AKREDYTACJA SZPITALI W ZAKRESIE DAWSTWA NARZĄDÓW I TKANEK OD OSÓB ZMARŁYCH

PRZEWODNIK AKREDYTACYJNY

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)



AKREDYTACJA SZPITALI
W ZAKRESIE DAWSTWA NARZĄDÓW i TKANEK OD OSÓB ZMARŁYCH
Przewodnik akredytacyjny

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)

Zespół projektowy

lek. Agnieszka Jóźwik	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus
mgr Monika Puszer, MBA	Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie
lek. Monika Trujnara	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Międzyleski Szpital Specjalistyczny Warszawie Zakład Medycyny Ratunkowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
dr n. med. Izabela Uhrynowska-Tyszkiewicz	Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek Zakład Transplantologii i Centralny Bank Tkanek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
dr n. med. Aleksandra Woderska-Jasińska	Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant

1. WPROWADZENIE

Przewodnik przedstawia pilotażową procedurę akredytacji opracowaną w oparciu o podręcznik *„Szpitalny system jakości dawstwa narządów i tkanek od osób zmarłych”*, który zawiera zbiór rekomendacji, dobrych praktyk klinicznych i opis elementów systemu jakości w celu ułatwienia wprowadzenia w podmiotach leczniczych lokalnych procedur szpitalnych, mających sprzyjać pełnemu wykorzystaniu potencjału donacyjnego szpitala, służyć usprawnieniu działań donacyjnych w zakresie pobierania narządów i tkanek od dawców zmarłych w mechanizmie śmierci mózgu (DBD) i zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów (DCD) oraz w zakresie pobierania tkanek od zmarłych dawców wyłącznie tkankowych (TD).

Przewodnik zawiera **propozycję metodologii oceny procesu dawstwa narządów i tkanek na poziomie szpitala**. Jest to zbiór wskazówek o sposobie i trybie prowadzenia wizyty akredytacyjnej oraz narzędzi do pomiaru aktualnej praktyki i jej monitorowania, poprzez ocenę kryteriów i wskaźników jakości uznanych przez interdyscyplinarny zespół projektowy za istotne dla realizacji działań związanych z dawstwem narządów i tkanek. Przypisane wartości punktowe i wagi pozwalają na mierzalną ocenę jakości w systemie akredytacji szpitali.

Prowadzone w podmiotach leczniczych przeglądy akredytacyjne mają na celu określenie stanu faktycznego i porównanie go ze stanem pożądanym, wskazanie mocnych stron szpitali, identyfikację obszarów do poprawy oraz kierunków zmian i dalszego rozwoju, a także wzajemną wymianę doświadczeń i dobrych praktyk klinicznych między osobami o podobnych kwalifikacjach.

Zasadniczym **celem** wdrożenia szpitalnego systemu jakości dawstwa i standardów akredytacyjnych **jest wsparcie procesów dawstwa** narządów i tkanek, **wzmocnienie kompetencji szpitalnych koordynatorów dawstwa i kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi**, aby finalnie **poprawić jakość realizowanych świadczeń zdrowotnych**.

Spis treści

1. Akredytacja szpitali w zakresie procesu dawstwa narządów i tkanek 4
1.1 Podstawa merytoryczna 4
1.2 Założenia metodologiczne i struktura organizacyjna systemu akredytacji 4
1.2.1. Zgłoszenie do procesu akredytacji 4
1.2.2. Samoocena 5
1.2.3. Wizytatorzy 5
2. Przegląd akredytacyjny; sposób przeprowadzenia i zakres oceny 5
2.1 Termin przeglądu akredytacyjnego 5
2.2 Harmonogram i sposób przeprowadzenia przeglądu akredytacyjnego 5
2.3. Przygotowanie dokumentacji przez podmiot leczniczy 6
2.4. Struktura, grupy tematyczne, punktacja i wagi standardów akredytacyjnych 6
2.4.1. Struktura standardów akredytacyjnych 6
2.4.2. Grupy tematyczne standardów akredytacyjnych 6
2.4.3 Punktacja standardów akredytacyjnych 7
2.4.4 Wagi standardów akredytacyjnych 7
2.5. Weryfikacja spełnienia standardów 8
2.5.1 Ocena końcowa spełnienia standardu akredytacyjnego 8
2.5.2 Ocena końcowa spełnienia wszystkich standardów akredytacyjnych 8
3. Raport z przeglądu akredytacyjnego 8
3.1. Wniesienie odwołania do raportu 9
4. Słownik skrótów i pojęć 9

5. Załączniki
5.1. Zestaw standardów akredytacyjnych w badaniu pilotażowym
5.2. Wzór kwestionariusza samooceny podmiotu uczestniczącego w badaniu pilotażowym
5.3. Wzór kwestionariusz oceny spełnienia standardów
5.4. Wzór raportu akredytacyjnego w badaniu pilotażowym
5.5 Harmonogram wizyt
5.6 Dokumenty jakie przedstawia szpital podczas wizyty akredytacyjnej

1. Akredytacja szpitali w zakresie procesu dawstwa narządów i tkanek

1.1 Podstawa merytoryczna

Pobieranie narządów od zmarłych w celu przeszczepienia jest moralnym i prawnym obowiązkiem współczesnego szpitala, a zwiększenie dostępności do leczenia metodą transplantacji stanowi jedno z priorytetowych zadań krajów Unii Europejskiej. Cel ten można osiągnąć m.in. poprzez **pełne wykorzystanie potencjału donacyjnego** w szpitalach, czyli identyfikacja potencjalnych dawców spośród wszystkich osób zmarłych.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, narządy od dawców, u których stwierdzono śmierć mózgu albo nieodwracalne zatrzymanie krążenia, mogą być pobierane w celu przeszczepienia w podmiotach leczniczych posiadających oddział chirurgiczny i salę operacyjną.

W myśl Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (zwanej dalej Ustawą Transplantacyjną) oraz ww. Rozporządzenia Ministra Zdrowia pobieranie tkanek ze zwłok ludzkich może być prowadzone w podmiotach leczniczych, zakładach medycyny sądowej, zakładach anatomii patologicznej uczelni medycznych i uczelni prowadzących działalność naukową i kształcenie w zakresie nauk medycznych, instytutach badawczych i zakładach pogrzebowych posiadających salę sekcyjną.

Proces dawstwa, pobierania, przechowywania i przeszczepiania narządów i tkanek jest złożony i wymaga współpracy wielu podmiotów. Współdziałanie podmiotów, o którym mowa także w Ustawie Transplantacyjnej, obejmuje m.in. **niezwłoczne informowanie** przez podmioty lecznicze Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant" o **każdym przypadku możliwości pobrania** komórek, tkanek i narządów w celu ich przeszczepienia lub pobrania komórek i tkanek w celu ich zastosowania u ludzi, po stwierdzeniu śmierci mózgu albo nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie komórek, tkanek lub narządów.

Przeszczepianie narządów i tkanek jest skuteczną metodą leczenia, a w wielu przypadkach jedyną możliwością terapeutyczną. Przeszczepiane narządy i tkanki są pozyskiwane od dawców żywych lub zmarłych. Ze względu na specyfikę tej metody leczenia, z perspektywy zdrowia publicznego, zasadniczymi elementami są: równość dostępu do ograniczonej liczby przeszczepów, zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom oraz **wysoka jakość stosowanych procedur na wszystkich etapach procesu** pobierania, przechowywania i przeszczepiania tkanek i narządów.

1.2 Założenia metodologiczne i struktura organizacyjna systemu akredytacji

1.2.1. Zgłoszenie do procesu akredytacji

Zgodnie z założeniami projektu wizytowane będą podmioty lecznicze (50 szpitali), które przyjmą zaproszenie do współpracy w ramach projektu.

1.2.2. Samoocena

Podmiot przygotowujący się do wizyty akredytacyjnej dokonuje samooceny potencjału donacyjnego oraz stopnia spełnienia standardów akredytacyjnych w oparciu o kwestionariusz samooceny podmiotu leczniczego.
Wzór kwestionariusza zamieszczony jest w rozdziale 5. Załączniki.

1.2.3. Wizytatorzy

W realizowanym programie pilotażowym wizyty akredytacyjne prowadzone są przez trzyosobowe zespoły przeszkolone w zakresie realizacji przeglądu akredytacyjnego. Jeden z wizytatorów pełni funkcję przewodniczącego zespołu, tzw. wizytatora wiodącego.

Wizytatorami akredytacyjnymi są interdyscyplinarni profesjonaliści, dysponujący specjalistyczną wiedzą i doświadczeniem klinicznym w zakresie czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem i przeszczepianiem tkanek i narządów od dawców zmarłych oraz zarządzania jakością.

2. Przegląd akredytacyjny; sposób przeprowadzenia i zakres oceny

Ustawiczne doskonalenie stanowi podstawę systemów zarządzania jakością. Tak więc poprawa jakości nie jest jednorazowym wydarzeniem lecz procesem cyklicznym, wymagającym ciągłego ulepszania [zgodnie z kołem Deminga (zaplanuj, wykonaj, sprawdź, popraw)]. Zgodnie z ustawą o akredytacji w ochronie zdrowia, akredytacja jest udzielana przez Ministra Zdrowia na okres 3 lat. Niniejszy projekt ma charakter pilotażowy; nie zmierza do udzielenia rzeczywistej akredytacji przewidzianej prawem, ale jest realizowany w sposób jak najbardziej zbliżony do jego realizacji w procesie docelowym.

2.1 Termin przeglądu akredytacyjnego

Realizacja wizyt akredytacyjnych w programie pilotażowym zaplanowana jest na wrzesień - październik 2023 roku. Termin ustalany będzie w porozumieniu z podmiotami leczniczymi.

2.2 Harmonogram i sposób przeprowadzenia przeglądu akredytacyjnego

Wizyta akredytacyjna trwa jeden dzień i odbywa się w godzinach pracy.
W projekcie pilotażowym przewidziana jest realizacja wizyt akredytacyjnych w dwóch formach:
w podmiocie leczniczym (on-site) lub z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych (tj. zdalnie - on-line).
Harmonogram wizyty akredytacyjnej określa czas jej trwania oraz kolejność i przebieg poszczególnych etapów wizyty z uwzględnieniem specyfiki w zależności od przyjętej formy wizyty (tj. on-site lub on-line).
w harmonogramie przewiduje się m.in.

- spotkanie otwierające - wprowadzenie do wizyty akredytacyjnej,
- przegląd danych,
- analizę zebranych danych i wstępne podsumowanie wyników wizyty ze wskazaniem mocnych stron szpitala w przedmiotowym obszarze,

- spotkanie zamykające - podsumowanie,
- ustalenia organizacyjne wizytatorów z przedstawicielami podmiotu (koordynatorem, pełnomocnikiem dyrektora ds. jakości).

2.3. Przygotowanie dokumentacji przez podmiot leczniczy

Wizytowany podmiot leczniczy przygotowuje dokumentację (medyczną i organizacyjną), np. regulaminy, zakresy obowiązków, standardowe procedury operacyjne, instrukcje, wzory protokołów, certyfikaty, plany szkoleń) w celu sprawnej weryfikacji spełnienia wymagań standardów.
Ponadto przeglądowi podlegają wykorzystywane podczas procesu dawstwa narządów i tkanek systemy informatyczne, rejestry i narzędzia sieciowe (np. Ustawowe Rejestry Transplantacyjne).
W ramach projektu pilotażowego przeglądowi podlega dokumentacja medyczna osób zmarłych.
W oparciu o przewidziane przez poszczególne standardy metody sprawdzenia (np. przegląd dokumentacji szpitala, wywiad z personelem, obserwacja bezpośrednia) wizytator na bieżąco sporządza kwestionariusz oceny spełnienia standardów. Raport z przeglądu akredytacyjnego stanowi osobny dokument.
Wzór kwestionariusza zamieszczony jest w rozdziale 5. Załączniki.

2.4. Struktura, grupy tematyczne, punktacja i wagi standardów akredytacyjnych

2.4.1. Struktura standardów akredytacyjnych

Zaproponowane standardy stawiają wysokie, ale możliwe do osiągnięcia wymagania. Stanowią docelowy, oczekiwany stan i sposób postępowania w procesie dawstwa narządów i tkanek.

Wszystkie standardy akredytacyjne mają jednolitą strukturę i zawierają:

- oznaczenie i numer standardu (np. IZ 1 - Identyfikacja i zgłoszenie, DR 2 - Dokumentacja i rejestry),
- nazwę standardu
- sposób sprawdzenia standardu (np. wywiad z koordynatorem, przegląd dokumentacji)
- sposób punktowania

Część standardów zawiera dodatkowo ‘wyjaśnienie’, które ma na celu uzasadnienie istoty standardu, wskazanie podstawy prawnej oraz ujednolicenie sposobu jego interpretacji.

2.4.2. Grupy tematyczne standardów akredytacyjnych

Na potrzeby projektu poszczególne standardy akredytacyjne podzielono na 16 grup tematycznych.

1. Zgodność procesów z przepisami prawa (ZP)
2. Założenia organizacyjne dla szpitali z programem dawstwa narządów i tkanek (ZO)
3. Wymagania dla koordynatorów transplantacyjnych i szpitalnego zespołu ds. Donacji narządów i tkanek (KT)
4. Dokumentacja i rejestry (DR)
5. Identyfikacja i zgłoszenie potencjalnego zmarłego dawcy (IZ)
6. Stwierdzanie śmierci w mechanizmie nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) (SM)

7. Stwierdzanie śmierci w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów (ZK)
8. Stwierdzanie śmierci na podstawie wykonanych osobiście przez lekarza badań i ustaleń (TD)
9. Autoryzacja pobrania i wsparcie rodziny dawcy (AP)
10. Kwalifikacja medyczna zmarłego dawcy (KD)
11. Opieka nad zmarłym dawcą narządów i tkanek (OD)
12. Organizacja i koordynacja pobrania wielonarządowego i tkankowego (OP)
13. Pobranie narządów i tkanek w szpitalu dawcy (PS)
14. Organizacja, koordynacja i pobranie tkanek od zmarłych dawców niebędącymi dawcami narządów (PT)
15. Szkolenia, promocja i edukacja (SE)
16. Monitorowanie i ocena jakości w obszarze dawstwa (MO).

2.4.3 Punktacja standardów akredytacyjnych

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (tekst jednolity: Dz.U. 2022 poz. 1738) w niniejszym projekcie standardy akredytacyjne oceniane są w skali dwupunktowej (1 lub 5 punktów) lub trzypunktowej (1, 3 lub 5 punktów), gdzie przyznanie przez wizytatora:

- 5 punktów oznacza całkowite spełnienie wymagań standardu
- 3 punkty oznacza częściowe spełnienie wymagań standardu
- 1 punktu oznacza niespełnienie wymagań standardu.

2.4.4 Wagi standardów akredytacyjnych

Każdy standard akredytacyjny ma przypisaną przez wagę, czyli stopień istotności dla szpitalnego systemu jakości dawstwa.
Zgodnie z Rozporządzeniem w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie w niniejszym projekcie wagi standardów akredytacyjnych przyjmują wartości w przedziale 0.25 do 1.0 punktu.
Standardom przydzielono następujące wagi:
1 - dla standardu istotnego dla szpitalnego systemu jakości dawstwa;
0,75 - dla standardu istotnego, ale trudnego do wprowadzenia z powodów np. organizacyjnych lub związanych z dużymi nakładami finansowymi
0,5 - dla standardu związanego z opisem procedur i postępowania,
0,25 - dla standardu, który nie ma bezpośredniego wpływu na potencjał szpitalnego systemu dawstwa

➡ Wagi przydzielone poszczególnym standardom nie są jawne dla podmiotów leczniczych.

2.5. Weryfikacja spełnienia standardów

2.5.1 Ocena końcowa spełnienia standardu akredytacyjnego

Określenia oceny końcowej każdego standardu akredytacyjnego dokonuje się poprzez obliczenie iloczynu wagi i oceny uzyskanej w skali punktowej.
Przykład:
- dla standardu istotnego, ale trudnego do wprowadzenia, który jest spełniony: 0,75 x 5 punktów = 3,75
- dla standardu związanego z opisem procedur i postępowania, który jest częściowo spełniony: 0,5 x 3 punkty = 1,5

2.5.2 Ocena końcowa spełnienia wszystkich standardów akredytacyjnych

Określenia oceny końcowej spełnienia wszystkich standardów dokonuje się poprzez:
- zsumowanie wyniku uzyskanego z oceny spełnienia poszczególnych standardów
- porównanie wyrażonego procentowo stosunku sumy ocen poszczególnych standardów do maksymalnej możliwej do uzyskania sumy ocen standardów ogółem.

Standardy, które nie mają zastosowania dla danego podmiotu są wyłączane z oceny.

➡ Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie do uzyskania akredytacji niezbędne jest spełnienie wymogów standardów akredytacyjnych na poziomie co najmniej 75% możliwej do uzyskania liczby punktów. w niniejszym pilotażu nie przyjęto granicznej wartości, ponieważ na tym etapie celem jest głównie analiza stanu faktycznego i na tej podstawie wskazanie obszarów do rozwoju i poprawy oraz mocnych stron wizytowanych ośrodków.

3. Raport z przeglądu akredytacyjnego

Raport z wizyty akredytacyjnej sporządzany jest przez wizytatorów i przekazywany podmiotowi leczniczemu.
Wzór raportu zamieszczony jest w rozdziale 5. Załączniki.
Raport zawiera:

- ID wizyty
- czas trwania przeglądu - datę wizyty
- nazwę podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych
- imiona i nazwiska wizytatorów
- cel przeglądu
- materiał i metodykę wizyty akredytacyjnej (informacje dotyczące przeanalizowanej próby, sposób punktowania)
- wyniki wizytacji z komentarzami, tj. zweryfikowane kryteria, źródło danych, opis stanu faktycznego, informację o spełnieniu całkowitym, częściowym lub nie spełnieniu standardu, liczbę przyznanych punktów zgodnie z przewidzianą dla standardu skalą, omówienie standardów akredytacyjnych, które nie są spełnione albo są częściowo spełnione przez

podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, zalecenia w zakresie kierunku rozwoju i poprawy spełnienia standardów akredytacyjnych
- wnioski - ocenę stopnia spełnienia standardów (w %)
- treść klauzuli odwołania od wyników raportu wstępnego.

3.1. Wniesienie odwołania do raportu

Docelowo, po prawnym usankcjonowaniu akredytacji szpitali w zakresie dawstwa narządów i tkanek od osób zmarłych zakłada się możliwość odwołania od oceny dokonanej w czasie wizyty akredytacyjnej. Na obecnym, pilotażowym etapie wdrażania programu ta cześć procedury akredytacyjnej zostanie pominięta.

4. Słownik skrótów i pojęć

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
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