
6. Związanych z nieprzestrzeganiem procedur:
- a. udzielenie informacji medycznej lub udostępnienie dokumentacji medycznej osobie nieupoważnionej,
 - b. inne.
7. Dotyczących organizacji pracy i zarządzania (normalizacji):
- a. brak normalizacji urządzeń, nazewnictwa, procedur, instalacji,
 - b. dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień (bez prawa do wykonywania zawodu medycznego),
 - c. niewłaściwa identyfikacja pacjenta, brak czytelnych identyfikatorów,
 - d. niewystarczająca liczba personelu,
 - e. niska jakość doboru personelu,
 - f. niewłaściwe planowanie pracy (nadgodziny, praca nocna, zmianowa, dopuszczenie do pracy pracownika pracującego w kilku miejscach – bez zachowania odpoczynku dobowego),
 - g. nieumiejętność wprowadzenia pracy zespołowej,
 - h. nieprawidłowa komunikacja,
 - i. inne.



Zródło: Światowa Organizacja Zdrowia

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

1. Zgodnie z przepisem art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta osobą odpowiedzialną za prowadzenie wewnętrznego systemu **zarządzania jakością i bezpieczeństwem** jest Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zwany „osobą odpowiedzialną”.
2. Do zadań osoby odpowiedzialnej należy:
 - a. przeprowadzanie analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego,
 - b. zapewnianie zasobów i informacji niezbędnych do właściwego monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
 - c. opracowywanie dokumentów wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, określających zasady, procedury, metody oraz opisy stanowisk pracy.

ZGŁASZANIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Celem zgłaszania zdarzeń niepożądanych jest poprawa bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych poprzez identyfikację sytuacji i okoliczności, które są zagrożeniami dla pacjenta, oraz działania mające na celu zapobieganie tym zagrożeniom lub ich kontrolę. Wdrażanie takich rozwiązań, które pozwoliłyby na eliminację lub ograniczenie występowania zdarzeń niepożądanych w przyszłości i poddanie ich dogłębnej analizie.

Identyfikacja i rejestracja zdarzeń niepożądanych to pierwszy krok w procesie raportowania i uczenia się. Na tym etapie wszystko się zaczyna. Nawet jeśli pracownik zaobserwuje incydent, a go nie zidentyfikuje ani nie zarejestruje jego wystąpienia, nie będzie analizy jego przyczyny, nie on wzbudzi czujności ani nie da szansy na zapobieżenie jego powtórzeniu.

Personel podmiotu wykonującego działalność leczniczą powinien mieć świadomość z jaką odpowiedzialnością wiąże się właściwe zidentyfikowanie oraz zgłaszanie osobie odpowiedzialnej wszystkich zdarzeń niepożądanych, jakie wystąpiły w podmiocie, niezależnie od stopnia ich ciężkości i prawdopodobieństwa ponownego wystąpienia.

Personel, który zgłasza zdarzenie niepożądane, ma prawo do ochrony przed negatywnymi konsekwencjami ze strony pracodawcy, za wyjątkiem okoliczności umyślnego niewłaściwego postępowania lub lekkomyślnego zachowania. Kluczem pozostaje

zrozumienie przez pracowników, że informacje zawarte w zgłoszeniu incydentu lub zebrane w ramach późniejszego dochodzenia nie zostaną użyte przeciwko nim do wymierzenia kary.

1. Zdarzenie niepożądane może być zgłoszone przez:
 - a. personel medyczny i pracowników niemedycznych, niezwłocznie po zaistnieniu lub stwierdzeniu zdarzenia niepożądanego,
 - b. świadków zdarzenia niepożądanego,
 - c. pacjentów, rodziny pacjentów, opiekunów,
2. Sposób zgłaszania:
 - a. bezpośrednio, ustnie skierowane do osoby zajmującej się zdarzeniami niepożądanymi, upoważnionej wcześniej przez Kierownika Podmiotu. Osoba upoważniona ma obowiązek wypełnienia karty zgłoszenia zdarzenia niepożądanego (załącznik nr 1) lub przekazania takiego formularza karty osobie zgłaszającej, do wypełnienia.
 - b. na formularzu papierowym karty zdarzenia niepożądanego (załącznik nr 1), udostępnionego w rejestracji głównej lub pobranego ze strony internetowej www.multimed24.pl
 - c. wypełnione papierowe karty zdarzenia niepożądanego (załącznik nr 1), zbierane są w specjalnie przygotowanej do tego celu teczce opisanej i umieszczonej w rejestracji głównej lub przesłane drogą pocztową na adres: Centrum Medycznym MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o. ul. Wojska Polskiego 33, 62-500 Konin.
 - d. przesłanie informacji o zdarzeniu niepożądanym na adres e-mail: biuro@multimed24.pl, osoba upoważniona w odpowiedzi na zgłoszenie odeśle zgłaszającemu formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego (załącznik nr 1), z prośbą o jego uzupełnienie.

REJESTR ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

W celu monitorowania zdarzeń niepożądanych w Centrum Medycznym Multimed Tadeusz Jucyk Sp. z o.o. obowiązuje wewnętrzny rejestr zdarzeń niepożądanych. Rejestr ten zawiera:

- ogólne dane dotyczące pacjenta (wiek w chwili zdarzenia, płeć);
- nazwa o podmiocie, w którym zidentyfikowano zdarzenie niepożądane;
- opis zdarzenia (czas zdarzenia, rodzaj incydentu, miejsce wystąpienia zdarzenia – miejsce udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, konsekwencje dla pacjenta, przyczyny wystąpienia zdarzenia);
- opis podjętych działań, na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń mających na celu zapobieżenie ponownemu wystąpieniu zdarzenia niepożądanego.

SPOSÓB POSTĘPOWANIA

Reporting and Learning System (RLS) - system raportowania i uczenia się. Według RLS podejście do bezpieczeństwa i jakości w opiece zdrowotnej polega na identyfikacji ryzyka systemowego (czyli na każdym etapie świadczenia usług zdrowotnych), na które narażeni są pacjenci, ograniczaniu ryzyka i poprawianiu wyników pacjentów poprzez wdrażanie systemów zarządzania ryzykiem.

1. Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego.
2. Rejestracja i gromadzenie szczegółowych danych i informacji o zdarzeniu.
3. Mapowanie danych i informacji o zdarzeniach.

4. Identyfikacja i klasyfikacja ZN na podstawie kart zgłoszeń.
5. Analiza przyczyn źródłowych.
6. Ustalenie przyczyn źródłowych zdarzenia, wyciągnięcie wniosków.
7. Zalecenia i raport.
8. Przekazanie informacji personelowi medycznemu i pozostałym pracownikom.

RLS nie może służyć identyfikacji i stygmatyzacji osób, które brały udział w zdarzeniu. System ma być poufny i dobrowolny. Zasady działania systemu RLS:

1. Dane zgłaszającego zdarzenie powinno pozostać do wyłącznej wiadomości osoby odpowiedzialnej za raportowanie, zgłaszający może też pozostać osobą całkowicie anonimową, bez ujawnienia swoich danych.
2. Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych powinno być nastawione na szukanie działań naprawczych, bez personalizacji i szukania osób odpowiedzialnych.
3. Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego, analiza przyczyn źródłowych, ocena zdarzenia i kwalifikacja nie może stanowić podstawy do odpowiedzialności dyscyplinarnej, odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną wskutek dokonania zgłoszenia lub odpowiedzialności z tytułu naruszenia praw innych osób lub obowiązków określonych w przepisach prawa.
4. Osoba upoważniona przez Kierownika podmiotu, po otrzymaniu zgłoszenia zdarzenia niepożądanego rejestruje zgłoszenie, zbiera informacje o jego okolicznościach, uczestnikach, przeprowadza wstępną analizę, formułuje wnioski, zawiadamia Kierownika Podmiotu.
5. Na podstawie zgłoszenia zostają wyciągnięte wnioski oraz formułuje się zalecenia o podjęcie konkretnych działań na rzecz zapobieżenia ponownemu wystąpieniu nieprawidłowości.
6. Wyciągnięcie wniosków odbywa się bez orzekania o winie. Raport zatwierdza Kierownik Podmiotu.

Reagowanie na zgłoszenie incydentu związanego z bezpieczeństwem pacjenta



ANALIZA PRZYCZYN ŹRÓDŁOWYCH

Analiza przyczyn źródłowych to proces wyjaśniania przyczyn wystąpienia zdarzenia niepożądanego oraz okoliczności, których wystąpienie mogło mieć wpływ na jego wystąpienie. W ramach analizy przyczyn źródłowych nie dokonuje się oceny winy i odpowiedzialności osób, które uczestniczyły w zdarzeniu niepożądanym.

Analiza przyczyn źródłowych ma na celu:

1. zebranie informacji o zidentyfikowanych przyczynach i okolicznościach wystąpienia zdarzenia niepożądanego, uczestnikach tego zdarzenia oraz jego konsekwencjach dla uczestników;
2. przeprowadzenie analizy informacji, o których mowa w pkt 1, oraz sformułowaniu na jej podstawie wniosków;
3. sformułowanie zaleceń podjęcia działań na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej mających na celu zapobieżenie ponownemu wystąpieniu zdarzenia niepożądanego.

IDENTYFIKACJA RYZYKA

Zdarzenia niepożądane kwalifikuje się do jednej z kategorii ryzyka związanego z jakością i bezpieczeństwem, na podstawie matrycy oceny bezpieczeństwa SAC:

Matryca oceny bezpieczeństwa SAC		Waga zdarzenia			
		Bardzo ciężkie	Ciężkie	Umiarkowane	Lekkie
Prawdopodobieństwo	Częste	3	3	2	1
	Sporadyczne	3	2	1	1
	Rzadkie	3	2	1	1
	Bardzo rzadkie	3	2	1	1

Kategorię ryzyka dla danego zdarzenia niepożądanego określa się według skali punktowej:

3 punkty - wysokie ryzyko - zdarzenie niepożądane spełniające kryteria zdarzenia bardzo ciężkiego oraz zdarzenia ciężkiego i częstego, zgodnie z kryteriami oraz oceną prawdopodobieństwa,

2 punkty - średnie ryzyko - zdarzenie niepożądane ciężkie i sporadyczne albo rzadkie albo bardzo rzadkie oraz zdarzenia umiarkowane i częste,

1 punkt - małe ryzyko - zdarzenie niepożądane umiarkowane i sporadyczne albo rzadkie albo bardzo rzadkie oraz zdarzenia lekkie.

Zdarzenia niepożądane ocenia się pod względem stopnia ciężkości według poniższych kryteriów:

1. **Zdarzenie bardzo ciężkie** obejmuje:

- a. zgon albo
- b. znaczne i trwałe uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, skutkujące utratą lub upośledzeniem funkcji czuciowej, ruchowej, fizjologicznej lub intelektualnej, niezwiązane ze schorzeniami stanowiącymi podstawę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub stanem zdrowia pacjenta;

2. **Zdarzenie ciężkie** obejmuje:

- a. znaczne uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, skutkujące czasowym ograniczeniem funkcji czuciowej, ruchowej, fizjologicznej lub intelektualnej, niezwiązane z podstawowym schorzeniem lub stanem zdrowia pacjenta lub
- b. przewiezienie na oddział intensywnej terapii, stacji dializ lub oddział albo salę intensywnego nadzoru;

3. **Zdarzenie umiarkowane** obejmuje:

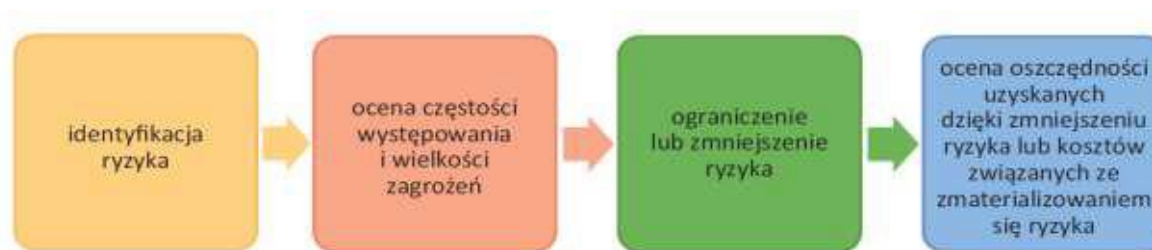
- a. przedłużony czas pobytu w podmiocie leczniczym lub
- b. pogorszenie stanu zdrowia pacjenta skutkujące koniecznością przeniesienia na wyższy poziom opieki;

4. **Zdarzenie lekkie** obejmuje zdarzenia inne niż określone w pkt 1–3, niepowodujące uszczerbku na zdrowiu.

Zdarzenia niepożądane ocenia się według stopnia prawdopodobieństwa ich wystąpienia jako:

1. **Częste** – zdarzenie prawdopodobnie wystąpi kilka razy w ciągu roku,
2. **Sporadyczne** – zdarzenie prawdopodobnie wystąpi raz lub dwa razy w roku,
3. **Rzadkie** – możliwe, że zdarzenie wystąpi raz na dwa lata,
4. **Bardzo rzadkie** – bardzo małe prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, rzadziej niż raz na dwa lata.

ANALIZA RYZYKA I ZARZĄDZANIE NIM



Analiza ryzyka jest opracowywana w oparciu o analizę przyczyn źródłowych na podstawie otrzymanych kart zdarzenia niepożądanego.

Karty mogą wpływać do placówki medycznej:

- na formularzu papierowym, który umieszczony jest w rejestracji głównej lub za pomocą formularza pobranego ze strony internetowej i przesłanego drogą pocztową na adres: Centrum Medyczne MULTIMED Tadeusz Jucyk Sp. z o.o. ul. Wojska Polskiego 33, 62-500 Konin lub
- przesłanego w odpowiedzi na zgłoszenie drogą mailową na adres e-mail: biuro@multimed24.pl

WYKORZYSTANIE DANYCH O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH

Informacje zawarte w raportach zdarzeń niepożądanych związanych z bezpieczeństwem pacjentów lub uzyskane na ich podstawie, czasami uzupełnione przez dalsze gromadzenie informacji lub dochodzenie, można wykorzystać w siedmiu głównych celach:

- a) określenie działań zapobiegających (lub zmniejszających ryzyko) podobnemu zdarzeniu,
- b) przekazywanie informacji, które mogą prowadzić do zapobieżenia podobnemu zdarzeniu w innym miejscu,
- c) gromadzenie z innymi zgłoszeniami w celu uzyskania większych ilości danych umożliwiających maksymalne zrozumienie problemów, które doprowadziły do szkody (lub ryzyka szkody),
- d) edukacja i szkolenia,
- e) badania, rozwój i doskonalenie,
- f) raportowanie i sprawozdawczość,
- g) otwarte przedstawienie personelowi medycznemu.

OSOBA ZAJMUJĄCA SIĘ ZDARZENIAMI NIEPOŻĄDANYMI W CENTRUM MEDYCZNYM MULTIMED TADEUSZ JUCYK SP. Z O.O.

Osobą odpowiedzialną oraz zajmującą się zdarzeniami niepożądanymi jest Kierownik Podmiotu.