



PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W PILE NA 2025

Dyrekcja Szpitala Specjalistycznego w Pile podejmuje nieustanne działania w zakresie doskonalenia jakości świadczonych usług, które bezpośrednio przekładają się na bezpieczeństwo, komfort i skuteczność leczenia pacjentów. Placówka zgodnie z przyjętą misją „Przed wszystkim chory, w nim odnajdujemy siłę do ciężkiej pracy”, stawia sobie za cel nie tylko realizację podstawowych zadań medycznych, ale także dążenie do spełniania najwyższych standardów jakościowych.

Program ma na celu:

- Poprawę bezpieczeństwa pacjentów i personelu,
- Podnoszenie wiedzy, kwalifikacji i świadomości pro jakościowej kadry medycznej,
- Optymalizację procesów wewnętrznych i zarządzania,
- Zwiększenie zadowolenia pacjentów i ich rodzin oraz pracowników,
- Minimalizację zidentyfikowanych istotnych problemów wymagających poprawy w pierwszej kolejności.

Program obejmuje kluczowe obszary działalności w zakresie:

- Opieki nad pacjentem w tym procedury diagnostyczne i terapeutyczne
- Organizacji pracy
- Jakości dokumentacji medycznej
- Badanie opinii pacjentów i personelu

Lp	CEL	ZADANIE	TERMIN REALIZACJI	ODPOWIEDZIALNOSC	WYNIK
OPIEKA NAD PACJENTEM w tym procedury diagnostyczne i terapeutyczne					
1	Zwiększenie świadomości pro jakościowej personelu medycznego poprzez zwiększenie zgłaszalności zdarzeń o znaczeniu medycznym	Ocena skuteczności terapii i zabiegów w kontekście jakości klinicznej i doskonalenia analiz: - przedłużonych pobytów pacjentów w tym problemów w procesie leczenia lub organizacji pracy - nieplanowanych, powtórnych hospitalizacji wskazujących na potencjalne niedociągnięcia w opiece nad pacjentem, - powtórnych zabiegów operacyjnych i ewentualnych zmian w procedurach, - analiz zgonów w kontekście jakości opieki i organizacji pracy	Cały rok, Analizy 2 x w roku.	Komisja ds. jakości i zespół ds. zdarzeń niepożądanych	Cykliczne szkolenia z wizytatorem akredytacyjnym (225 przeszkolonych osób) Wdrożenie Polityki Bezpieczeństwa pacjenta - szkolenia
2	Doskonalenie opieki nad pacjentem w zakresie kontynuacji opieki po OIT, większe bezpieczeństwo pacjentów i redukcja powikłań.	Nadzór i ewentualne interwencje personelu OIT w wybranych indywidualnych przypadkach klinicznych, w okresie 3 dób bezpośrednio po przekazaniu z OIT we wszystkich oddziałach szpitala. Cykliczna kontrola prawidłowości wyposażenia wózków reanimacyjnych	Cały rok	Lekarze OIT oraz pielęgniarki specjalistki z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego	Minimalizacja powikłań Redukcja powrotów pacjentów w ITiA
3	Doskonalenie opieki nad pacjentem w zakresie kontynuacji opieki po OIT, większe bezpieczeństwo pacjentów i redukcja powikłań.	Nadzór i konsultacje żywieniowe w zakresie prawidłowego leczenia do- i pozajelitowego we wszystkich oddziałach szpitalnych	Cały rok	Przewodniczący Zespołu ds. leczenia żywieniowego	Minimalizacja powikłań Zwiększenie asortymentu dostępnych preparatów w żywieniu do i pozajelitowym Szkolenia z zakresu leczenia żywieniowego: - 1 szkolenie ogólnoszpitalne nt. Leczenie żywieniowe - kurs specjalistyczny dla 30 pielęgniarek z zakresu żywienia do i pozajelitowego
4	Permanentne doskonalenie opieki nad pacjentami z trudnym dostępem naczyniowym (implantacja	Rozszerzenie działalności w zakresie kwalifikacji pacjentów, rozszerzenie grupy pielęgniarek przeszkolonych w zakresie zakładania kaniuli pośredniej pod kontrolą USG;	Analizy 2 x w roku	Zespół dostępów naczyniowych	Ilość założonych kaniulacji pośrednich - 600

	cewników pośrednich); większe bezpieczeństwo pacjentów i redukcja powikłań.	Szkolenia			
5	Poprawa procesu przyjęcia i leczenia pacjenta w SOR	1. Pozyskanie/zatrzymanie specjalistów, w tym celu, zgodnie z przepisami prawa, dostosowuje się warunki pracy do potrzeb: • elastyczny czas pracy, • indywidualny rozkład czasu pracy, • zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu pracy, • różne rodzaje zatrudnienia: umowa o pracę, umowa cywilnoprawna (kontrakt, umowa zlecenie), • różne systemy czasu pracy np. równoważny lub podstawowy + dyżury medyczne, • dyżury medyczne • uzyskanie akredytacji do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych dla lekarzy na większości oddziałów • konkursy na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych (ogłoszenia na stronach okręgowych izb lekarskich, cyklicznie na kompendium24.pl. • kampania medialna mająca na celu zachęcanie do współpracy lekarzy z Pomorza, Koszalina, Bydgoszczy, Grudziądza i Leszna. 2. Sprawność procesu przyjęcia do szpitala- informacje na fb i stronie www szpitala z opisem procesu przyjęcia, potrzebnych dokumentów i informacji praktycznych, 3. Wprowadzenie zmian organizacyjnych poprawiających komunikację na linii personel pacjent/rodzina: PROGRAM ASYSTENT PACJENTA; wprowadzenie retrace	Cały rok	Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Kierownictwo SOR DzSP	Wyniki ankiet zadowolenia pacjenta z pobytu w SOR 80 - Wartość wskaźnika SPP – sprawności przyjęcia (PASAT IKP)

		4. Wprowadzenie Formularza badania zadowolenia z pobytu w SOR dedykowanego wyłącznie dla tego oddziału (2 x w roku analiza), 5. Cykliczne szkolenia z zakresu Właściwej komunikacji na linii personel pacjent/rodzina prowadzone przez specjalistę ds. komunikacji 6. Szkolenia z psychologiem szpitalnym pn.: „Postępowanie w przypadku tzw. „trudnego pacjenta” oraz wystąpienia sytuacji trudnej tj. niepomyślne rokowanie, zły wynik leczenia, ZN powodujące szkodę u pacjenta, 7. Rozszerzenie badania opinii personelu o działalność innych komórek organizacyjnych w tym SOR			
6	Zapewnienie właściwej realizacji zastosowania przymusu bezpośredniego	Zawarcie umowy z lekarzem psychiatrą	Cały rok	Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa	Umowa zawarta z dr Agnieszką Molendą
7	Realizacja badań immunohistochemicznych w Zakładzie Patomorfologii	Rozszerzenie diagnostyki patomorfologicznej o badania immunohistochemiczne	IV kwartał	Zakład Patomorfologii	Wykonywanie badań immunohistochemicznych (XI.2025)
8	Doskonalenie identyfikacji i opieki nad pacjentami z grupy średniego i znacznego ryzyka upadku	Projekt poprawy	Cały rok	Komisja ds. jakości	Wynik projektu
9	Poszerzenie zakresu korzystania z opieki duchowej	Poszerzenie zakresu zaspakajanych potrzeb emocjonalnych i duchowych pacjentów, wynikających z ich indywidualnej wrażliwości, obejmujących m.in. kontakt ze sztuką, muzyką, naturą poprzez realizację projektu Dotyk Sztuki m.in. : • współpraca z lokalnymi artystami, • wydruki obrazów lokalnej malarki na salach chorych, • warsztaty z fotografii, • muzykoterapia, • warsztaty malarskie	Cały rok	Komisja ds. jakości	Wyniki badania zadowolenia pacjentów PASAT - ODT
10	Minimalizacja błędów przedlaboratoryjnych, podnoszenie kwalifikacji	szkolenia dotyczące zapobiegania błędom przedlaboratoryjnym dla personelu pielęgniarского,	2 x roku	Komisja ds. jakości Kierownik ZDL	Poniżej 2%

	personelu pielęgniarskiego w zakresie pobieranie materiału do badań.	obserwacja bezpośrednia przez diagnostę wraz z raportem i analizą.			
ORGANIZACJA PRACY					
11	Poprawa funkcjonowania BO w zakresie realizacji planów operacyjnych	Wzmoczony nadzór Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa i Kierownika BO, Cykliczne analizy planów operacyjnych z weryfikacją ich realizacji	Co 1 m-c	Komisja ds. jakości Kierownik BO	Redukcja odroczonego zabiegów dotyczących pacjentów pediatrycznych
12	Usprawnienie i realizacja wymogów w zakresie zabezpieczenia materiału do badań histopatologicznych	Umożliwienie zacytywania danych ze skierowania na badania histopatologiczne do protokołów operacyjnych, Bieżąca weryfikacja i nadzór pracowników BO i ZP nad błędami przedlaboratoryjnymi w tym zakresie	2 x roku	Komisja ds. jakości Kierownik ZP Projekt poprawy na 2026	90% skierowań na badania zgodne z wymaganiami standardu PAT 2.1 - Minimalizacja ilości zarejestrowanych zdarzeń niepożądanych związanych z materiałem histopatologicznym
JAKOŚĆ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ					
13.	Poprawa prowadzenia dokumentacji medycznej w zakresie: - czytelności, - kompletności, - autoryzacji, - wartości merytorycznej	Optymalizacja zasady prezentacji wyników z oceny dokumentacji medycznej poprzez cykliczne spotkania z kadrą kierowniczą oddziałów na odprawach	Działania stałe	Komisja ds. jakości/Zespół ds. dokumentacji medycznej	Cykliczne przekazywanie raportów na odprawach najwyższego kierownictwa (Ordynatorzy/PO)
		Aktualizacja/dostosowanie kryteriów oceny dokumentacji medycznej w celu uzyskania wskaźników spełnienia poszczególnych kryteriów oceny dokumentacji medycznej zgodnych z Zestawem Standardów Akredytacyjnych dla Szpitali			- Bieżące doskonalenie w tym obszarze 90% IDMP spełnia wygi akredytacyjne
		Zapewnienie w dokumentacji medycznej jednoznacznej identyfikacji lekarza odpowiedzialnego za leczenie pacjenta			100% IDMP
		Cykliczna weryfikacja jakości dokumentacji medycznej pod kątem właściwej farmakoterapii			Ocena stosowanej farmakoterapii na

					podstawie 10 losowo wybranych historii chorób/na kwartał (rocznie 40 HCh z . każdego oddziału)
		Szkolenia w zakresie prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej			Cykliczne szkolenie zewnętrzne dla lekarzy z zakresu farmakoterapii
BADANIE OPINII PACJENTÓW I PERSONELU					
14.	Zwiększenie zwrotności ankiet w badaniu doświadczeń i opinii pacjentów	Stały monitoring kalendarza zwrotności Regularna informacja zwrotna do wszystkich oddziałów szpitalnych o poziomie zwrotności (przez komunikatory internetowe) Uruchomienie telefonów komórkowych dla pacjentów w każdym oddziale Rozszerzenie dostępności kodów QR we wszystkich obszarach opieki nad pacjentem Cykliczne szkolenia z CMJ w OZ wraz z informacją zwrotną na oddziały szpitalne	Działanie stałe	Komisja ds. jakości	10.000 zwrotnych ankiet w PASAT IKP + PASAT IDT Realizacja SA – PJ1 90 - Wartość wskaźnika NPS - rekomendacji Szpitala 85 - Wartość wskaźnika ZIN - zrozumienia przekazywanych informacji dot. zaleceń lekarskich
15.	Zwiększenie retencji wykwalifikowanej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej w placówce	Cykliczną diagnostykę poziomu zadowolenia z pracy Identyfikacja i eliminacja kluczowych czynników wpływających na chęć odejścia z placówki	Działania stałe	Dyrektor Dyrektor ds. Lecznictwa Naczelną Pielęgniarką Kierownik DzSP	25% pracowników odpowiedziało na anonimowe badanie opinii personelu - Rozmowy indywidualne

Opracowanie: Pełnomocnik ds. Jakości
we współpracy z Komisją ds. Jakości

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA
DS. JAKOŚCI

1.02.2025r.

mgr Ewa Jaskółka

Zatwierdził:

DYREKTOR

Grzegorz Sierczewski