AKREDYTACJA SZPITALI W ZAKRESIE DAWSTWA NARZĄDÓW I TKANEK OD OSÓB ZMARŁYCH

STANDARDY AKREDYTACYJNE

PROJEKT REALIZOWANY PRZEZ MINISTERSTWO ZDROWIA I POLTRANSPLANT W RAMACH PROGRAMU PN. „WSPARCIE PROCESÓW DOTYCZĄCYCH DAWSTWA NARZĄDÓW I TKANEK POPRZEZ OPRACOWANIE I WDROŻENIE SZPITALNEGO SYSTEMU JAKOŚCI DAWSTWA I STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH ORAZ WZMOCNIENIE KOMPETENCJI SZPITALNYCH KOORDYNATORÓW DAWSTWA I KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ PODMIOTAMI LECZNICZYMI"
WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO WIEDZA, EDUKACJA, ROZWÓJ (POWER)



STANDARDY AKREDYTACYJNE
DLA SZPITALI
w zakresie dawstwa narządów i tkanek
od osób zmarłych

SPIS TREŚCI

Zgodność procesów z przepisami prawa (ZP)..... 2

Założenia organizacyjne dla szpitali z programem dawstwa narządów i tkanek (ZO) 5

Wymagania dla koordynatorów / zespołu ds. Donacji narządów i tkanek (KT)..... 19

Dokumentacja i rejestry (DR) 24

Identyfikacja i zgłoszenie potencjalnego zmarłego dawcy (IZ) 28

Stwierdzanie śmierci w mechanizmie nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) (SM) 31

Stwierdzanie śmierci w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów (ZK) 35

Stwierdzanie śmierci na podstawie wykonanych osobiście przez lekarza badań i ustaleń (TD)..... 37

Autoryzacja pobrania i wsparcie rodziny dawcy (AP) 40

Kwalifikacja medyczna zmarłego dawcy (KD)..... 44

Opieka nad zmarłym dawcą narządów i tkanek (OD) 48

Organizacja i koordynacja pobrania wielonarządowego i tkankowego (OP)..... 51

Pobranie narządów i tkanek w szpitalu dawcy (PS) 56

Organizacja, koordynacja i pobranie tkanek od zmarłych dawców niebędącymi dawcami narządów (PT) 58

Szkolenia, promocja i edukacja (SE) 61

Monitorowanie i ocena jakości w obszarze dawstwa (MO)..... 65

Słownik skrótów i pojęć..... 66

ZGODNOŚĆ PROCESÓW Z PRZEPISAMI PRAWA (ZP)

Czynności związane z pobieraniem, przechowywaniem i przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów są uregulowane w aktach normatywnych prawa wewnętrznego, europejskiego i międzynarodowego. Podmioty uczestniczące w programie dawstwa komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia realizują te czynności w zgodzie z obowiązującym prawem na poziomie ustawowym, jak i rozporządzeń wykonawczych , normami etycznymi, zaleceniami specjalistycznymi oraz przyjętymi praktykami klinicznymi.

W oparciu o *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów,* które stanowi, że współdziałanie podmiotów w zakresie pobierania i przechowywania komórek, tkanek i narządów w celu ich zastosowania u ludzi, w tym ich przeszczepiania, obejmuje: niezwłoczne informowanie przez podmioty lecznicze Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant" o każdym przypadku możliwości pobrania komórek, tkanek i narządów (...), po stwierdzeniu śmierci mózgu albo nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie komórek, tkanek lub narządów oraz niezwłoczne informowanie przez podmioty banków tkanek i komórek lub Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant" o możliwości pobrania tkanek lub komórek do przeszczepienia lub zastosowania u ludzi, w zestawie standardów akredytacyjnych zamieszczono następujące standardy:

ZP 1	Obowiązujące przepisy prawne dotyczące zasad pobierania narządów i tkanek od zmarłych dawców są dostępne personelowi szpitala zaangażowanego w dawstwo w formie pisemnej lub elektronicznej, i są monitorowane
ZP 2	Szpital powiadamia Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” o każdym zidentyfikowanym potencjalnym dawcy

ZP 1 Obowiązujące przepisy prawne dotyczące zasad pobierania narządów i tkanek od zmarłych dawców są dostępne personelowi szpitala zaangażowanego w dawstwo w formie pisemnej lub elektronicznej i są monitorowane.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala

wywiad z personelem

- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie:

5	obowiązujące przepisy prawne dotyczące zasad pobierania narządów i tkanek od zmarłych dawców są dostępne personelowi szpitala zaangażowanego w dawstwo, i są monitorowane
3	przepisy prawne dotyczące zasad pobierania narządów i tkanek od zmarłych dawców są dostępne personelowi szpitala zaangażowanego w dawstwo, ale nie są monitorowane
1	przepisy prawne dotyczące zasad pobierania narządów i tkanek od zmarłych dawców nie są dostępne personelowi szpitala zaangażowanego w dawstwo

ZP 2 Szpital powiadamia Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” o każdym zidentyfikowanym potencjalnym dawcy

Wyjaśnienie

Szpital powiadamia Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” o każdym zmarłym w mechanizmie śmierci mózgu

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital powiadamia Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” o 100% zmarłych w mechanizmie śmierci mózgu
3	szpital powiadamia Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” o 70 -99% zmarłych w mechanizmie śmierci mózgu
1	szpital powiadamia Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” o mniej niż 70% zmarłych w mechanizmie śmierci mózgu

ZAŁOŻENIA ORGANIZACYJNE DLA SZPITALI Z PROGRAMEM DAWSTWA NARZĄDÓW I TKANEK (ZO)

Wzmocnienie programu donacji tkanek i narządów w szpitalach wymaga opracowania i wprowadzenia procedur donacyjnych, posiadania odpowiedniej kadry, spełnienia niezbędnych warunków organizacyjnych, sprzętowych i lokalowych.

ZO 1	Szpital z potencjałem donacyjnym posiada opisane i wdrożone procedury składające się na szpitalny system jakości dawstwa dla wszystkich obszarów donacji
ZO 2	Procedury składające się na szpitalny system jakości dawstwa są dostępne w oddziałach kluczowych dla dawstwa w wersji papierowej lub elektronicznej
ZO 3	Szpital ma personalne możliwości stwierdzenia śmierci mózgu
ZO 4	Szpital zapewnia badania przepływu mózgowego całodobowo 7 dni w tygodniu
ZO 5	Szpital, który ma program transplantacji nerek posiada wdrożoną procedurę i personel przeszkolony w pobraniu narządów i tkanek od dawców po niekontrolowanym zatrzymaniu krążenia (DCD)
ZO 6	W szpitalu jest koordynator lub zespół ds. donacji, który zapewnia działania donacyjne realizowane całodobowo przez 7 dni w tygodniu
ZO 7	W szpitalu ustalono sposób kontaktowania się z właściwym prokuratorem i/lub sądem rodzinnym całodobowo 7 dni w tygodniu
ZO 8	Szpital wspiera narzędziami informatycznymi działania koordynatora lub zespół ds. donacji celem proaktywnej identyfikacji dawców
ZO 9	W szpitalu stworzono oznakowane stanowisko pracy przeznaczone dla koordynatora lub szpitalnego zespołu ds. donacji, koordynator lub przewodniczący zespołu ds. donacji jest wyposażony w mobilny telefon służbowy i ma dostęp do komputera i Internetu
ZO 10	Szpital dysponuje pomieszczeniem, gdzie można w godnych warunkach przeprowadzić rozmowę z rodziną zmarłego na temat śmierci mózgu oraz donacji narządów i tkanek
ZO 11	Szpital ma uzgodnione z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii (OAiIT) i opisane zasady przekazywania osób z wysuniętym podejrzeniem śmierci mózgu do OAiIT
ZO 12	Szpital ma opisane i uzgodnione i opisane zasady udziału anestezjologa w diagnostyce śmierci mózgu poza oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii (OAiIT)
ZO 13	Szpital z potencjałem donacyjnym zapewnia wsparcie psychologiczne w procesie dawstwa

ZO 1 Szpital z potencjałem donacyjnym posiada opisane i wdrożone procedury/SOPy składające się na szpitalny system jakości dawstwa dla wszystkich obszarów donacji, tj.:

1. Procedurę aktywnej identyfikacji prawdopodobnych dawców narządów oraz tkanek.
2. Procedurę medycznej ewaluacji oceny dawcy wielonarządowego i wielotkankowego.
3. Procedurę pobierania, pakowania i przesyłania próbek do badań diagnostycznych poprzedzających pobranie.
4. Procedurę opieki nad zmarłym dawcą pod kątem pobrania tkanek i narządów.
5. Procedurę rozpoznania śmierci mózgu i / lub procedurę rozpoznania śmierci w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów.
6. Procedurę autoryzacji pobrania w tymi rozmowy z rodziną dawcy, sprawdzenia CRS, uzyskania braku sprzeciwu od prokuratora (jeśli dotyczy), stanowiska Sądu Rodzinnego (jeśli dotyczy).
7. Procedurę komunikacji personelu oddziałów kluczowych dla dawstwa z koordynatorem lub zespołem ds. dawstwa.
8. Procedurę organizacji pobrania w bloku operacyjnym.
9. Procedurę organizacji pobrania tkanek w sali sekcyjnej.
10. Procedurę zgłaszania potencjalnych dawców narządów i tkanek.
11. Procedurę zgłaszania potencjalnych dawców tkanek.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem
- wywiad z personelem

Punktowanie:

5	szpital posiada opisane i wdrożone procedury składające się na szpitalny system jakości dawstwa dla wymienionych wszystkich obszarów donacji
3	szpital posiada opisane i wdrożone procedury składające się na szpitalny system jakości dawstwa dla wymienionych sześciu i więcej obszarów donacji
1	szpital posiada opisane i wdrożone procedury składające się na szpitalny system jakości dawstwa dla wymienionych mniej niż sześciu obszarów donacji

ZO 2 Procedury składające się na szpitalny system jakości dawstwa są dostępne w oddziałach kluczowych dla dawstwa w wersji papierowej lub elektronicznej.

Wyjaśnienie

Procedury i instrukcje składające się na szpitalny system jakości dawstwa są przechowywane i dostępne w oddziałach kluczowych dla dawstwa całodobowo. Procedury i instrukcje dotyczące donacji narządów i tkanek w wersji papierowej powinny znajdować się w łatwo dostępnym miejscu w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, oddziale intensywnej opieki noworodkowej, oddziale neurologii, oddziale neurochirurgii, szpitalnym oddziale ratunkowym. Procedury są również ogólnie dostępne poprzez system informatyczny szpitala (intranet).

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie:

5	procedury składające się na szpitalny system jakości dawstwa są dostępne w oddziałach kluczowych dla dawstwa w wersji papierowej i elektronicznej
3	procedury składające się na szpitalny system jakości dawstwa są dostępne w oddziałach kluczowych dla dawstwa w wersji papierowej lub w wersji elektronicznej
1	procedury składające się na szpitalny system jakości dawstwa nie są dostępne w oddziałach kluczowych dla dawstwa

ZO 3 Szpital ma personalne możliwości stwierdzenia śmierci mózgu.

Wyjaśnienie

Personel niezbędny do stwierdzenia śmierci mózgu: specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, specjalista neurolog lub specjalista neurochirurg, a w przypadku dawców pediatrycznych specjalista neonatolog i specjalista neurolog dziecięcy.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital ma personalne możliwości stwierdzenia śmierci mózgu całodobowo 7 dni w tygodniu
3	szpital ma personalne możliwości stwierdzenia śmierci mózgu całodobowo ale nie 7 dni w tygodniu lub 7 dni w tygodniu ale nie całodobowo
1	szpital nie ma personalnych możliwości stwierdzenia śmierci mózgu całodobowo 7 dni w tygodniu

ZO 4 Szpital zapewnia badania przepływu mózgowego całodobowo 7 dni w tygodniu

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem
- wywiad z personelem

Punktowanie:

5	szpital wykonuje badania przepływu mózgowego całodobowo 7 dni w tygodniu w lokalizacji
3	szpital nie wykonuje badania przepływu mózgowego całodobowo 7 dni w tygodniu w lokalizacji, ale zapewnia badania przepływu mózgowego całodobowo 7 dni w tygodniu w ramach umowy zawartej z innym podmiotem
1	szpital nie zapewnia badania przepływu mózgowego całodobowo 7 dni w tygodniu

ZO 5 Szpital, który ma program transplantacji nerek posiada wdrożoną procedurę i personel przeszkolony w pobraniu narządów i tkanek od dawców po niekontrolowanym zatrzymaniu krążenia (DCD).

Wyjaśnienie

Każdy szpital, który ma program transplantacji nerek powinien posiadać wdrożoną procedurę postępowania i personel przeszkolony w pobraniu narządów i tkanek od dawców po niekontrolowanym zatrzymaniu krążenia (DCD).

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem
- wywiad z personelem

Punktowanie:

5	szpital posiada wdrożoną procedurę postępowania i personel przeszkolony w pobraniu narządów i tkanek od dawców po niekontrolowanym zatrzymaniu krążenia (DCD)
3	szpital posiada personel przeszkolony w pobraniu narządów i tkanek od dawców po niekontrolowanym zatrzymaniu krążenia (DCD), ale nie posiada wdrożonej procedury postępowania
1	szpital nie posiada personelu przeszkolonego w pobraniu narządów i tkanek od dawców po niekontrolowanym zatrzymaniu krążenia (DCD) i nie posiada wdrożonej procedury postępowania

ZO 6 W szpitalu jest koordynator lub zespół ds. donacji, który zapewnia działania donacyjne całodobowo przez 7 dni w tygodniu.

Sprawdzenie:

- wywiad z koordynatorem/zespołem ds. donacji
- wywiad z personelem

Punktowanie:

5	w szpitalu jest koordynator/zespół ds. donacji, który zapewnia działania donacyjne całodobowo przez 7 dni w tygodniu
3	w szpitalu jest koordynator/zespół ds. donacji, ale nie zapewnia działań donacyjnych całodobowo przez 7 dni w tygodniu
1	w szpitalu nie ma koordynatora/zespołu ds. donacji

ZO 7 W szpitalu ustalono sposób kontaktowania się z właściwym prokuratorem i/lub sądem rodzinnym całodobowo 7 dni w tygodniu.

Wyjaśnienie

Kierownik podmiotu, albo lekarz przez niego upoważniony występuje do właściwego prokuratora lub sądu rodzinnego w celu uzyskania informacji w sprawie możliwości pobrania komórek, tkanek lub narządów w sytuacji, gdy istnieje uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił w wyniku czynu przestępczego lub gdy dawca jest małoletni. Informacja o sposobie skontaktowania się z właściwym prokuratorem lub sądem rodzinnym jest dostępna dla lekarza upoważnionego przez kierownika podmiotu całodobowo 7 dni w tygodniu.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	w szpitalu ustalono sposób kontaktowania się z właściwym prokuratorem i/lub sądem rodzinnym całodobowo 7 dni w tygodniu i zapisana informacja o tym sposobie jest dostępna dla kierownika podmiotu lub lekarza przez niego upoważnionego
3	w szpitalu ustalono sposób kontaktowania się z właściwym prokuratorem i/lub sądem rodzinnym całodobowo 7 dni w tygodniu, ale zapisana informacja o tym sposobie nie jest dostępna dla kierownika podmiotu lub lekarza przez niego upoważnionego
1	w szpitalu nie ustalono sposobu kontaktowania się z właściwym prokuratorem i/lub sądem rodzinnym

ZO 8 Szpital wspiera narzędziami informatycznymi działania koordynatora lub zespół ds. donacji celem proaktywnej identyfikacji dawców.

Wyjaśnienie

Proaktywna identyfikacja potencjalnych dawców narządów i tkanek w szpitalu wspierana jest narzędziami informatycznymi np. dostępem do szpitalnego systemu medycznego. Koordynator/zespół ds. donacji poprzez system informatyczny szpitala ma stały dostęp do informacji o wszystkich osobach leczonych i zmarłych w szpitalu celem proaktywnej identyfikacji dawców.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem/zespołem ds. donacji
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie:

5	szpital zapewnia koordynatorowi/zespołowi ds. donacji dostęp przez system informatyczny szpitala do informacji o wszystkich osobach leczonych i zmarłych w szpitalu
3	szpital zapewnia koordynatorowi/zespołowi ds. donacji dostęp przez system informatyczny szpitala do informacji o wszystkich osobach zmarłych
1	szpital nie zapewnia koordynatorowi/zespołowi ds. donacji dostępu przez system informatyczny szpitala do informacji o wszystkich osobach leczonych i zmarłych w szpitalu

ZO 9 W szpitalu utworzono oznakowane stanowisko pracy przeznaczone dla koordynatora/ zespołu ds. donacji, koordynator/członek zespołu ds. donacji jest wyposażony w mobilny telefon służbowy i ma dostęp do komputera i Internetu.

Wyjaśnienie

W oparciu o przepisy *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów* koszty koordynacji pobrania ustala się biorąc pod uwagę m.in. koszty zgłoszenia potencjalnego dawcy do Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant" oraz koszty łączności niezbędnej do koordynacji pobrania. Do pracy koordynatora/członka zespołu ds. donacji niezbędny jest mobilny telefon służbowy.

Sprawdzenie:

- wywiad z koordynatorem/zespołem ds. donacji
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie:

5	w szpitalu utworzono oznakowane stanowisko pracy przeznaczone dla koordynatora/zespołu ds. donacji, koordynator/członek zespołu ds. donacji jest wyposażony w mobilny telefon służbowy i ma dostęp do komputera i Internetu
3	w szpitalu utworzono oznakowane stanowisko pracy przeznaczone dla koordynatora/zespołu ds. donacji, koordynator/członek zespołu ds. donacji ma dostęp do komputera i Internetu, ale nie jest wyposażony w mobilny telefon służbowy
1	w szpitalu nie utworzono oznakowanego stanowiska pracy przeznaczonego dla koordynatora lub zespołu ds. donacji, koordynator lub członek zespołu ds. donacji nie jest wyposażony w mobilny telefon służbowy i nie ma dostępu do komputera i Internetu

ZO 10 Szpital dysponuje pomieszczeniem, gdzie można w godnych warunkach przeprowadzić rozmowę z rodziną zmarłego na temat śmierci mózgu oraz donacji narządów i tkanek.

Sprawdzenie:

- wywiad z koordynatorem/zespołem ds. donacji
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie

5	szpital dysponuje pomieszczeniem, gdzie można w godnych warunkach przeprowadzić rozmowę z rodziną zmarłego na temat śmierci mózgu oraz donacji narządów i tkanek
3	szpital wykorzystuje dostępne pomieszczenia w czasie, gdy nie są zajęte w związku z innymi świadczeniami, aby bez przeszkód przeprowadzić rozmowę z rodziną zmarłego na temat śmierci mózgu oraz donacji narządów i tkanek, zapewniając w tym czasie godne warunki do jej przeprowadzenia
1	szpital nie dysponuje pomieszczeniem, gdzie można w godnych warunkach przeprowadzić rozmowę z rodziną zmarłego na temat śmierci mózgu oraz donacji narządów i tkanek i nie ma dostępnych innych pomieszczeń, w których w czasie gdy nie są zajęte w związku z innymi świadczeniami, można bez przeszkód przeprowadzić rozmowę z rodziną zmarłego na temat śmierci mózgu oraz donacji narządów i tkanek, zapewniając w tym czasie godne warunki do jej przeprowadzeni

ZO 11 Szpital ma uzgodnione z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii (OAiIT) i opisane zasady przekazywania osób z wysuniętym podejrzeniem śmierci mózgu do OAiIT.

Wyjaśnienie

Szpital posiadający oddziały lub stanowiska z możliwością prowadzenia wentylacji mechanicznej poza OAiIT ma opisane i uzgodnione z OAiIT zasady przekazania osób z wysuniętym podejrzeniem śmierci mózgu do OAiIT.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

Punktowanie

5	szpital ma uzgodnione z OAiT i opisane zasady przekazywania osób z wysuniętym podejrzeniem śmierci mózgu do OAiIT
3	szpital ma uzgodnione z OAiIT zasady przekazywania osób z wysuniętym podejrzeniem śmierci mózgu do OAiIT, ale nie są one opisane
1	szpital nie ma uzgodnionych z OAiIT zasad przekazywania osób z wysuniętym podejrzeniem śmierci mózgu do OAiIT

ZO 12 Szpital ma uzgodnione i opisane zasady udziału anestezjologa w diagnostyce śmierci mózgu poza oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii (OAiIT).

Wyjaśnienie

Szpital posiadający oddziały lub stanowiska z możliwością prowadzenia wentylacji mechanicznej poza OAiIT ma uzgodnione i opisane zasady udziału anestezjologa w diagnostyce śmierci mózgu poza OAiIT.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

Punktowanie

5	szpital ma uzgodnione i opisane zasady udziału anestezjologa w diagnostyce śmierci mózgu poza OAiIT
3	szpital ma uzgodnione zasady udziału anestezjologa w diagnostyce śmierci mózgu poza OAiIT, ale nie są one opisane
1	szpital nie ma uzgodnionych zasad udziału anestezjologa w diagnostyce śmierci mózgu poza OAiIT

ZO 13 Szpital z potencjałem donacyjnym zapewnia wsparcie psychologiczne w procesie dawstwa.

Wyjaśnienie

Koordynator/członkowie zespołu ds. donacji, osoby sprawujące opiekę nad dawcą, a także pozostali przedstawiciele personelu medycznego i wspomagającego zaangażowani w proces donacji oraz rodziny i bliscy zmarłych dawców narządów i tkanek mają zapewnioną możliwość uzyskania wsparcia psychologicznego, np. poprzez konsultacje psychologiczne, udział w szkoleniach dotyczących sposobów prowadzenia rozmów z rodzinami zmarłych i radzenia sobie ze stresem.

Sprawdzenie:

- wywiad z koordynatorem/zespołem ds. donacji
- wywiad z personelem

Punktowanie

5	szpital zapewnia wsparcie psychologiczne w procesie dawstwa personelowi zaangażowanemu w proces donacji i rodzinom zmarłych dawców narządów i tkanek
3	szpital zapewnia wsparcie psychologiczne w procesie dawstwa personelowi zaangażowanemu w proces donacji lub rodzinom zmarłych dawców narządów i tkanek
1	szpital nie zapewnia wsparcia psychologicznego w procesie dawstwa

WYMAGANIA DLA KOORDYNATORÓW / ZESPOŁU DS. DONACJI NARZĄDÓW I TKANEK (KT)

Koordynator zapewnia profesjonalną koordynację pobrania narządów i tkanek. Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów* koordynatorem pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów może być osoba posiadająca:

1. co najmniej wyższe wykształcenie medyczne;
2. ukończone szkolenia dla koordynatorów, o których mowa *Ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, czyli organizowane przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant" szkolenia:

– wstępne – dla osób nowo zatrudnionych;
– ustawiczne, nie rzadziej niż co 2 lata – dla wszystkich pracowników;
– uaktualniające – w przypadku zmian procedur lub rozwoju wiedzy naukowej w zakresie pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów.

KT 1	Koordynator posiada wymagane kwalifikacje i kompetencje
KT 2	Dyrekcja szpitala wspiera działania koordynatora/zespołu ds. donacji
KT 2.1	Koordynator lub zespół ds. donacji podlega bezpośrednio dyrektorowi medycznemu szpitala
KT 2.2	Zakres zadań oraz uprawnienia koordynatora/zespołu ds. donacji są określone w regulaminie organizacyjnym szpitala
KT 2.3	Zakres zadań oraz uprawnień koordynatora przewiduje: 1. Realizowanie zadań w różnych godzinach lub części obowiązków zdalnie 2. Realizowanie zadań administracyjnych i sprawozdawczych 3. Uprawnienia do planowania działań innowacyjnych w zakresie procesu donacji

KT 1 Koordynator posiada wymagane kwalifikacje i kompetencje

Wyjaśnienie

Kwalifikacje Koordynatora wynikają z przepisów prawa.

Przez kompetencje rozumie się:

1. Posiadanie minimalnych upoważnień dotyczących:
   a. sprawdzenia wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów;
   b. zasięgania opinii prokuratora lub sądu rodzinnego ws. pobrania narządów, tkanek i komórek (dotyczy koordynatorów-lekarzy);
   c. korzystania z systemu z narzędzia sieciowego ustawowych rejestrów transplantacyjnych
2. Posiadanie minimalnych uprawnień wewnętrznych dotyczących:
   a. wglądu do dokumentacji medycznej chorych i zmarłych, w tym w systemie informatycznym szpitala;
   b. wizytacji w oddziałach kluczowych dla dawstwa narządów i tkanek.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie

5	koordynator posiada kompetencje w zakresie minimalnych upoważnień i minimalnych uprawnień wewnętrznych
3	koordynator posiada kompetencje w zakresie minimalnych upoważnień, nie posiada w zakresie minimalnych uprawnień wewnętrznych
1	koordynator nie posiada minimalnych upoważnień i uprawnień wewnętrznych

KT 2 Dyrekcja szpitala wspiera działania koordynatora/zespołu ds. donacji.

KT 2.1 Koordynator/zespół ds. donacji podlega bezpośrednio dyrektorowi medycznemu szpitala.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem/zespołem ds. donacji

Punktowanie

5	koordynator/zespół ds. donacji podlega bezpośrednio dyrektorowi medycznemu szpitala i jest to określone w regulaminie organizacyjnym/schemacie organizacyjnym szpitala
3	koordynator /zespół ds. donacji podlega bezpośrednio dyrektorowi medycznemu szpitala, ale nie jest to określone w regulaminie organizacyjnym/schemacie organizacyjnym szpitala
1	koordynator/zespół ds. donacji nie podlega bezpośrednio dyrektorowi medycznemu szpitala

KT 2.2 Zakres zadań oraz uprawnienia koordynatora/zespołu ds. donacji są określone w regulaminie organizacyjnym szpitala.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem/zespołem ds. donacji

Punktowanie:

5	zakres zadań oraz kompetencje koordynatora/zespołu ds. donacji są określone w regulaminie organizacyjnym szpitala
3	zakres zadań oraz kompetencje koordynatora/zespołu ds. donacji są określone odrębnym zarządzeniem dyrektora szpitala
1	zakres zadań oraz kompetencje koordynatora/zespołu ds. donacji nie są określone w regulaminie organizacyjnym szpitala i nie są określone odrębnym zarządzeniem dyrektora szpitala

KT 2.3 Zakres zadań oraz kompetencji koordynatora przewiduje:

1. **Realizowanie zadań w różnych godzinach lub części obowiązków zdalnie.**
2. **Realizowanie zadań administracyjnych i sprawozdawczych.**
3. **Uprawnienia do planowania działań innowacyjnych w zakresie procesu donacji.**

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	zakres zadań oraz kompetencji koordynatora zawiera wszystkie wymagane standardem elementy
3	zakres zadań oraz kompetencji koordynatora nie zawiera wszystkich wymaganych standardem elementów
1	koordynator nie ma określonego zakresu zadań i kompetencji

DOKUMENTACJA I REJESTRY (DR)

Zgodnie z Ustawą Transplantacyjną (m.in. art. 37c) szpitale, jak również banki tkanek i komórek oraz medyczne laboratoria diagnostyczne zobowiązane są do zapewnienia zdolności monitorowania czyli do zapewnienia zdolności lokalizowania i identyfikowania komórek, tkanek lub narządów na dowolnym etapie od ich pobrania do przeszczepienia lub utylizacji.
Brak kompletnych danych z poszczególnych etapów procesu dawstwa uniemożliwia zapewnienie ustawowej zdolności monitorowania.

DR 1	Szpital dokumentuje czynności na poszczególnych etapach dawstwa narządów i tkanek
DR 2	Dokumentacja dawcy zawiera czytelne i autoryzowane protokoły: 1. Protokół postępowania diagnostycznego śmierci mózgu 2. Protokół stwierdzenia śmierci mózgu 3. Protokół/protokoły pobrania wszystkich pobranych od dawcy narządów i tkanek
DR 3	Szpital dawcy dokumentuje fakt pobrania węzłów chłonnych do typowania tkankowego

DR 1 Szpital dokumentuje czynności na poszczególnych etapach dawstwa narządów i tkanek.

Wyjaśnienie

Szpital dokumentuje czynności na poszczególnych etapach dawstwa narządów i tkanek, w dokumentach takich jak:

Etap I: Identyfikacja

1. protokół postępowania diagnostycznego śmierci mózgu
2. protokół stwierdzenia śmierci mózgu

Etap II: Autoryzacja pobrania

3. wydruk z CRS
4. wpis dotyczący rozmowy z rodziną zmarłego nt. dawstwa
5. opinia prokuratora/stanowisko sądu rodzinnego, jeśli były wymagane

Etap III: Kwalifikacja

6. wynik badań charakteryzujących potencjalnego dawcę

Etap IV: Pobranie narządów i tkanek

7. protokół pobrania

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji medycznej
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital dokumentuje czynności na wszystkich etapach dawstwa narządów i tkanek w dokumentach wymienionych standardem
3	szpital dokumentuje czynności na trzech z czterech etapach dawstwa narządów i tkanek w dokumentach wymienionych standardem
1	szpital dokumentuje czynności na mniej niż trzech etapach dawstwa narządów i tkanek w dokumentach wymienionych standardem

DR 2 Dokumentacja dawcy zawiera następujące protokoły (czytelne i autoryzowane):

1. **Protokół postępowania diagnostycznego śmierci mózgu.**
2. **Protokół stwierdzenia śmierci mózgu.**
3. **Protokół/protokoły pobrania wszystkich pobranych od dawcy narządów i tkanek.**

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji medycznej

Punktowanie:

5	wszystkie protokoły znajdują się w dokumentacji dawcy
3	nie wszystkie protokoły znajdują się w dokumentacji dawcy
1	dokumentacja dawcy nie zawiera protokołów, o których mowa w standardzie

DR 3 Szpital dawcy dokumentuje fakt pobrania węzłów chłonnych do typowania tkankowego.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital dokumentuje fakt pobrania węzłów chłonnych do typowania tkankowego
1	szpital nie dokumentuje fakt pobrania węzłów chłonnych do typowania tkankowego

IDENTYFIKACJA I ZGŁOSZENIE POTENCJALNEGO ZMARŁEGO DAWCY (IZ)

Są dwa kluczowe momenty na ścieżce pozyskiwania narządów od osób zmarłych, których zaniechanie lub niewłaściwe poprowadzenie wstrzymuje bieg wydarzeń zmierzających do pobrania i wykorzystania narządów. Są to: wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu (identyfikacja możliwości pobrania) i przekazanie informacji o możliwości pobrania narządów i tkanek od zmarłych do krajowego systemu transplantacyjnego (koordynacja pobrania wielonarządowego). Z tych powodów:

- każda osoba z wysuniętym podejrzeniem śmierci mózgu powinna mieć wdrożone postępowanie potwierdzające rozpoznanie, w przeciwnym razie istnieje zagrożenie utraty możliwych do wykorzystania narządów oraz nieuzasadnionego wentylowania zwłok,
- każdy zmarły w mechanizmie śmierci mózgu powinien być rozpatrywany jako potencjalny zmarły dawca narządów oraz tkanek i zgłoszony do Poltransplantu (co jest wymogiem prawnym), gdzie koordynowane są czynności związane z pobraniem wielonarządowym na poziomie kraju.

IZ 1	Zakres obowiązków lekarzy z oddziałów szpitala kluczowych dla dawstwa, w których prowadzona jest wentylacja mechaniczna obejmuje: 1. Identyfikację dawcy prawdopodobnego. 2. Stwierdzanie śmierci. 3. Kwalifikację dawcy. 4. Opiekę nad dawcą. 5. Autoryzację pobrania.
IZ 2	Prawdopodobny dawca (narządów, tkanek) jest zgłaszany do koordynatora lub zespołu ds. donacji

IZ 1 Zakres obowiązków lekarzy z oddziałów szpitala kluczowych dla dawstwa, w których prowadzona jest wentylacja mechaniczna obejmuje:

1. **Identyfikację dawcy prawdopodobnego.**
2. **Stwierdzanie śmierci.**
3. **Kwalifikację dawcy.**
4. **Opiekę nad dawcą.**
5. **Autoryzację pobrania.**

Wyjaśnienie

Oddziały kluczowe dla dawstwa to: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Neurologii, Oddział Neurochirurgii, Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Szpitalny Oddział Ratunkowy.
Czynności związane z:

1. Identyfikacją dawcy prawdopodobnego są w zakresach obowiązków lekarzy wszystkich oddziałów szpitala kluczowych dla dawstwa, w których prowadzona jest wentylacja mechaniczna.
2. Stwierdzaniem śmierci mózgu są w zakresach obowiązków lekarzy oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii, neonatologii, neurologii dziecięcej.
3. Kwalifikacją dawcy są w zakresach obowiązków lekarzy oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz koordynatorów/zespołu ds., donacji.
4. Opieką nad dawcą jest w zakresach obowiązków lekarzy oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.
5. Autoryzacją pobrania jest w zakresach obowiązków lekarzy oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz koordynatorów/zespołu ds. donacji.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

Punktowanie:

5	szpital posiada zatwierdzone opisy stanowisk pracy lekarzy z oddziałów kluczowych dla dawstwa, w których prowadzona jest wentylacja mechaniczna, które obejmują wszystkie wymagane punkty standardu
3	szpital posiada zatwierdzone opisy stanowisk pracy lekarzy z oddziałów kluczowych dla dawstwa, w których prowadzona jest wentylacja mechaniczna, które nie obejmują wszystkich wymaganych punktów standardu
1	szpital nie posiada zatwierdzonych opisów stanowisk pracy lekarzy z oddziałów kluczowych dla dawstwa, w których prowadzona jest wentylacja mechaniczna

IZ 2. Prawdopodobny dawca (narządów, tkanek) jest zgłaszany do koordynatora lub zespołu ds. donacji.

Wyjaśnienie

Prawdopodobny zmarły dawca to osoba z ciężkim pierwotnym lub wtórnym uszkodzeniem mózgu lub osoba z zatrzymaniem krążenia, u której nie stwierdza się bezwzględnych przeciwwskazań do dawstwa narządów lub tkanek.

Potencjalny zmarły dawca to osoba, u której wysunięto podejrzenie śmierci mózgu lub ją potwierdzono, lub osoba z zatrzymaniem czynności serca i oddychania, u której nie jest kontynuowana resuscytacja krążeniowo-oddechowa, u której nie stwierdza się bezwzględnych przeciwwskazań do dawstwa narządów i tkanek.

Szpitalne protokoły dawstwa powinny mieć charakter prodonacyjny, uwzględniający obowiązek zgłaszania wszystkich (wskaźnik wynoszący 100%) możliwości pobrania narządów i tkanek do koordynatora/zespołu ds. donacji na etapie dawcy prawdopodobnego lub potencjalnego, co daje pełne wykorzystanie potencjału dawstwa.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital uzyskuje wskaźnik wynoszący 80-100% wszystkich zgłoszonych możliwości pobrania narządów i tkanek do koordynatora/zespołu ds. donacji na etapie dawcy prawdopodobnego lub potencjalnego
3	szpital uzyskuje wskaźnik wynoszący 60-79% wszystkich zgłoszonych możliwości pobrania narządów i tkanek do koordynatora/zespołu ds. donacji na etapie dawcy prawdopodobnego lub potencjalnego
1	szpital uzyskuje wskaźnik wynoszący poniżej 60% wszystkich zgłoszonych możliwości pobrania narządów i tkanek do koordynatora/zespołu ds. donacji na etapie dawcy prawdopodobnego lub potencjalnego

STWIERDZANIE ŚMIERCI W MECHANIZMIE NIEODWRACALNEGO USTANIA CZYNNOŚCI MÓZGU (ŚMIERCI MÓZGU) (SM)

Podstawowym warunkiem pobrania narządów i tkanek od osób zmarłych jest stwierdzenie zgonu zgodnie z przepisami, które obowiązują w danym kraju („zasada zmarłego dawcy"). W Polsce narządy i tkanki mogą być pobrane od osób z nieodwracalnym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego i po stwierdzeniu śmierci mózgu, od osób zmarłych w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów (niektóre narządy, wszystkie tkanki) oraz od zmarłych, u których zgon stwierdził lekarz na podstawie osobiście wykonanych badan i ustaleń. Rozpoznanie śmierci mózgu, jest równoznaczne ze stwierdzeniem śmierci człowieka, mimo utrzymującej się czynności serca. Z chwilą stwierdzenia śmierci respirator wentyluje zwłoki i ustaje wtedy obowiązek terapeutyczny. Zespół lekarzy, w których kompetencji leży stwierdzenie śmierci, sporządza ze swojego postępowania protokół. Zapis prawny mówiący, że lekarze stwierdzających zgon nie mogą brać bezpośredniego udziału w pobraniu i przeszczepieniu narządów od tego dawcy eliminuje konflikt interesów.

SM 1	Szpital posiada opisane zasady postępowania w przypadku stwierdzenia podstawowej arefleksji pniowej, które obejmują: 1. Obserwację chorego z ciężkim uszkodzeniem mózgu 2. Procedurę diagnostyczną śmierci mózgu 3. Informowanie koordynatora/zespołu donacyjnego o postępowaniu diagnostycznym
SM 2	Szpital zapewnia personel dla potrzeb rozpoznania śmierci mózgu dostępny całodobowo przez 7 dni w tygodniu
SM 3	Fakt poinformowania koordynatora/zespołu ds. donacji o rozpoczęciu postępowania diagnostycznego śmierci mózgu jest udokumentowany w dokumentacji medycznej pacjenta
SM 4	Lekarz stwierdzający zgon nie jest zaangażowany w procedury pobrania narządów i tkanek

SM 1 Szpital posiada opisane zasady postępowania w przypadku stwierdzenia podstawowej arefleksji pniowej, które obejmują:

1. **Obserwację chorego z ciężkim uszkodzeniem mózgu**
2. **Procedurę diagnostyczną śmierci mózgu**
3. **Informowanie koordynatora/zespołu donacyjnego o postępowaniu diagnostycznym**

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

Punktowanie:

5	szpital posiada opisane zasady postępowania w przypadku stwierdzenia podstawowej arefleksji pniowej, która obejmuje wszystkie wymienione w standardzie elementy
3	szpital posiada opisane zasady postępowania w przypadku stwierdzenia podstawowej arefleksji pniowej, która nie obejmuje wszystkich wymienionych w standardzie elementów
1	szpital nie posiada opisanych zasad postępowania w przypadku stwierdzenia podstawowej arefleksji pniowej

SM 2 Szpital zapewnia personel dla potrzeb rozpoznania śmierci mózgu dostępny całodobowo przez 7 dni w tygodniu

Wyjaśnienie

Personel dla potrzeb rozpoznania śmierci mózgu to: specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, specjalista neurologii lub specjalista neurochirurgii, w przypadku dawców pediatrycznych specjalista neonatologii i specjalista neurologii dziecięcej. Jeśli „drugi specjalista" nie jest dostępny, szpital ma zawartą umowę lub opracowany sposób współpracy w razie konieczności przeprowadzenia procedury

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital zapewnia personel dla potrzeb rozpoznania śmierci mózgu dostępny całodobowo przez 7 dni w tygodniu
3	szpital zapewnia personel dla potrzeb rozpoznania śmierci mózgu, ale personel nie jest dostępny całodobowo przez 7 dni w tygodniu
1	szpital nie zapewnia personelu dla potrzeb rozpoznania śmierci mózgu

SM 3 Fakt poinformowania koordynatora/zespołu ds. donacji o rozpoczęciu postępowania diagnostycznego śmierci mózgu jest udokumentowany w dokumentacji medycznej pacjenta

Wyjaśnienie
O rozpoczęciu postępowania diagnostycznego śmierci mózgu zawsze informowany jest koordynator/zespół ds. donacji, informacja o poinformowaniu koordynatora/zespołu ds. donacji jest udokumentowana w dokumentacji medycznej pacjenta.

Sprawdzenie:
- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z koordynatorem/zespołem ds. donacji

Punktowanie:

5	w 90-100% przeglądanej dokumentacji medycznej udokumentowano fakt poinformowania koordynatora/zespołu ds. donacji o rozpoczęciu postępowania diagnostycznego śmierci mózgu
3	w 50-89% przeglądanej dokumentacji medycznej udokumentowano fakt poinformowania koordynatora/zespołu ds. donacji o rozpoczęciu postępowania diagnostycznego śmierci mózgu
1	w poniżej 50% przeglądanej dokumentacji medycznej udokumentowano fakt poinformowania koordynatora/zespołu ds. donacji o rozpoczęciu postępowania diagnostycznego śmierci mózgu

STWIERDZANIE ŚMIERCI W MECHANIZMIE NIEODWRACALNEGO ZATRZYMANIA KRĄŻENIA POPRZEDZAJĄCEGO POBRANIE NARZĄDÓW (ZK)

Alternatywnym źródłem niektórych narządów (głównie nerek) oraz wszystkich tkanek są zmarli w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów. Szczegółowy opis postępowania w tego rodzaju dawstwie znajduje się w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia.

ZK 1	Szpital realizujący program DCD ma wdrożone zasady postępowania dotyczące stwierdzenia zgonu w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów. Zasady są opisane i znane personelowi

ZK 1 Szpital realizujący program DCD ma wdrożone zasady postępowania dotyczące stwierdzenia zgonu w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów. Zasady są opisane i znane personelowi

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem

Punktowanie:

5	szpital realizujący program DCD ma wdrożone zasady postępowania dotyczące stwierdzenia zgonu w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów. Zasady są opisane i znane personelowi
1	szpital realizujący program DCD ma wdrożone zasady postępowania dotyczące stwierdzenia zgonu w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów, zasady są znane personelowi, ale nie są opisane

STWIERDZANIE ŚMIERCI NA PODSTAWIE WYKONANYCH OSOBIŚCIE PRZEZ LEKARZA BADAŃ I USTALEŃ (TD)

TD (ang. tissue donation) - skrót stosowany dla dawstwa tkanek od zmarłych, których zgon stwierdził lekarz na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń.

TD 1	W szpitalu pobierane są tkanki od dawców zmarłych
TD 2	Szpital realizujący program TD ma wdrożone zasady postępowania dotyczące pobierania tkanek. Zasady są opisane i znane personelowi

TD 1 W szpitalu pobierane są tkanki od dawców zmarłych

Wyjaśnienie
W szpitalu realizowany jest program pobierania tkanek od dawców zmarłych w mechanizmie śmierci mózgu (DBD – dawcy narządowo tkankowi), oraz od dawców TD (prosektoryjne pobrania tkankowe).

Sprawdzenie:
- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	w szpitalu tkanki pobierane są od dawców narządowo-tkankowych zmarłych w mechanizmie śmierci mózgu (DBD) oraz tkanki pobierane są od dawców TD (prosektoryjne pobrania tkankowe)
3	w szpitalu tkanki pobierane są tylko od dawców narządowo-tkankowych zmarłych w mechanizmie śmierci mózgu (DBD)
1	w szpitalu tkanki nie są pobierane

TD 2 Szpital realizujący program TD ma wdrożone zasady postępowania dotyczące pobierania tkanek. Zasady są opisane i znane personelowi

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital realizujący program TD ma wdrożone zasady postępowania dotyczące pobierania tkanek, zasady są opisane i znane personelowi
3	szpital realizujący program TD ma wdrożone zasady postępowania dotyczące pobierania tkanek, zasady są znane personelowi, ale nie są opisane
1	szpital realizujący program TD nie ma wdrożonych zasad postępowania dotyczących pobierania tkanek

AUTORYZACJA POBRANIA I WSPARCIE RODZINY DAWCY (AP)

Autoryzacja pobrania to uzyskanie zgodnego z prawem przyzwolenia na pobranie komórek, tkanek i narządów od dawcy w celu ich przeszczepienia. W Polsce składa się z trzech czynności:

1. Sprawdzenia istnienia sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów (CRS) (w każdym przypadku).
2. Rozmowy z rodziną zmarłego na temat pobrania narządów i tkanek, w tym pozyskania informacji nt. stanowiska (sprzeciwu) zmarłego wobec dawstwa (w każdym przypadku).
3. Wystąpienia do prokuratora w celu pozyskania informacji o niewyrażeniu sprzeciwu na pobranie (w wybranych przypadkach).

AP 1	Szpital ma opracowaną i wdrożoną standardową procedurę operacyjną (SOP) Autoryzacja pobrania i wsparcie rodziny dawcy
AP 1.1	Standardowa procedura operacyjna (SOP) Autoryzacja pobrania i wsparcie rodziny dawcy, zawiera wytyczne dotyczące przebiegu rozmowy z rodziną obejmujące: 1. Miejsce, 2. Czas, 3. Strukturę rozmowy (kolejność przekazywania informacji), 4. Informację o możliwości uzyskania wsparcia psychologicznego, 5. Informację o możliwości uzyskania wsparcia duchowego, 6. Sposób zapewnienia możliwości rozmowy w języku ojczystym, 7. Informację dotyczącą funkcjonowania przeszczepionych narządów.
AP 2	Brak autoryzacji pobrania jest udokumentowany

AP 1 Szpital ma opracowaną i wdrożoną standardową procedurę operacyjną (SOP) Autoryzacja pobrania i wsparcie rodziny dawcy

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital ma opracowaną i wdrożoną standardową procedurę operacyjną (SOP) Autoryzacja pobrania i wsparcie rodziny dawcy
1	w szpitalu stosuje się zasady postępowania przy autoryzacji pobrania, ale nie ma opracowanej i wdrożonej standardowej procedury operacyjnej (SOP)

AP 1.1 Standardowa procedura operacyjna (SOP) Autoryzacja pobrania i wsparcie rodziny dawcy, zawiera wytyczne dotyczące przebiegu rozmowy z rodziną obejmujące:

1. **miejsce,**
2. **czas,**
3. **strukturę rozmowy (kolejność przekazywania informacji),**
4. **informację o możliwości uzyskania wsparcia psychologicznego,**
5. **informację o możliwości uzyskania wsparcia duchowego,**
6. **sposób zapewnienia możliwości rozmowy w języku ojczystym,**
7. **informację dotyczącą funkcjonowania przeszczepionych narządów.**

Wyjaśnienie
Informacja dotycząca pobrania w rozmowie z rodziną jest oddzielona od informacji o stwierdzeniu śmierci. Rozmowa o pobraniu narządów i tkanek jest podejmowana dopiero po wyraźnym wyrażeniu przez krewnych zrozumienia, że pacjent zmarł.
Rodziny zmarłych dawców, na wyraźne życzenie, powinny zostać niezwłocznie poinformowane o wyniku pobrania i przeszczepienia, z zachowaniem poufności informacji o dawcy/biorcy.

Sprawdzenie:
- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	SOP Autoryzacja pobrania i wsparcie rodziny dawcy zawiera wszystkie wymienione standardem elementy dotyczące przebiegu rozmowy z rodziną
3	SOP Autoryzacja pobrania i wsparcie rodziny dawcy zawiera 4 i więcej, ale nie wszystkie wymienione standardem elementy dotyczących przebiegu rozmowy z rodziną
1	SOP Autoryzacja pobrania i wsparcie rodziny dawcy zawiera mniej niż 4 wymienione standardem elementy dotyczących przebiegu rozmowy z rodziną

AP 2 Brak autoryzacji pobrania jest udokumentowany

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	90-100% przeglądanej dokumentacji zawiera udokumentowany brak autoryzacji pobrania
3	70-89% przeglądanej dokumentacji zawiera udokumentowany brak autoryzacji pobrania
1	poniżej 70% przeglądanej dokumentacji zawiera udokumentowany brak autoryzacji pobrania

KWALIFIKACJA MEDYCZNA ZMARŁEGO DAWCY (KD)

Już na wstępnym etapie ścieżki dawstwa rozpoczyna się proces kwalifikacji dawcy oraz poszczególnych narządów i tkanek do pobrania i przeszczepienia. Na podstawie przeprowadzonych badań powstaje charakterystyka zmarłego dawcy zawierająca dane o przebytych i aktualnych chorobach (między innymi o chorobach nowotworowych i zakaźnych), przebytych operacjach, gromadzone są wyniki badań biochemicznych, obrazowych, wirusologicznych i czynnościowych oceniających dawcę, narządy i tkanki. Analiza informacji medycznych (cech) o dawcy, narządach i tkankach umożliwia przeprowadzenie wstępnej kwalifikacji zmarłego jako dawcy oraz dokonanie prawidłowej oceny ryzyka i korzyści dla biorców płynących z wykorzystania narządów lub tkanek.

KD 1	Szpital dokumentuje fakt i przyczyny odstąpienia od pobrania
KD 2	Szpital zapewnia wykonywanie w trybie pilnym całodobowo 7 dni w tygodniu wszystkich diagnostycznych badań laboratoryjnych wymaganych w procesie kwalifikacji tkanek i narządów
KD 3	Szpital ma opracowany i wdrożony SOP Ocena i kwalifikacja dawcy, który zawiera: 1. Przeciwwskazania bezwzględne i względne do pobrania narządów i tkanek 2. Badania diagnostyczne specyficzne dla procesu pobierania narządów i tkanek 3. Sposób rejestracji przyczyn dyskwalifikacji narządu dla potrzeb donacji

KD 1 Szpital dokumentuje fakt i przyczyny odstąpienia od pobrania

Wyjaśnienia

Szpitalny system jakości dawstwa powinien uwzględniać bezwzględne medyczne przeciwwskazania do donacji narządów i tkanek, jednak ostateczna decyzja o kwalifikacji lub dyskwalifikacja dawcy lub poszczególnych narządów i tkanek od pobrania i przeszczepienia nie leży w kompetencjach personelu szpitala dawcy lecz zespołu transplantacyjnego (narządy) lub banku tkanek (tkanki).

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital dokumentuje fakt i przyczyny odstąpienia od pobrania
3	szpital dokumentuje fakt, ale nie dokumentuje przyczyn odstąpienia od pobrania
1	szpital nie dokumentuje ani faktu ani przyczyny odstąpienia od pobrania

KD 2 Szpital zapewnia wykonywanie w trybie pilnym całodobowo 7 dni w tygodniu wszystkich diagnostycznych badań laboratoryjnych wymaganych w procesie kwalifikacji tkanek i narządów

Wyjaśnienie

Szpital zapewnia wykonywanie w trybie pilnym całodobowo 7 dni w tygodniu wszystkich diagnostycznych badań laboratoryjnych wymaganych w procesie kwalifikacji tkanek i narządów, w tym: badania wirusologiczne (w tym HBV Ag, przeciwciała anty-HBc całkowite, przeciwciała anty-HCV, przeciwciała anty-HIV, CMV, SARS-CoV-2), markery nowotworowe, kiła, toxoplazmoza IgG i IgM.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital zapewnia wykonywanie w trybie pilnym całodobowo 7 dni w tygodniu wszystkich diagnostycznych badań laboratoryjnych
3	szpital zapewnia wykonywanie w trybie pilnym wszystkich diagnostycznych badań laboratoryjnych, ale nie całodobowo 7 dni w tygodniu
1	szpital nie zapewnia wykonywania w trybie pilnym całodobowo 7 dni w tygodniu wszystkich diagnostycznych badań laboratoryjnych

KD 3 Szpital ma opracowany i wdrożony SOP Ocena i kwalifikacja dawcy, który zawiera:

1. **Przeciwwskazania bezwzględne i względne do pobrania narządów i tkanek**
2. **Badania diagnostyczne specyficzne dla procesu pobierania narządów i tkanek**
3. **Sposób rejestracji przyczyn dyskwalifikacji narządu dla potrzeb donacji**

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital ma opracowany i wdrożony SOP Ocena i kwalifikacja dawcy, który zawiera wszystkie wymienione standardem elementy
3	szpital ma opracowany i wdrożony SOP Ocena i kwalifikacja dawcy, który zawiera wymienione w punktach 1 i 2 elementy
1	szpital nie ma opracowanego i wdrożonego SOP Ocena i kwalifikacja dawcy

OPIEKA NAD ZMARŁYM DAWCĄ NARZĄDÓW I TKANEK (OD)

OD 1	Szpital opracował i wdrożył procedurę opieki nad dawcą zawierającą instrukcję postępowania z ciałem dawcy przed skierowaniem go do prosektorium w celu umożliwienia donacji tkanek. Instrukcja określa, że w przypadku TD (SOP - postępowanie z ciałem dawcy TD): 1. Ważne aby ciało było schłodzone. 2. Aby powieki zostały zamknięte. 3. Aby została pobrana, oznakowana i zabezpieczona próbka krwi. 4. Wyliczona hemodylucja.
OD 2	Szpital opracował i wdrożył SOP Opieka nad dawcą zmarłym w mechanizmie śmierci mózgu, który zawiera: 1. Miejsce opieki nad dawcą. 2. Cele opieki nad dawcą. 3. Zasady współpracy w zakresie opieki nad dawcą, jeśli dawca znajduje się w innym oddziale niż OAiIT.

OD 1 Szpital opracował i wdrożył procedurę opieki nad dawcą zawierającą instrukcję postępowania z ciałem dawcy przed skierowaniem go do prosektorium w celu umożliwienia donacji tkanek. Instrukcja określa, że w przypadku TD (SOP - postępowanie z ciałem dawcy TD):

1. **Ważne aby ciało było schłodzone.**
2. **Aby powieki zostały zamknięte.**
3. **Aby została pobrana, oznakowana i zabezpieczona próbka krwi.**
4. **Wyliczona hemodylucja.**

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital opracował i wdrożył procedurę opieki nad dawcą zawierającą instrukcję postępowania z ciałem dawcy przed skierowaniem go do prosektorium w celu umożliwienia donacji tkanek, która zawiera wszystkie punkty standardu
3	szpital opracował i wdrożył procedurę opieki nad dawcą zawierającą instrukcję postępowania z ciałem dawcy przed skierowaniem go do prosektorium w celu umożliwienia donacji tkanek, która zawiera wszystkie punkty standardu, która zawiera co najmniej punkty 1, 2, 3
1	szpital nie opracował procedury opieki nad dawcą zawierającej instrukcję postępowania z ciałem dawcy przed skierowaniem go do prosektorium w celu umożliwienia donacji tkanek

OD 2 Szpital opracował i wdrożył SOP Opieka nad dawcą zmarłym w mechanizmie śmierci mózgu, który zawiera:

1. Miejsce opieki nad dawcą.

2. Cele opieki nad dawcą.

3. Zasady współpracy w zakresie opieki nad dawcą, jeśli dawca znajduje się w innym oddziale niż OAiIT.

Wyjaśnienie
Właściwa opieka nad dawcą musi uwzględniać postępowanie dla zachowania optymalnej funkcji narządów i tkanek, które mogą być pobrane.

Sprawdzenie:
- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital opracował i wdrożył SOP Opieka nad dawcą zmarłym w mechanizmie śmierci mózgu, który zawiera wszystkie punkty standardu
3	szpital opracował i wdrożył SOP Opieka nad dawcą zmarłym w mechanizmie śmierci mózgu, który zawiera punkty standardu 1 i 2
1	szpital nie opracował SOP Opieka nad dawcą zmarłym w mechanizmie śmierci mózgu

ORGANIZACJA I KOORDYNACJA POBRANIA WIELONARZĄDOWEGO I TKANKOWEGO (OP)

OP 1	W szpitalu monitoruje się prawdopodobnych dawców DBD
OP 2	W szpitalu monitoruje się zgony pod kątem TD
OP 3	Kontakty do koordynatora centralnego, koordynatorów ośrodków transplantacyjnych oraz koordynatorów w bankach tkanek są spisane i dostępne: 1. Dla koordynatora. 2. W oddziałach kluczowych dla dawstwa.
OP 4	Wszystkie informacje o dawcy przekazywane i aktualizowane są przez koordynatora lub wyznaczonego członka zespołu ds. donacji poprzez wpisy do modułu „Koordynacja" narzędzia sieciowego www.rejestrytx.gov.pl, przez co informacje te stają się dostępne dla wszystkich instytucji biorących udział w procesie pobrania.
OP 5	Koordynator, koordynuje pobrania tkanek, które odbywają się w bloku operacyjnym lub sali sekcyjnej.

OP 1 W szpitalu monitoruje się prawdopodobnych dawców DBD.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	W szpitalu opracowano i wdrożono zasady monitorowania prawdopodobnych dawców DBD
3	W szpitalu opracowano zasady monitorowania prawdopodobnych dawców DBD
1	W szpitalu nie opracowano zasad monitorowania prawdopodobnych dawców DBD

OP 2 W szpitalu monitoruje się zgony pod kątem TD.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	W szpitalu opracowano i wdrożono zasady monitorowania zgonów pod kątem TD
3	W szpitalu opracowano zasady monitorowania zgonów pod kątem TD
1	W szpitalu nie opracowano zasad monitorowania zgonów pod kątem TD

OP 3 Kontakty do koordynatora centralnego, koordynatorów ośrodków transplantacyjnych oraz koordynatorów w bankach tkanek są spisane i dostępne:

1. Dla koordynatora.

2. W oddziałach kluczowych dla dawstwa.

Sprawdzenie:

- wywiad z koordynatorem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie:

5	Kontakty do koordynatora centralnego, koordynatorów ośrodków transplantacyjnych oraz koordynatorów w bankach tkanek są spisane i dostępne: dla koordynatora i w oddziałach kluczowych dla dawstwa
3	Kontakty do koordynatora centralnego, koordynatorów ośrodków transplantacyjnych oraz koordynatorów w bankach tkanek są spisane i dostępne dla koordynatora
1	Kontakty do koordynatora centralnego, koordynatorów ośrodków transplantacyjnych oraz koordynatorów w bankach tkanek nie są spisane i nie są dostępne

OP 4 Wszystkie informacje o dawcy przekazywane i aktualizowane są przez koordynatora lub wyznaczonego członka zespołu ds. donacji poprzez wpisy do modułu „Koordynacja" narzędzia sieciowego www.rejestrytx.gov.pl, przez co informacje te stają się dostępne dla wszystkich instytucji biorących udział w procesie pobrania.

Sprawdzenie:

- wywiad z koordynatorem
- obserwacja bezpośrednia

Punktowanie:

5	wszystkie informacje o dawcy przekazywane i aktualizowane są przez koordynatora lub wyznaczonego członka zespołu ds. donacji poprzez wpisy do modułu „Koordynacja" narzędzia sieciowego www.rejestrytx.gov.pl
1	nie wszystkie informacje o dawcy przekazywane i aktualizowane są przez koordynatora lub wyznaczonego członka zespołu ds. donacji poprzez wpisy do modułu „Koordynacja" narzędzia sieciowego www.rejestrytx.gov.pl

OP 5 Koordynator, koordynuje pobrania tkanek, które odbywają się w bloku operacyjnym lub sali sekcyjnej.

Sprawdzenie:

- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	Koordynator, koordynuje pobrania tkanek, które odbywają się w bloku operacyjnym lub sali sekcyjnej
1	Koordynator nie koordynuje pobrania tkanek, które odbywają się w bloku operacyjnym lub sali sekcyjnej

POBRANIE NARZĄDÓW I TKANEK W SZPITALU DAWCY (PS)

PS 1	Szpital opracował i wdrożył procedurę organizacji pobrania narządów i/lub tkanek, która zawiera: 1. Konieczną obecność anestezjologa, który nie brał udziału w stwierdzeniu śmierci mózgu oraz obecność pielęgniarki anestezjologicznej. 2. Przygotowanie papierowej historii choroby dawcy. 3. Przygotowanie sali operacyjnej. 4. Informacje jak trafić na oddział, w którym przebywa dawca, jak trafić na blok lub do sali sekcyjnej.

PS 1 Szpital opracował i wdrożył procedurę organizacji pobrania narządów i/lub tkanek, która zawiera:

1. **Konieczną obecność anestezjologa, który nie brał udziału w stwierdzeniu śmierci mózgu oraz obecność pielęgniarki anestezjologicznej.**
2. **Przygotowanie papierowej historii choroby dawcy.**
3. **Przygotowanie sali operacyjnej.**
4. **Informacje jak trafić na oddział, w którym przebywa dawca, jak trafić na blok lub do sali sekcyjnej.**

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital opracował i wdrożył procedurę organizacji pobrania narządów i/lub tkanek, która zawiera wszystkie wymagane punkty standardu
3	szpital opracował i wdrożył procedurę organizacji pobrania narządów i/lub tkanek, która zawiera wymagane punkty 1, 2, 3 standardu
1	szpital nie opracował procedury organizacji pobrania narządów i/lub tkanek

ORGANIZACJA, KOORDYNACJA I POBRANIE TKANEK OD ZMARŁYCH DAWCÓW NIEBĘDĄCYMI DAWCAMI NARZĄDÓW (PT)

PT 1	w szpitalu jest koordynator tkankowy
PT 2	szpital ma opracowany i wdrożony SOP Pobranie tkanek od zmarłych dawców niebędących dawcami narządów, który zawiera: 1. Zasady identyfikacji dawców tkankowych. 2. Zasady wykluczania bezwzględnych przeciwwskazań do dawstwa tkanek. 3. Zasady kwalifikacji i dyskwalifikacji dawcy lub poszczególnych tkanek do pobrania. 4. Zasady autoryzacji donacji. 5. Zasady opieki nad ciałem zmarłego dawcy - w każdym standardzie to samo nazewnictwo ciało zmarłego dawcy. 6. Zasady organizacji pobrania tkanek. 7. Zasady dokumentowania donacji tkankowych.

PT 1 W szpitalu jest koordynator tkankowy.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	w szpitalu jest odrębny koordynator tkankowy
3	w szpitalu jest koordynator, który koordynuje pobrania od dawców narządowo tkankowych i od dawców tkankowych
1	w szpitalu nie ma odrębnego koordynatora tkankowego

PT 2 Szpital ma opracowany i wdrożony SOP Pobranie tkanek od zmarłych dawców niebędących dawcami narządów, który zawiera:

1. **Zasady identyfikacji dawców tkankowych.**
2. **Zasady wykluczania bezwzględnych przeciwwskazań do dawstwa tkanek.**
3. **Zasady kwalifikacji i dyskwalifikacji dawcy lub poszczególnych tkanek do pobrania.**
4. **Zasady autoryzacji donacji.**
5. **Zasady opieki nad ciałem zmarłego dawcy - w każdym standardzie to samo nazewnictwo ciało zmarłego dawcy.**
6. **Zasady organizacji pobrania tkanek.**
7. **Zasady dokumentowania donacji tkankowych.**

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	szpital ma opracowany i wdrożony SOP Pobranie tkanek od zmarłych dawców niebędących dawcami narządów, który zawiera wszystkie wymagane standardem elementy
3	szpital ma opracowany i wdrożony SOP Pobranie tkanek od zmarłych dawców niebędących dawcami narządów, który zawiera wymagane punkty 2, 3, 4, 5 standardu
1	szpital nie ma opracowanego SOP Pobranie tkanek od zmarłych dawców niebędących dawcami narządów

SZKOLENIA, PROMOCJA I EDUKACJA (SE)

SE 1	Koordynator uczestniczy w przewidzianych prawem szkoleniach wstępnych, ustawicznych i uaktualniających na temat dawstwa narządów i tkanek.
SE 2	Koordynator prowadzi działania edukacyjne i promujące donację oraz transplantację tkanek i narządów
SE 3	W szpitalu prowadzone są regularne szkolenia z zakresu komunikacji z pacjentem, sposobów prowadzenia rozmów z rodzinami zmarłych i radzenia sobie ze stresem.

SE 1 Koordynator uczestniczy w przewidzianych prawem szkoleniach wstępnych, ustawicznych i uaktualniających na temat dawstwa narządów i tkanek.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	Koordynator posiada certyfikaty za uczestnictwo w przewidzianych prawem szkoleniach wstępnych, ustawicznych i uaktualniających na temat dawstwa narządów i tkanek
1	Koordynator posiada certyfikat ze szkolenia wstępnego, ale nie posiada certyfikatu za uczestnictwo w przewidzianych prawem szkoleniach ustawicznych i uaktualniających na temat dawstwa narządów i tkanek

SE 2 Koordynator prowadzi działania edukacyjne i promujące donację oraz transplantację tkanek i narządów.

Wyjaśnienie

Koordynator prowadzi działania edukacyjne i promujące donację oraz transplantację tkanek i narządów przeprowadzając okresowo szkolenia dla personelu szpitala. Szkolenia powinny być zaplanowane i realizowane zgodnie z planem, a potwierdzeniem udziału w szkoleniach jest co najmniej podpis uczestnika na liście obecności.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	koordynator planuje i prowadzi co najmniej dwa szkolenia na rok dla personelu szpitala
3	koordynator prowadzi co najmniej jedno szkolenie na rok dla personelu szpitala
1	koordynator nie prowadzi szkoleń dla personelu szpitala

SE 3 W szpitalu prowadzone są szkolenia dla personelu z zakresu komunikacji z pacjentem, sposobów prowadzenia rozmów z rodzinami zmarłych i radzenia sobie ze stresem.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z personelem
- wywiad z koordynatorem

Punktowanie:

5	w szpitalu więcej niż 1 raz w roku prowadzone są szkolenia dla personelu z zakresu komunikacji z pacjentem, sposobów prowadzenia rozmów z rodzinami zmarłych i radzenia sobie ze stresem
3	w szpitalu minimum 1 raz w roku prowadzone są szkolenia dla personelu z zakresu komunikacji z pacjentem, sposobów prowadzenia rozmów z rodzinami zmarłych i radzenia sobie ze stresem
1	w szpitalu nie prowadzi się szkolenia dla personelu z zakresu komunikacji z pacjentem, sposobów prowadzenia rozmów z rodzinami zmarłych i radzenia sobie ze stresem.

MONITOROWANIE I OCENA JAKOŚCI W OBSZARZE DAWSTWA (MO)

MO 1	W szpitalu retrospektywnie ocenia się zgony pod kątem wykorzystanych i niewykorzystanych możliwości pobrania oraz przyczyn, dla których nie doszło do pobrania.

MO 1 W szpitalu retrospektywnie ocenia się zgony pod kątem wykorzystanych i niewykorzystanych możliwości pobrania oraz przyczyn, dla których nie doszło do pobrania.

Sprawdzenie:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z koordynatorem/zespołem ds. donacji
- wywiad z zespołem ds. analizy zgonów

Punktowanie

5	w szpitalu przeprowadza się retrospektywnie ocenę zgonów pod kątem wykorzystanych i niewykorzystanych możliwości pobrania oraz przyczyn, dla których nie doszło do pobrania; analiza dokonywana jest nie rzadziej niż co kwartał wspólnie przez koordynatora/zespół ds. donacji i zespół ds. analizy zgonów
3	w szpitalu przeprowadza się retrospektywnie ocenę zgonów pod kątem wykorzystanych i niewykorzystanych możliwości pobrania oraz przyczyn, dla których nie doszło do pobrania; analiza dokonywana jest rzadziej niż co kwartał przez koordynatora/zespół ds. donacji i bez udziału zespołu ds. analizy zgonów
1	w szpitalu nie ocenia się retrospektywnie zgonów pod kątem wykorzystanych i niewykorzystanych możliwości pobrania oraz przyczyn, dla których nie doszło do pobrania

SŁOWNIK SKRÓTÓW I POJĘĆ

audyt	-	systematyczne, niezależne badanie mające na celu stwierdzenie czy działania odnoszące się do jakości i ich wyniki są zgodne z ustaleniami oraz czy te ustalenia są skutecznie realizowane i pozwalają na osiągnięcie celów
autoryzacja pobrania	-	uzyskanie zgodnego z prawem przyzwolenia na pobranie komórek, tkanek i narządów od dawcy
bank tkanek i komórek (BTiK)	-	jednostka organizacyjna prowadząca działalność w zakresie gromadzenia, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania, dystrybucji, dopuszczania do obiegu, przywozu, wywozu tkanek i komórek lub działalności przywozowej; jednostka tego rodzaju może również pobierać lub testować tkanki i komórki po spełnieniu wymagań przewidzianych w ustawie
Centralny Rejestr Sprzeciwów (CRS)	-	Centralny Rejestr Sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich, zwany dalej „Centralnym Rejestrem Sprzeciwów", stanowi zbiór informatyczny i archiwalny danych zawartych w zgłoszeniach o dokonanie wpisu sprzeciwu i zgłoszeniach o wykreślenie wpisu sprzeciwu
charakterystyka dawcy i narządu	-	zgromadzone istotne informacje na temat cech dawcy i narządów w celu przeprowadzenia oceny ryzyka dla biorców, właściwej alokacji narządów oraz przewidywania wyników przeszczepienia
charakterystyka narządu	-	zgromadzone istotne informacje na temat cech narządu, niezbędnych do oceny biologicznej jakości narządów w celu przeprowadzenia oceny ryzyka dla biorców oraz właściwej alokacji narządów
dawca autoryzowany (dawca z przyzwoleniem na pobranie)	-	zmarły, potencjalny dawca z brakiem sprzeciwu w CRS, brakiem zastrzeżeń ze strony prokuratora i brakiem sprzeciwu przekazanego przez bliskich
dawca prawdopodobny	-	osoba z ciężkim uszkodzeniem mózgu lub zatrzymaniem krążenia, u której nie stwierdza się bezwzględnych przeciwwskazań do dawstwa narządów
dawca potencjalny	-	osoba, co do której wysunięto podejrzenie śmierci mózgu lub ją potwierdzono, osoba z zatrzymaniem czynności serca i oddychania, u której nie jest kontynuowana RKO lub nie planuje się jej wdrożenia lub osoba, u której przewiduje się zatrzymanie krążenia w warunkach umożliwiających pobranie tkanek i narządów, u której nie stwierdzono bezwzględnych przeciwwskazań medycznych do pobrania narządów
dawca zakwalifikowany	-	zmarły, u którego stwierdzono śmierć mózgu lub śmierć w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia i nie stwierdzono bezwzględnych przeciwwskazań do dawstwa oraz przeprowadzono autoryzację pobrania

dawca rzeczywisty	-	zmarły, od którego pobrano co najmniej jeden narząd celem przeszczepienia
dawca wykorzystany	-	zmarły, od którego pobrano i przeszczepiono co najmniej jeden narząd
DBD	-	(ang. donation after brain death) dawstwo po stwierdzeniu śmierci na podstawie kryteriów neurologicznych (jeden z trzech rodzajów dawstwa od osób zmarłych)
DCD	-	(ang. donation after cardiac death, donation after circulatory death) dawstwo po stwierdzeniu śmierci na podstawie kryteriów krążeniowo-oddechowych (jeden z trzech rodzajów dawstwa od osób zmarłych)
donacja (zamiennie: dawstwo)	-	oddanie komórek, tkanek lub narządów przeznaczonych do przeszczepienia lub zastosowania u ludzi
DOPKI	-	(ang. Improving The Knowledge and Practices In Organ Donation), projekt (2006-2008), do którego głównych zadań należała ocena i ustalenie współczynników dawstwa narządów w poszczególnych państwach europejskich
dystrybucja	-	transport i dostarczenie tkanek, komórek lub narządów przeznaczonych do przeszczepienia lub zastosowania u ludzi
EBM	-	(ang. evidence based medicine) sposób praktykowania medycyny (praktyka medyczna), pozwalający na podejmowanie decyzji nie tylko w oparciu o integrację doświadczeń klinicznych i aplikacji norm oraz wartości społecznych, ale również wykorzystania wiarygodnej, aktualnej, opublikowanej informacji medycznej (evidence). Nazwa polska: POWAP - Praktyka Medyczna Oparta na Wiarygodnych i Aktualnych Publikacjach
hemodylucja	-	patrz ocena hemodylucji
ISO	-	ang. International Organisation for Standardisation), Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna
jakość	-	1. ogół cech i właściwości wyrobu lub usług decydujących o zdolności wyrobu lub usługi do zaspokojenia stwierdzonych i przewidywanych potrzeb (definicja wg normy ISO 8402) 2. jakość opieki zdrowotnej - stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą (definicja wg WHO)
koordynacja pobrania i przeszczepiania	-	uzgodnienia dotyczące organizacji, nadzoru i dokumentacji, procesów identyfikacji i kwalifikacji dawcy, autoryzacji pobrania, pobrania, przechowywania, alokacji i dystrybucji oraz przeszczepiania komórek, tkanek lub narządów lub zastosowania u ludzi komórek lub tkanek, w tym sposobu przekazania i transportu oraz przyjęcia komórek, tkanek lub narządów w podmiocie leczniczym w rozumieniu art. 4 Ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o

		działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r., poz. 295, 567 i 1493) lub banku tkanek i komórek oraz ich dostarczenia do biorcy
koordynator pobierania i przeszczepiania	-	uprawniona i przeszkolona osoba organizująca koordynację pobrania i przeszczepiania lub koordynację pobrania i zastosowania u ludzi
KCBTiK	-	Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek
norma	-	główna cecha, kryterium wskazujące, jaki cel uważamy za osiągalny, jaki cel jest założony; norma odnosi się do pewnej wartości progowej, poniżej której niezgodność z kryteriami powoduje interwencje. W opiece zdrowotnej normy wyznaczają działania mające na celu osiągnięcie jak najwyższych rezultatów dla pacjenta
OAiIT	-	oddział anestezjologii i intensywnej terapii
ocena hemodylucji	-	wyliczenie hemodylucji u dawcy z zastosowaniem ustalonego algorytmu. Jeżeli wyliczona hemodylucja wynosi <50% wówczas ryzyko otrzymania fałszywie ujemnych wyników markerów czynników chorób zakaźnych ze względu na rozcieńczenie krwi/osocza uznaje się za właściwie zminimalizowane
ODEQUS	-	(ang. Organ Donation European Quality System) projekt (2010-2013), którego celem było opracowanie metodologii oceny wyników pobierania narządów na poziomie szpitalnym
ośrodek transplantacyjny	-	szpital, w którym wykonywane są przeszczepiania narządów posiadający pozwolenie Ministra Zdrowia na wykonywanie tych czynności
pobieranie	-	czynności, w wyniku których komórki, tkanki lub narządy są pozyskiwane w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych lub dydaktycznych
podstawowa arefleksja pniowa	-	zanik odruchów kaszlowego i wymiotnego oraz rozszerzenie i brak reakcji źrenic na światło
„Poltransplant”	-	Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do spraw Transplantacji „Poltransplant”
proces	-	zbiór logicznie powiązanych sekwencyjnych działań i czynności, które w sumie powinny kreować wartość dodaną dla odbiorcy wewnętrznego lub zewnętrznego
przechowywanie	-	utrzymywanie komórek, tkanek lub narządów we właściwych i odpowiednio kontrolowanych warunkach do chwili ich przeszczepienia lub zastosowania u ludzi
przeszczepienie	-	proces mający na celu przywrócenie niektórych funkcji ciała ludzkiego przez przeniesienie komórki, tkanki lub narządu od dawcy do ciała biorcy
przetwarzanie	-	wszelkie czynności związane z przygotowaniem, konserwowaniem i pakowaniem tkanek lub komórek przeznaczonych do przeszczepienia lub zastosowania u ludzi
RKO	-	resuscytacja krążeniowo-oddechowa

SOP	-	Standardowa Procedura Operacyjna (ang. Standard Operating Procedure, SOP) 1. Plan rutynowego postępowania, opracowany dla wybranych jednostek chorobowych, procedur diagnostycznych lub leczniczych na podstawie wytycznych postępowania klinicznego z uwzględnieniem warunków lokalnych. Może być opracowana w formie algorytmu z uwzględnieniem kilku ścieżek postępowania. Powinna wskazywać osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych działań w ramach opisywanej procedury. Jest łatwo dostępna, znana i stosowana przez personel. 2. Pisemne instrukcje opisujące przebieg określonych procesów z uwzględnieniem wykorzystywanych materiałów i metod oraz oczekiwanych wyników tych procesów
SOR	-	szpitalny oddział ratunkowy, używany w dokumencie zamiennie z terminem izba przyjęć SOR/IP, gdyż część funkcji tych jednostek organizacyjnych z punktu widzenia donacji narządów się pokrywa
standard	-	1. Precyzyjna, ilościowa specyfikacja treści kryterium, wg definicji „Słownika języka polskiego” - przeciętny, typowy model, wzorzec, gatunek jakiegoś wyrobu odpowiadający określonym wymogom, norma. 2. Standardy medyczne to zbiory rekomendacji, które odnoszą się do wszystkich działań zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych; zwykle przedstawiane jako wytyczne lub ścieżki postępowania medycznego. Model uznanych profesjonalnych działań leczniczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, diagnostycznych lub organizacyjnych, służących do oceny jakości świadczeń. 3. Zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych
standardy akredytacyjne	-	mierzalne kryteria oceny podmiotów leczniczych
SWOT	-	(ang. strengths, weaknesses, opportunities, threats) technika analityczna będąca narzędziem służącym do analizy organizacji i jej otoczenia w celu optymalizacji strategii zarządzania
system zapewnienia jakości	-	1. system, w którym organizacja definiuje swoje cele i zadania projakościowe oraz opisuje, w jaki sposób cele te mogą zostać osiągnięte. Dokumenty obejmują strukturę organizacyjną, zakresy obowiązków i strukturę decyzyjną, udział poszczególnych osób w planowaniu, realizacji oraz ocenie wyników ; 2. struktura organizacyjna, procedury, procesy i zasoby wpływające w sposób bezpośredni lub pośredni na osiągnięcie i utrzymanie wysokiej jakości komórek, tkanek lub narządów

śmierć mózgu	-	(ang. brain death, BD) trwała utrata przytomności i wszystkich funkcji pnia mózgu spowodowana krytycznym uszkodzeniem mózgu, rozpoznana zgodnie z kryteriami opublikowanymi w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia
TD	-	(ang. tissue donation); skrót stosowany dla dawstwa tkanek od zmarłych, których zgon stwierdził lekarz na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń
URT	-	ustawowe rejestry transplantacyjne Ministerstwa Zdrowia; narzędzie sieciowe zawierające krajowe rejestry, stosowane do prowadzenia i monitorowania programu donacyjnego i transplantacyjnego w Polsce
uszkodzenia mózgu: pierwotne, wtórne, mieszane	-	1. pierwotne uszkodzenia, w którym czynnik sprawczy doprowadził do bezpośredniego uszkodzenia mózgu, np. uraz, katastrofa naczyniowa pod postacią krwawienia wewnątrzczaszkowego lub udaru niedokrwiennego; 2. wtórne uszkodzenia, które dokonało się pośrednio np. w wyniku niedotlenienia lub hipoglikemii; 3. mieszane uszkodzenia, gdy na uszkodzenie pierwotne nakłada się uszkodzenie wtórne, np. zatrzymanie krążenia. Uszkodzenia mieszane są do celów diagnostyki śmierci traktowane jako uszkodzenia wtórne
wytyczne	-	rekomendacje co do sposobu postępowania w określonej sytuacji klinicznej, celem uzyskania możliwie najwyższej jakości opieki
zarządzanie jakością	-	czynności związane z nadzorowaniem wszystkich aktywności i zadań, które muszą zostać wykonane, aby osiągnąć i utrzymać pożądaną jakość, obejmują m.in. planowanie, sterowanie i doskonalenie jakości
zastosowanie u ludzi	-	zastosowanie tkanek lub komórek na ciele lub w organizmie biorcy oraz zastosowanie pozaustrojowe tkanek lub komórek
zespół ds. donacji	-	grupa profesjonalistów zajmujących się dawstwem narządów i tkanek od osób zmarłych na poziomie szpitalnym pod nadzorem kierownictwa szpitala; liczebność i skład zespołu dostosowana jest do potrzeb szpitala, mogą to być lekarze (zwłaszcza z jednostek szpitalnych, gdzie identyfikuje się potencjalnych dawców), przedstawiciele zawodu pielęgniarskiego oraz inny personel (np. psychologowie). Tryb pracy zespołu jest zorganizowany w taki sposób, aby aktywności związane z dawstwem mogły toczyć się całodobowo przez 7 dni w tygodniu
ZMS	-	zakład medycyny sądowej



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Ministerstwo Zdrowia



POLTRANSPLANT