

Certyfikat akredytacyjny

Szpital utrzymał status szpitala akredytowanego. Już od 2006 r. jednostka poddaje się zewnętrznej ocenie wizytatorów Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia prowadzonej w oparciu o jednolite standardy akredytacyjne.

Ocena dotyczy szpitala jako funkcjonalnej całości: poszczególnych rodzajów usług świadczonych pacjentom przez Szpital, opieki nad pacjentem, środowiska opieki, bezpieczeństwa i jakości świadczonej opieki, zarządzania i administracji. Prowadzona jest na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia. Akredytacji udziela Minister Zdrowia, kierując się rekomendacją Rady Akredytacyjnej. Rekomendacja Rady jest wydawana po zapoznaniu się z dokumentami przedstawionymi przez Ośrodek Akredytacyjny – CMJ.

Minister Zdrowia może przyznać akredytację na okres 3 lat lub odmówić jej przyznania. Akredytacja przyznawana jest po zebraniu co najmniej 75% możliwej do uzyskania punktacji.

Obowiązujący Zestaw standardów akredytacyjnych dla szpitali, opublikowany został obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali. Zawiera 238 standardów w 15 działach:

1. Ciągłość Opieki
2. Prawa Pacjenta
3. Ocena Stanu Pacjenta
4. Opieka nad Pacjentem
5. Kontrola Zakażeń
6. Zabiegi i Znieczulenia
7. Farmakoterapia
8. Laboratorium
9. Diagnostyka Obrazowa
10. Odżywianie
11. Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta
12. Zarządzanie Ogólne
13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi
14. Zarządzanie Informacją
15. Zarządzanie Środowiskiem.

Wizytatorzy CMJ przeprowadzają ocenę poziomu spełniania przez Szpital wymogów standardów akredytacyjnych poprzez: przegląd dokumentacji Szpitala, dokumentacji medycznej, wywiady z kierownictwem Szpitala aby zapoznać się ze sposobem zarządzania, celami strategią ich osiągnięcia, wywiady z zespołami

zadaniowymi i osobami zatrudnionymi w Szpitalu, wywiady z pacjentami, przeglądy badań opinii pacjentów, obserwację bezpośrednią dotyczącą udzielania świadczeń, organizacji pracy, komunikacji wewnętrznej, funkcji pomocniczych i otoczenia szpitala.

Zmiany jakościowe wymagają świadomego wysiłku ze strony pracowników Szpitala. Standardy akredytacyjne wyraźnie podkreślają znaczenie pracy zespołowej, polegającej na interdyscyplinarnej współpracy. Dlatego w drodze zarządzenia Dyrektora powołano zespoły zadaniowe: Zespół ds. Jakości, Komitet i Zespół ds. Kontroli Zakażeń, Komitet Terapeutyczny i Zespół ds. Antybiotykoterapii, Komitet Transfuzjologiczny, Zespół i Podzespoły ds. Dokumentacji Medycznej, Zespół ds. Analizy Przyczyn Zgonów, Zespół ds. Badania Satysfakcji, Szpitalną Komisję Etyczną, Zespół ds. Gospodarki Odpadami. Przewodniczący komitetów i zespołów wchodzi w skład Zespołu ds. Jakości,

Dla wsparcia poprawy współpracy i komunikacji w Szpitalu Zespół ds. Jakości opracował roczny harmonogram spotkań szkoleniowych i narad z udziałem dyrekcji, zespołów i kierowniczej kadry. Ideą spotkań Zespołów jest propagowanie wymiany informacji, doświadczeń, konstruktywne rozwiązywanie problemów a także prezentacja analiz, wyników pomiarów prowadzonej działalności. Wspólne szkolenia, narady kierownictwa dają możliwość przekazywania wiedzy „każdy od każdego”. Na spotkaniach przedstawiane są okresowe analizy i wyniki dotyczące: zakażeń szpitalnych, zgonów pacjentów, w tym zgonów okołoperacyjnych, gospodarki lekowej, w tym antybiotykowej, poziomu satysfakcji pacjentów, analizy zdarzeń niepożądanych, wskaźników jakości, szkoleń personelu z zakresu wymagań zawartych w standardach oraz zasad postępowania przyjętych w Szpitalu. Spotkania takie służą też dyskusji i omówieniu istotnych dla Szpitala zagadnień dotyczących tzw. dobrej praktyki i bezpiecznej opieki.

Uzyskany przez Szpital Certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia potwierdza spełnienie standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.