

Standardy¹ dobrej praktyki w opiece i leczeniu pacjentów uzależnionych od narkotyków w placówkach stacjonarnych

I. Proces Opieki

Prawa pacjenta (PP)	2
Ciągłość opieki (CO)	5
Opieka nad pacjentem (OP)	8

II. Funkcje Organizacyjne

Zarządzanie Ogólne (ZO)	11
Zarządzanie zasobami ludzkimi (ZZ)	12
Zarządzanie informacją (ZI)	13
Kontrola zakażeń (KZ)	18

I. Proces Opieki

Prawa pacjenta (PP)

PP 1 Pacjent wyraża świadomą, pisemną zgodę na przyjęcie do Placówki.

Wyjaśnienie:

Istotnym warunkiem powodzenia terapii uzależnień jest świadoma zgoda pacjenta na przyjęcie do Placówki. Pacjent powinien być poinformowany o sposobie leczenia i oczekiwanych korzyściach, wynikających z podjęcia terapii, a także o skutkach niepodjęcia proponowanego postępowania. Pacjenci nieletni, ubezwłasnowolnieni oraz kierowani na leczenie postanowieniem sądu podlegają dodatkowym regulacjom prawnym.

PP 2 Ocena stanu pacjenta dokonywana jest z zachowaniem zasad prywatności.

¹ Niniejsze standardy stanowią modyfikację standardów opracowanych przez zespół ekspertów powołanych przez Ministra Zdrowia w 2004 r., w skład którego wchodził przedstawiciel środowiska specjalistów psychoterapii uzależnień, Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Wyjaśnienie:

Zachowanie prywatności podczas badania jest jednym z głównych praw pacjenta. Placówka zapewnia takie warunki i procedury, aby pacjent czuł się bezpiecznie i swobodnie.

PP 3 Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach.

Wyjaśnienie:

Prawa i obowiązki pacjenta powinny być spisane, czytelne i łatwo dostępne w miejscach pobytu pacjentów, a na życzenie wręczane indywidualnie. Pacjent powinien być także poinformowany o obowiązującym regulaminie Placówki.

PP 3.1 Personel Placówki zna i przestrzega prawa pacjenta.

Wyjaśnienie:

Kierownictwo Placówki zobowiązane jest zapoznać pracowników z prawami pacjenta oraz nadzorować ich przestrzeganie.

PP 4 Każdy pacjent pisemnie akceptuje ograniczenie swoich praw.

Wyjaśnienie:

Ograniczenia, czyli przypadki, w których ze względu na proces leczenia prawa pacjenta mogą zostać ograniczone (np. nadzór nad komunikacją z otoczeniem zewnętrznym poprzez telefon, internet, korespondencję, odwiedziny; kontrola rzeczy osobistych w celu uniemożliwienia wniesienia narkotyków na teren Placówki) są spisane, z uwzględnieniem czasu i formy ich stosowania. Pacjent przy przyjęciu pisemnie akceptuje warunki ograniczające jego prawa. Pacjenci nieletni oraz ubezwłasnowolnieni podlegają przepisom szczególnym. Pisemna akceptacja jest elementem dokumentacji medycznej pacjenta.

PP 5 Personel Placówki wraz z pacjentem wspólnie opracowują indywidualny plan terapii.

Wyjaśnienie:

Opracowany indywidualny plan terapii powinien uwzględniać potrzeby pacjenta i jest przez niego pisemnie zaakceptowany. Indywidualny plan terapii powinien uwzględniać co najmniej: cele terapii, metody i sposoby ich realizacji oraz czas trwania poszczególnych etapów. Zrozumienie indywidualnego planu terapii pozwala pacjentowi podejmować decyzje w zakresie odmowy lub zgody na proponowaną terapię.

PP 6 Pacjent otrzymuje zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia i przebiegu leczenia.

Wyjaśnienie:

Każdy chory przebywający w placówce ma prawo uzyskać w pełni zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia. Pacjent powinien być poinformowany o sposobie leczenia i spodziewanych korzyściach wynikających z podjęcia terapii, a także o skutkach niepodjęcia proponowanego postępowania. Pacjent ma prawo wskazać osobę, której może być udzielona informacja o stanie zdrowia.

PP 7 Placówka posiada listę procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta, zgoda lub odmowa zamieszczane są w jego dokumentacji.

Wyjaśnienie:

Pacjent powinien posiadać możliwie najszersze prawo do podejmowania decyzji związanych z przebiegiem leczenia. Rolą Placówki jest określenie sposobu realizacji tego prawa z zagwarantowaniem możliwości rezygnacji z dalszego leczenia lub odmowy poddania się określonej procedurze, która wykracza poza plan opieki (np. udziałowi w terapii rodziny pacjenta, superwizji, nagrywaniu sesji). Również udział pacjenta w badaniach klinicznych lub naukowych powinien mieć miejsce wyłącznie po uzyskaniu jego zgody, poprzedzonej pisemną i ustną informacją o celach badania, planowanym przebiegu i możliwych komplikacjach. Pacjent winien być poinformowany o możliwości wycofania się z badania w każdej chwili i bez żadnych konsekwencji. Zarówno wyrażenie zgody, jak i odmowa wyrażenia zgody winny być przez pacjenta podpisane i datowane oraz umieszczone w jego dokumentacji .

PP 8 Placówka posiada wykaz stosowanych oddziaływań korygujących zachowanie pacjenta.

Wyjaśnienie PP8., PP8.1:

Jeżeli Placówka stosuje oddziaływania korygujące, to nie mogą one powodować uszczerbku dla zdrowia pacjenta, naruszać jego praw, godzić w jego godność lub rozwój osobisty (np. odebranie posiłku, zakaz kontynuowania nauki szkolnej, odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego, np. zakaz uczestniczenia w grupach terapeutycznych).

Placówka powinna posiadać wykaz oddziaływań korygujących, zgodnych z prawami pacjenta. Dokument ten powinien być znany personelowi i pacjentom.

PP 8.1 Pacjent jest poinformowany o stosowanym systemie oddziaływań korygujących, a każde zastosowane oddziaływanie korygujące jest zapisane i uzasadnione w dokumentacji medycznej.

PP 9 Pacjent i odwiedzający mają zapewnioną możliwość identyfikowania personelu Placówki.

Wyjaśnienie:

Pacjenci i osoby odwiedzające powinny mieć możliwość identyfikacji personelu opiekującego się pacjentem, określenia ich funkcji i roli jaką spełniają. Uzyskuje się dzięki temu informacje do kogo zwracać się z pytaniami i prośbami. Placówka może wybrać dowolną formę ułatwiającą identyfikację personelu, ale powinna być ona skuteczna.

PP 10 Placówka umożliwia realizację praktyk religijnych pacjentów.

Wyjaśnienie:

Placówka powinna umożliwić wypełnianie praktyk religijnych pacjentów.

PP 11 Placówka posiada i przestrzega procedury zabezpieczenia własności pacjenta.

Wyjaśnienie:

Przedmioty wartościowe, które posiada pacjent w czasie przyjęcia do Placówki, powinny zostać zabezpieczone niezwłocznie przy przyjęciu. Wypracowanie bezpiecznej i skutecznej procedury zabezpieczania własności pacjentów przekazanej do depozytu, pozostaje w gestii Placówki (sejf, kwit depozytowy itp.). Procedura ta musi być zgodna z obowiązującym prawem. Okres przechowywania rzeczy osobistych pacjenta po opuszczeniu Placówki jest jasno określony.

PP 12 Placówka zapewnia informacje na temat trybu składania skarg i opinii.

Wyjaśnienie:

Placówka zapewnia informacje o trybie składania skarg i opinii do kierownictwa Placówki oraz trybie ich rozpatrywania. Informuje także o instytucjach zewnętrznych, do których pacjent może kierować skargi i opinie.

PP 13 W Placówce, gdzie grupą docelową są nieletni, świadczenia udzielane są zgodnie z obowiązującymi przepisami chroniącymi dziecko przed nadużyciami ze strony dorosłych.

PP 13.1 Personel zna prawa dziecka i przestrzega ich w pracy z nieletnimi.

Wyjaśnienie:

Z uwagi na niepełnoletność pacjenta, istotne jest, by personel kierując się przede wszystkim dobrem pacjenta przestrzegał jego praw zawartych w Konstytucji RP, Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym oraz ratyfikowanej przez Polskę Konwencji o prawach dziecka ONZ.

PP 13.2 Placówka zapewnia nieletnim pacjentom możliwość wywiązania się z obowiązku szkolnego

Wyjaśnienie:

Prawo do nauki jest niezbywalnym, gwarantowanym przez Konstytucję RP prawem dziecka w wieku szkolnym. Placówka powinna posiadać umowy spisane ze stosownymi instytucjami zapewniające naukę nieletnim pacjentom, oraz stworzyć warunki umożliwiające realizację procesu nauczania.

PP 14 Placówka określiła procedury współpracy z wymiarem sprawiedliwości i organami ścigania.

Wyjaśnienie:

Placówka powinna mieć określone, spisane procedury współpracy z policją i wymiarem sprawiedliwości, z uwzględnieniem poufności danych osobowych pacjentów, zgodnie z obowiązującym prawem.

Ciągłość opieki (CO)

Świadczenia udzielane pacjentowi w trakcie terapii powinny być postrzegane jako element dłuższej i kompleksowej opieki, która uwzględnia specyfikę, zmienność stanu psychicznego i fizycznego pacjenta oraz jego sytuację społeczną.

CO 1 Placówka posiada procedurę przyjmowania pacjentów.

Wyjaśnienie:

Procedura powinna być spisana i określać sposób przyjmowania pacjenta

CO 2 Istnieje procedura kierowania/przekazywania pacjentów wewnątrz i na zewnątrz Placówki.

Wyjaśnienie:

Istnieje procedura zapewniająca sprawne kierowanie / przekazywanie pacjenta na zewnątrz i wewnątrz Placówki, która zawiera m.in. sposób przekazywania odpowiedzialności za pacjenta a także za zawartość i kompletność przekazywanej dokumentacji. Dotyczy to także sytuacji odwrotnej, gdy pacjent wraca/kierowany jest pod opiekę Placówki np. po pobycie w szpitalu.

CO 3 Określono kryteria odmowy przyjęcia pacjenta.

Wyjaśnienie:

Kryteria odmowy przyjęcia powinny być spisane, znane pracownikom i udostępnione pacjentom. Powinny wyraźnie wskazywać obowiązek objęcia przynajmniej czasową opieką pacjenta w stanie zagrożenia życia. Każda odmowa opieki (również brak kwalifikacji do przyjęcia) powinna być odnotowana w dokumentacji Placówki.

CO 4 Placówka opracowała procedurę postępowania z pacjentem w sytuacjach szczególnych.

Wyjaśnienie:

Sytuacje szczególne obejmują m.in.:

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

Istotne jest sprawne przekazywanie pacjenta do określonych placówek oraz zapewnienie możliwości ponownego przyjęcia.

CO 5 Placówka posiada procedurę planowanego wypisu pacjenta nieletniego, ubezwłasnowolnionego lub zobowiązanego sądowo do leczenia.

Wyjaśnienie:

Placówka posiada opisany sposób postępowania w przypadku planowanego wypisu. Sposób postępowania powinien uwzględniać m.in.:

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

CO 5.1 Placówka ma ustaloną procedurę postępowania w przypadku samowolnego przerwania leczenia (np. opuszczania Placówki) przez pacjenta nieletniego, zobowiązanego sędownie do leczenia lub ubezwłasnowolnionego.

Wyjaśnienie:

Samowolne przerwanie leczenia przez pacjenta oznacza m.in.: samowolne opuszczenie Placówki, odmowę leczenia.

CO 6 Placówka ma ustaloną procedurę postępowania w przypadku samowolnego przerwania leczenia przez pacjenta.

Wyjaśnienie:

Samowolne przerwanie leczenia przez pacjenta oznacza m.in.: wypis na własne żądanie, samowolne opuszczenie Placówki, odmowę leczenia.

CO 7 Pacjent kończąc terapię w Placówce uzyskuje informacje dotyczące dalszego postępowania.

Wyjaśnienie:

Po zakończeniu leczenia w Placówce pacjent uzyskuje informacje dotyczące sposobu dalszego postępowania oraz ewentualnego kontynuowania terapii. Udzielone informacje powinny być odnotowane w dokumentacji medycznej. Za zgodą pacjenta (nie dotyczy pacjentów niepełnoletnich oraz ubezwłasnowolnionych) informacje takie uzyskuje także rodzina pacjenta, co również powinno zostać odnotowane w dokumentacji.

CO 7.1 Pacjenci wypisani planowo otrzymują kartę informacyjną w dniu wypisu.

Wyjaśnienie:

Pacjenci otrzymują kartę informacyjną w dniu wypisu, a kopia tego dokumentu znajduje się w dokumentacji medycznej.

CO 7.2 Karta informacyjna zawiera niezbędne informacje o przebiegu leczenia.

Wyjaśnienie:

Karta informacyjna zawiera co najmniej: rozpoznanie, przyczynę przyjęcia do Placówki oraz krótki opis przebiegu choroby, wyniki badań, sposób leczenia, efekty i powikłania oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania. Zalecenia powinny być zrozumiałe dla pacjenta. W przypadku elektronicznej formy karty informacyjnej, pacjent informowany jest o sposobie jej odtworzenia.

Opieka nad pacjentem (OP)

Opieka obejmuje całość działań zmierzających do poprawy stanu fizycznego i psychicznego pacjenta i zawiera działania diagnostyczne, terapię uzależnienia, oraz działania zmierzające do poprawy stanu funkcjonowania społecznego. Plan opieki obejmuje głównie działania podejmowane przez zespół pracowników placówki dla realizacji indywidualnych celów opieki.

W Placówce winien funkcjonować system tworzenia i stosowania standardów postępowania praktycznego w zakresie opieki nad pacjentem. Poszczególne Placówki powinny tworzyć takie standardy w oparciu o konkretne założenia teoretyczne i tzw. „dobrą praktykę”. Standardy kliniczne powinny dotyczyć w szczególności tych zagadnień, które są najistotniejsze dla opieki sprawowanej przez daną Placówkę, z uwzględnieniem postępowania wszystkich grup usługodawców zaangażowanych w dany proces opieki. Standardy powinny dotyczyć wszystkich pacjentów, w tym zobowiązanych sędownie do leczenia i ubezwłasnowolnionych. Standardy powinny być spisane i praktycznie stosowane.

OP 1 Placówka określiła grupę(y) docelową(e) pacjentów.

Wyjaśnienie:

Ze względu na szeroki zakres problemów towarzyszących uzależnieniu, wskazane jest, by Placówka posiadała określoną grupę lub grupy docelowe pacjentów wyodrębnione np. ze względu na wiek lub współwystępujące schorzenia somatyczne / psychiczne. Sprzyja to skuteczności leczenia, pozwalając na zastosowanie metod najbardziej adekwatnych dla danej grupy pacjentów.

OP 2 Świadczenia dla dzieci i młodzieży prowadzone są w innym miejscu lub czasie niż świadczenia dla dorosłych.

Wyjaśnienie:

Ze względu na specyfikę leczenia dzieci i młodzieży wskazane jest, by terapia nie była prowadzona w grupach terapeutycznych z osobami dorosłymi.

OP 3 Placówka stosuje procedury postępowania diagnostycznego.

Wyjaśnienie:

Placówka posiada opracowany sposób diagnozowania pacjentów, który uwzględnia m.in. diagnozę nozologiczną opartą na klasyfikacji ICD 10, diagnozę problemową oraz diagnozę psychologiczną – (ta ostatnia w zależności od potrzeb).

OP 4 Placówka opracowała program terapii i procedury postępowania psychoterapeutycznego oraz je realizuje.

Wyjaśnienie:

Placówka posiada opracowane, spisane i znane personelowi: program terapii oraz procedury postępowania psychoterapeutycznego. Procedury mogą być opracowane w formie schematów uwzględniających kilka ścieżek postępowania.

OP 5 Placówka posiada procedury postępowania z osobami uzależnionymi, wymagającymi specyficznych oddziaływań.

Wyjaśnienie:

Pod pojęciem osób uzależnionych wymagających specyficznych oddziaływań rozumie się m.in. takich odbiorców jak:

- uzależnieni rodzice z dziećmi,
- osoby z współwystępowaniem zaburzeń psychicznych,
- osoby z deficytem funkcji poznawczych.

OP 6 W dniu przyjęcia do Placówki z pacjentem przeprowadza się co najmniej wywiad wstępny, informuje się go o jego prawach i obowiązkach oraz o programie terapii

Wyjaśnienie:

Wywiad wstępny jest przeprowadzany przez specjalistę terapii uzależnień, psychologa lub lekarza.

OP 7 Pacjent jest konsultowany przez lekarza w okresie do 3 dni od dnia przyjęcia do Placówki

Pacjent jest badany przez lekarza w celu dokonania oceny jego stanu psychicznego i somatycznego.

OP 8 Pacjent ma opracowany wstępny plan opieki na podstawie wywiadu wstępnego przeprowadzonego oraz konsultacji przeprowadzonej przez lekarza.

Wyjaśnienie:

Na podstawie wywiadu i oceny stanu i potrzeb, pacjent ma opracowany wstępny plan opieki obejmujący zalecenia i wskazania w zakresie planowanych oddziaływań terapeutycznych i zdrowotnych na następne kilka dni, na okres jednak nie dłuższy niż 7 dni.

OP 9 Indywidualny plan terapii jest określony i zapisany w dokumentacji medycznej

Wyjaśnienie:

Indywidualny plan terapii pacjenta jest określony i zapisany w dokumentacji medycznej w ciągu 2 tygodni po przyjęciu pacjenta do Placówki krótkoterminowej (do 3 miesięcy) i do 4 tygodni w przypadku placówek realizujących program dłuższy. Określenia celów terapii dokonuje się w toku procesu diagnostycznego (diagnoza nozologiczna, problemowa, psychologiczna) uwzględniającego ogólną ocenę stanu fizycznego i psychicznego pacjenta, wyniki badań dodatkowych oraz potrzeby i preferencje pacjenta. Indywidualne cele terapii są weryfikowane i mogą ulec zmianie na dalszych etapach leczenia.

OP 10 Indywidualny plan terapii pacjenta jest opracowany przez osoby uczestniczące w tym procesie.

Wyjaśnienie:

Osoby odgrywające istotną rolę w procesie terapii, np.: specjalista terapii uzależnień, lekarze specjaliści, psycholog, pracownik socjalny, dietetyk, powinny współdziałać przy opracowaniu indywidualnego planu terapii jako zespół. Celem pracy takiego zespołu jest zapewnienie wieloaspektowego leczenia pacjenta i zharmonizowanie poszczególnych etapów działań. Indywidualny plan terapii powinien być omówiony na zebraniach klinicznych zespołu i zaakceptowany przez pacjenta.

OP 11 Plan opieki oraz indywidualny plan terapii są indywidualizowane i modyfikowane w zależności od potrzeb pacjenta.

Wyjaśnienie:

Plan opieki oraz indywidualny plan terapii są opracowane w oparciu o diagnozę z uwzględnieniem celów i metod terapii. Mają charakter zindywidualizowany, są wprowadzane do realizacji i modyfikowane zależnie od potrzeb pacjenta, jego możliwości i preferencji. Modyfikacje planu opieki i indywidualnego planu terapii powinny być zawarte w dokumentacji medycznej.

OP 12 Placówka współpracuje z rodzinami / opiekunami prawnymi pacjentów.

Wyjaśnienie:

Standard ten ma na celu podniesienie efektywności prowadzonej terapii pacjenta poprzez równoległe oddziaływanie edukacyjne oraz prowadzenie konsultacji z rodzinami/opiekunami prawnymi pacjenta oraz motywowanie do podjęcia terapii własnej w miejscu zamieszkania. Szczególnie ważne jest to w placówkach leczących pacjentów nieletnich. Kontakty z rodzinami/opiekunami prawnymi pacjenta są odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta. W przypadku pacjenta pełnoletniego i nieubezpieczonego współpraca ta wymaga jego pisemnej zgody.

OP 13 Placówka prowadzi edukację z zakresu ograniczania szkód zdrowotnych.

Wyjaśnienie:

W placówce prowadzona jest edukacja z zakresu ograniczania szkód zdrowotnych. Obejmować ona powinna zagadnienia dotyczące m.in.:

- rozprzestrzeniania się chorób wszczeniennych (np.: HCV, HBV, HIV) oraz innych towarzyszących uzależnieniom (np.: gruźlica),
- chorób przenoszonych drogą płciową,
- ryzyka przedawkowania.

OP 14 Placówka umożliwia dostęp do programów aktywizacji zawodowej pacjentów.

Wyjaśnienie:

Placówka w swoim programie uwzględnia uzupełnianie wykształcenia, zdobywanie i doskonalenie umiejętności zawodowych.

OP 15 Placówka zapewnia pacjentom różnorodne sposoby alternatywnego spędzania wolnego czasu.

Wyjaśnienie:

Poprzez sposoby alternatywnego spędzania wolnego czasu rozumie się zapewnienie przez Placówkę takich form aktywności, które sprzyjają rozwojowi zainteresowań pacjenta oraz jego zdrowieniu.

OP 16 Świadczone usługi zdrowotne udzielane są przez osoby o kwalifikacjach odpowiednich do wykonywanych czynności.

Wyjaśnienie:

Kwalifikacje osób świadczących opiekę zdrowotną powinny być zgodne z obowiązującymi przepisami prawnymi i udokumentowane w aktach osobowych.

OP 17 Personel sprawujący opiekę nad pacjentem jest systematycznie szkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia z użyciem fantomu.

Wyjaśnienie:

Podstawowe znaczenie mają regularne, organizowane nie rzadziej niż raz na dwa lata praktyczne szkolenia z użyciem fantomu w zakresie udzielania pierwszej pomocy dla całego personelu Placówki. Szkolenia powinny być prowadzone z uwzględnieniem aktualnych wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji.

II. Funkcje Organizacyjne

Zarządzanie Ogólne (ZO)

Sprawne i skuteczne kierowanie wymaga określenia roli poszczególnych osób (mających wpływ na bieżące kierowanie i strategiczne kierunki rozwoju organizacji) w realizacji misji organizacji jaką jest Placówka. Dla realizacji misji Placówka posługuje się strategią rozwoju, która powinna być oparta o analizę otoczenia, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych obsługiwanej populacji.

Kierownictwo powinno określić kompetencje i zakres odpowiedzialności poszczególnych pracowników.

ZO 1 Placówka ma zdefiniowaną misję i jest ona znana pracownikom

Wyjaśnienie

Misja wyraża ogólny cel działania Placówki. Koncentruje działania pracowników na realizacji wspólnego celu. Misję powinni znać i dążyć do jej wypełnienia wszyscy pracownicy placówki. Powinna być spisana.

ZO 2 Placówka posiada aktualny schemat organizacyjny.

Wyjaśnienie:

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

Zarządzanie zasobami ludzkimi (ZZ)

ZZ 1 Kierownictwo Placówki pisemnie określiło wymagane kwalifikacje dla wszystkich stanowisk pracy.

Wyjaśnienie:

Pracownicy są najwyższym i często najkosztowniejszym dobrem organizacji, dlatego odpowiednie zaplanowanie i określenie działań w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi ma znaczący wpływ na funkcjonowanie Placówki jako całości. Każdy z pracowników Placówki powinien mieć precyzyjnie określoną rolę, jaką ma pełnić w organizacji. Dotyczy to szczególnie pracowników merytorycznych. Placówka powinna określić zakres obowiązków i odpowiedzialności na poszczególnych stanowiskach pracy (opis stanowisk pracy), uwzględniając niezbędną wiedzę i umiejętności dla wykonywania przydzielonych zadań. Wszyscy pracownicy powinni otrzymać kopię zakresu obowiązków.

ZZ 2 Liczba i kwalifikacje personelu pozwalają na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami.

Wyjaśnienie

Kwalifikacje osób świadczących opiekę zdrowotną powinny być zgodne z obowiązującymi przepisami prawnymi i udokumentowane w aktach osobowych.

ZZ 3 Kierownictwo opracowało i wdrożyło plan szkoleń dla personelu.

Wyjaśnienie:

Szkolenie personelu powinno odbywać się nie rzadziej niż raz w roku i dotyczyć specyfiki pracy z pacjentem.

ZZ 4 Kierownictwo Placówki zapewnia personelowi merytorycznemu możliwość korzystania z superwizji.

Wyjaśnienie:

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

ZZ 5 Kierownictwo Placówki organizuje zebrania kliniczne

Wyjaśnienie:

Zebrania kliniczne zespołu terapeutycznego powinny odbywać się systematycznie tj. min. raz na 2 tygodnie w z góry zaplanowanym terminie.

ZZ 6 Placówka zapewnia program adaptacji dla wolontariuszy i stażystów.

Wyjaśnienie:

Program adaptacji zapewnia wolontariuszom i stażystom informację o placówce oraz szkolenie w zakresie specyfiki pracy. Obejmuje on w szczególności:

- wprowadzenie w misję, zakres procedur Placówki i oferowanych świadczeń,
- zapoznanie z zakresem odpowiedzialności i uprawnień,
- zapoznanie z regulaminem i programem merytorycznym Placówki,
- wytyczne ochrony i bezpieczeństwa osobistego (np. BHP).

Każdy wolontariusz / stażysta posiada wyznaczonego przez Placówkę opiekuna.

Zarządzanie informacją (ZI)

ZI 1 Placówka posiada standardy/wytyczne określające zawartość dokumentacji medycznej.

Wyjaśnienie

Placówka określa, jakie informacje i dokumenty powinny znajdować się w dokumentacji medycznej pacjenta, stosowanej w placówce i/lub jego poszczególnych oddziałach. Dokumentacja powinna w sposób możliwie pełny określać stan i potrzeby pacjenta oraz ułatwiać pracę personelu Placówki.

ZI 2 Dokumentacja medyczna pacjenta powinna zawierać co najmniej:

ZI 2.1 dane identyfikacyjne pacjenta

Sprawdzenie

- ◆ przegląd dokumentacji medycznej

ZI 2.2 pisemną zgodę na badania diagnostyczne i/lub leczenie

Sprawdzenie

- ◆ przegląd dokumentacji medycznej

ZI 2.3 kontrakt pomiędzy pacjentem a Placówką

Wyjaśnienie:

Kontrakt jest dokumentem zawierającym podstawowe warunki przebiegu procesu leczniczego, uwzględniającego cel i metodykę leczenia oraz reguły uczestnictwa i rezygnacji z terapii, zaakceptowane podpisem przez pacjenta. Kontrakt powinien zawierać zgodę na poszczególne procedury, np. poddanie się każdorazowo dobrowolnie rutynowym badaniom na obecność substancji psychoaktywnych oraz na świadczenie dobrowolnie pracy na rzecz Placówki. Standard nie dotyczy pacjentów, którzy przebywają w Placówce krócej niż 2 tygodnie.

Sprawdzenie

- ◆ przegląd dokumentacji medycznej

ZI 2.4 wywiad terapeutyczny

Wyjaśnienie:

Wywiad powinien obejmować m.in.:

- przyczyna /cel przyjęcia,
- przebieg choroby i dotychczasowego leczenia
- zgłaszane aktualnie dolegliwości,
- stosowane leki, uczulenia, reakcje niepożądane po stosowanych lekach,
- przebyte choroby i operacje
- wywiad rodzinny z uwzględnieniem psychicznych i uzależnień w rodzinie.

Sprawdzenie

- ◆ przegląd dokumentacji medycznej

ZI 2.5 opis stanu somatycznego

Wyjaśnienie:

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

Sprawdzenie

- ◆ przegląd dokumentacji medycznej

ZI 2.6 opis stanu psychicznego.

Wyjaśnienie:

Badanie stanu psychicznego powinno oceniać m.in.:

- kontakt z pacjentem,
- orientację w miejscu, czasie i w przestrzeni,
- nastrój (z uwzględnieniem myśli samobójczych),
- napęd psychoruchowy, tok myślenia,
- objawy psychotyczne,
- objawy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych zażywaniem substancji psychoaktywnych.

Sprawdzenie

- ◆ przegląd dokumentacji medycznej

ZI 2.7 opis sytuacji społecznej pacjenta

Wyjaśnienie:

Opis powinien zawierać informacje m.in. o:

- warunkach mieszkaniowych,
- wykształceniu,
- sytuacji materialnej i zawodowej,
- relacjach rodzinnych (z uwzględnieniem przemocy w rodzinie).

Sprawdzenie

- ◆ wywiad z personelem
- ◆ przegląd dokumentacji medycznej

ZI 2.8 diagnozę i zalecenia lecznicze

Sprawdzenie

- ◆ przegląd dokumentacji medycznej

ZI 2.9 informacje o przebiegu leczenia

Wyjaśnienie

W dokumentacji medycznej pacjenta winny się znaleźć informacje dotyczące leczenia jako realizacji zespołowego podejścia do opieki nad pacjentem.

W przypadku terapii długoterminowej (powyżej 12 tygodni) informacje powinny być udokumentowane co najmniej 2 razy w miesiącu.

W przypadku terapii krótkoterminowej (do 12 tygodni) informacje powinny być udokumentowane co najmniej 1 raz w tygodniu.

ZI 2.10 wnioski i zalecenia końcowe dla pacjenta

Wyjaśnienie:

Wnioski powinny podsumowywać i określać etap na którym pacjent zakończył leczenie, natomiast zalecenia końcowe powinny wskazywać na formy dalszego leczenia i opieki z uwzględnieniem farmakoterapii, psychoterapii i oddziaływań socjalnych.

ZI 2.11 epikryzę

Wyjaśnienie

Epikryza powinna zawierać dane z wywiadu, opis stanu pacjenta przy przyjęciu i wypisie oraz przebieg leczenia.

ZI 3. Dokumentacja medyczna dotycząca pacjenta jest czytelna, kompletna i autoryzowana.

Wyjaśnienie

Dokumentacją medyczną należy prowadzić tak, aby w każdej chwili możliwe było uzyskanie pełnej i aktualnej informacji o pacjencie. Każda pisemna informacja jest autoryzowana.

ZI 4 Kierownictwo Placówki wdrożyło procedury zapewniające sprawdzanie kompletności dokumentacji medycznej.

Wyjaśnienie:

Procedury te są opisane z uwzględnieniem metodologii dokonywania przeglądów (osoby odpowiedzialne, częstotliwość i stosowane narzędzie weryfikacji). Wynikiem przeglądu dokumentacji powinna być informacja zwrotna skierowana do osób, odpowiedzialnych za prowadzenie dokumentacji medycznej.

ZI 5 Okres zakończenia historii choroby nie przekracza 3 dni od daty wypisu.

Wyjaśnienie

W przypadkach, kiedy pacjent zostaje wypisany z Placówki, a nie nastąpiło zamknięcie jego historii choroby, pozostawia się okres 3 dni na uzupełnienie dokumentacji. W tym okresie

należy dołączyć wyniki badań lub inne dokumenty, które z przyczyn wyjątkowych nie znalazły się w dokumentacji pacjenta przed jego wypisaniem, a jeśli jest to niemożliwe sporządzić stosowną adnotację.

Kontrola zakażeń (KZ)

Profilaktyka i terapia zakażeń to jeden z najistotniejszych aspektów jakości opieki zdrowotnej. Działania związane z nadzorem nad zakażeniami powinny uwzględniać: procedury higieniczne, szkolenia pracowników, zbieranie i analizowanie danych, wdrażanie rozwiązań poprawy, wynikających z przeprowadzonej analizy. Pracownicy otrzymują informacje zwrotne o wynikach prowadzonych działań. Systematyczne monitorowanie i zapobieganie zakażeniom w placówce jest zadaniem wszystkich pracowników.

Procedury obejmują co najmniej:

KZ 1.1 higienę rąk

Wyjaśnienie:

Wdrożone zasady higieny rąk powinny być okresowo weryfikowane np. obserwacja bezpośrednia, monitorowanie wielkości zużycia środków (mydło w płynie, ręczniki jednorazowe). Placówka powinna zapewnić dostępność środków do mycia rąk.

W Placówce powinno być w miarę możliwości jak najczęściej stosowane do mycia rąk mydło w płynie oraz jednorazowe ręczniki.

KZ 1.2 sprzątanie pomieszczeń

Wyjaśnienie:

Placówka powinna zidentyfikować obszary wysokiego ryzyka wystąpienia zakażeń i opracować dla nich procedury sprzątania. Procedury powinny uwzględniać zasady sprzątania m.in.: pokoi pacjentów, gabinetów, świetlic, sal terapeutycznych, kuchni, spiżarni, stołówek, toalet, łazienek itd.

KZ 1.3 postępowanie po ekspozycji zawodowej

Wyjaśnienie:

W Placówce powinny zostać określone czynniki chorobotwórcze, które mogą stanowić zagrożenie dla personelu i pacjentów. Placówka posiada procedury postępowania po ekspozycji na czynniki zakaźne zgodne z aktualnymi wytycznymi. Procedury te są znane wszystkim pracownikom.