

VŠĮ UKMERGĖS LIGONINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS POLITIKA IR JOS ĮGYVENDINIMO PRIEMONĖS

I. Kokybės politika

1. Vizija.

Sukurti Ukmergės ligoninės aplinką, kurioje nuolat vykstančiu veiklos gerinimu ir procesų tobulinimu siekiama vis aukštesnio paslaugų lygio, atitinkančio šiuolaikinius medicinos mokslo ir praktikos pasiekimus bei pacientų poreikius ir lūkesčius.

2. Misija.

Svarbiausias Ukmergės ligoninės uždavinys yra laiku diagnozuoti pacientų sveikatos sutrikimus, taikant įteisintus metodus, procedūras, įrangą ir vaistus veiksmingai gydyti ligas, visais atvejais siekti pageidaujamų sveikatos rezultatų.

II. Kokybės politikos prioritetai

3. Kokybės politikos tikslas ir uždaviniai:

3.1. Veiklos orientavimas į pacientą, paciento saugos ir jo teisių užtikrinimas.

Pacientas – aktyvus sveikatos priežiūros dalyvis, gaunantis jam reikalingą suprantamai pateiktą informaciją ir turintis galimybes reikšti savo nuomonę.

Medicinos personalo ir paciento bendravimas grindžiamas abipuse pagarba.

3.2. Rizikos valdymas.

Registruoti nepageidaujamus įvykius, analizuoti jų priežastis, įgyvendinti prevencines priemones.

3.3. Kokybės vertinimo sistemos gerinimas.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikti vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro patvirtintomis diagnostikos ir gydymo metodikomis, įstaigos parengtais protokolais.

Nuolat gerinti kokybės vadybinę veiklą, analizuoti ar teikiamos paslaugos atitinka nustatytus reikalavimus, ar tenkina pacientų poreikius.

3.4. Ekonomiškai pagrįstas efektyvumas teikiant paslaugas ir su jų teikimu susijusioje veikloje. Optimali, darniai ir atsakingai veikianti organizacinė struktūra, garantuojanti paslaugų ir paciento priežiūros tęstinumą.

3.5. Sveikatos priežiūros specialistų gebėjimas ir profesinės žinios turi atitikti šiuolaikinius medicinos mokslo pasiekimus.

Darbo aplinkos, saugos ir sveikatos sąlygų gerinimas dirbančiam medicinos personalui.

III. Organizaciniai kokybės rodikliai

4. Svarbiausieji kokybės rodikliai (KR):

4.1. Tinkamas ligos istorijų pildymas. Reikalavimus nustato VšĮ Ukmergės ligoninės vyr.gydytojo 2007 m. liepos 3 d. įsakymu Nr.V-71 patvirtintas Gydymo stacionare ligos istorijos pildymo aprašas.

4.2. Ligos istorijų perdavimas Sveikatos statistikos skyriui nustatytu laiku (per 3 darbo dienas išrašius pacientą į namus).

4.3. Neatitikčių registravimas.

Reikalavimus nustato VšĮ Ukmergės ligoninės vyr.gydytojo 2001 m. vasario 22 d. patvirtinta procedūra "Neatitikčių vadyba ir korekciniai bei prevenciniai veiksmai, vyr.gydytojo 2008 m. liepos 18 d. įsakymu Nr.V-86 patvirtinta Procedūros "Neatitikčių vadyba ir korekciniai bei prevenciniai veiksmai" atlikimo schema, vyr.gydytojo 2008 m. liepos 18 d. įsakymas Nr.V-87 "Dėl rekomendacijų taikymo kokybės rodiklių stebėsenoje".

IV. Klinikiniai kokybės rodikliai

5. Svarbiausieji KR:

5.1. Hospitalinių infekcijų (HI) skaičius.

5.2. Pakartotinių hospitalizacijų dėl tos pačios priežasties per 10 dienų laikotarpį skaičius.

5.3. Pacientų, jų atstovų skundų (žodinių ir rašytinių) dėl paslaugų kokybės skaičius.

6. Stacionaro paslaugų KR:

6.1. Akušerija:

1) Cezario pjūvių operacijos.

2) Naujagimių su gimdymo trauma skaičius.

6.2. Chirurgija-traumatologija:

1) Reoperacijų skaičius.

2) Planinių operacijų atlikimas ne vėliau kaip per 24 val. nuo hospitalizavimo laiko.

7. Konsultacijų poliklinikos KR:

7.1. Gydytojų specialistų konsultacijų laukimo laikas iš anksto užsiregistravus – ne ilgesnis kaip 7 dienos, išskyrus pas urologą (ne ilgiau kaip 12 dienų); atvykus konsultuotis – ne ilgesnis kaip viena vlanda (nuo registravimo talone nurodyto laiko).

7.2. Registruoti skundai.

8. Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriaus paslaugų KR:

8.1. Procedūrų laukimo laikas neturi viršyti 15 minučių.

8.2. Registruoti skundai.

9. Klinikinės diagnostikos laboratorijos skyriaus paslaugų KR:

9.1. Atliekant tyrimus, specialistų veiksmai ir duomenų įrašai turi atitikti geros klinikinės praktikos reikalavimus ir patvirtintas metodikas.

9.2. Fiksuoti visus atvejus, kai į laboratoriją patenka ne pagal nustatytus reikalavimus paruošta tiriamoji medžiaga.

9.3. Tyrimus atlikti ne vėliau kaip per vieną dieną, skubius – ne vėliau kaip per vieną valandą nuo pristatymo į laboratoriją.

9.4. Didžiausia laboratorinių tyrimų paklaidų riba neturi viršyti 2 procentų, kai kasdieninė kokybės kontrolė skyriuje atliekama pagal keturis kriterijus – tikslumo, atkartojimo, sutapimo ir teisingumo.

9.5. Dalyvauti tarplaboratorinėje kontrolėje.

9.6. Registruoti skundai.

10. Odontologijos paslaugų skyriaus KR:

10.1. Skyriuje pagamintų dantų protezų defektai neturi viršyti 2 proc.nuo visų per metus pagamintų protezų skaičiaus.

10.2. Registruoti skundai.

11. Rentgenodiagnostikos skyriaus paslaugų KR:

11.1. Skubiais atvejais rentgenodiagnostinio tyrimo atsakymas pateikiamas per 1 val. (tais atvejais, kai dirba 1 gydytojas – per 1,5 val.).

11.2. Planine tvarka atliekamų tyrimų atsakymai pateikiami per 1 savaitę, stacionare gydomiems pacientams – sekančią dieną po tyrimo atlikimo.

11.3. Traumatologams, chirurgams, vaikų kardiologui pateikiamas neaprašytas tyrimas (kompiuterinis variantas) po 1 val.

11.4. Registruoti skundai.

V. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklių stebėseną

12. Organizacinių kokybės rodiklių stebėseną.

12.1. Kartą per mėnesį patikrinama vieno iš skyrių gydytų (išrašytų) pacientų 10 proc. ligos istorijų. Tikrinimo apimtis – ligos istorijų pildymo kokybė.

Tikrinimus atlieka vyr.gydytojo pavaduotojas ir Sveikatos statistikos skyriaus vedėjas. Ataskaita gydytojų sueigos metu pateikiama pirmą antradienį pasibaigus mėnesiui.

12.2. Gydytojų sueigos metu kas 10 dienų Statistikos skyriaus vedėjas pateikia informaciją apie tai, kaip skyriai laikosi ligos istorijų perdavimo termino.

12.3. Pasibaigus ketvirčiui, kiekvieno padalinio vadovas pateikia ataskaitą apie neatitiktųjų registraciją ir analizę ligoninės vidaus medicininio audito grupės vadovui.

12.4. Kartą per mėnesį kiekvieno padalinio vadovas pateikia Personalo skyriui informaciją apie gautus skundus (rašytinius ir žodinius).

12.5. Kartą per savaitę bibliotekos vedėjas pateikia informaciją vyr.gydytojui apie spaudoje pateiktas pretenzijas ar skundus dėl ligoninės paslaugų.

12.6. Kartą per mėnesį bibliotekos vedėjas pateikia informaciją Personalo skyriui apie spaudoje pateiktus skundus dėl ligoninės paslaugų.

12.7. Pasibaigus ketvirčiui Personalo skyrius pateikia gydytojų sueigos metu ataskaitą apie gautus skundus ir jų sprendimą.

12.8. Pasibaigus ketvirčiui ir metams Personalo skyriaus vedėjas pateikia vyr.gydytojui ataskaitą apie gautus skundus ir jų sprendimą.

13. Klinikinių kokybės rodiklių stebėseną.

13.1. Pasibaigus ketvirčiui, stacionaro padalinių vadovai pateikia ataskaitą apie kokybės rodiklių registraciją ir analizę ligoninės vidaus medicininio audito grupės vadovui.
