

**PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA NA 2025 ROK**

Lp.	Cel Sposób realizacji	Termin	Osoba/y odpowiedzialna/e za realizację;	Zagrożenia	Istotność ryzyka
1.	Uzyskanie akredytacji Ministerstwa Zdrowia dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne poprzez wdrożenie wymagań standardów akredytacyjnych i pozytywną ocenę ich spełnienia podczas wizyty akredytacyjnej.	31.12.2025 r.	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Pełnomocnik ds. SZJ	Nie uzyskanie certyfikatu	6
2.	Skrócenie czasu hospitalizacji w oddziałach Szpitala pacjentów przewlekle chorych poprzez budowę zakładu opiekuńczo-leczniczego.	30.06.2026 r.	Dyrektor	Nie uzyskanie dotacji na budowę ZOL i rezygnacja z realizacji projektu.	6
3.	Wdrożenie racjonalnej antybiotykoterapii poprzez monitorowanie stężenia wankomycyny.	30.06.2025 r.	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych	Nieefektywne leczenie pacjentów zakażonych szczepem wieloopornym.	6
4.	Zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego w obszarach zwiększonego ryzyka zakażeń poprzez zakup poduszek i kołder z materiałów podlegających dezynfekcji chemicznej, zawierających filtry.	30.06.2025 r.	Pielęgniarka Epidemiologiczna	Nieskuteczna dekontaminacja poduszek i kołder skutkująca przeniesieniem zakażenia.	6
5.	Poprawa warunków pobytu i pracy w oddziałach 5. piętra budynku głównego oraz Oddziale Neurologicznym i Udarowym poprzez zamontowanie klimatyzacji.	30.06.2025 r.	Kierownik DNTiE	Brak komfortu pobytu w oddziale, brak spełnienia koniecznych warunków przechowywania leków.	4
6.	Zapewnienie odpowiednich warunków pobytu w Izbie Przyjęć do szpitala poprzez budowę poczekalni przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.	31.12.2025 r.	Dyrektor	Niewłaściwe warunki pobytu, ograniczenie możliwości przebywania z pacjentem osób bliskich.	4

7.	Udoskonalenie dokumentowania oceny stanu pacjenta przy przyjęciu do szpitala oraz planu opieki poprzez wdrożenie szablonów dokumentacji w tym zakresie.	30.06.2025 r.	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych	Brak kompletnej dokumentacji w zakresie wywiadu lekarskiego, badania fizykalnego oraz planu opieki może być przyczyną zastosowania niewskazanej metody terapeutycznej oraz powikłań w trakcie leczenia.	6
8.	Wdrożenie wymagań standardu akredytacyjnego OP 1.2 dotyczącego ustalania planu opieki oraz przekazywania informacji o proponowanym postępowaniu medycznym przed przyjęciem do szpitala.	30.06.2025	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych	Możliwość roszczeń ze strony pacjentów z powodu uzyskania niepełnych informacji dotyczących proponowanej metody leczenia oraz ryzyka związanego z zastosowaniem procedury leczniczej.	4
9.	Wdrożenie konsultacji radiologiczno-klinicznych w celu poprawy jakości badań radiologicznych.	30.06.2025 r.	Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej	Brak wystarczających informacji na etapie kierowania do badań obrazowych może być przyczyną błędów oceny radiologicznej.	6
10.	Wdrożenie oceny zgodności opisów wykonywanych badań radiologicznych.	30.06.2025 r.	Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej	Skutkiem błędnej oceny obrazu radiologicznego może być niewdrożenie terapii odpowiedniej do stanu zdrowia pacjenta.	6
11.	Zmniejszenie wskaźnika odleżyn w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym do poziomu nie wyższego niż 8% .	31.12.2025 r.	Pielęgniarka Oddziałowa O. Urazowo-Ortopedycznego Pielęgniarka Naczelna	Roszczenia ze strony pacjentów lub ich rodzin w związku z niedostateczną opieką skutkującą powstaniem odleżyny.	6
12.	Poprawa jakości usprawniania pacjentów w oddziałach w zakresie dotyczącym etapów pionizacji przyłóżkowej i reedukacji chodu poprzez zakup: -chodzików, trójnogów, podestów przyłóżkowych, -parapodium, podnośników, -stołów rehabilitacyjnych regulowanych elektrycznie.	31.12.2025 r.	Kierownik Pracowni Rehabilitacyjnej	Trudności w dostępie do sprzętu rehabilitacyjnego	4

13.	Zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa żywienia dojelitowego i pozajelitowego poprzez monitorowanie powikłań terapii żywieniowych.	30.06.2025	Naczelna Pielęgniarka	Powikłania w trakcie prowadzenia terapii żywieniowych z zastosowaniem sondy, PEG-a lub żywienia pozajelitowego mogą być przyczyną pogorszenia stanu zdrowia lub jakości życia.	6
14.	Poprawa oceny jakości posiłków w badaniu opinii pacjentów w oparciu o program poprawy jakości w tym zakresie.	31.12.2025 r.	Kierownik Działu Żywienia	Niski poziom oceny żywienia przez pacjentów.	4
15.	Zapewnienie respektowania praw pacjenta w Szpitalu poprzez powołanie pełnomocnika ds. praw pacjenta.	30.06.2025	Dyrektor	Roszczenia pacjentów w związku z nieprawidłowościami dotyczącymi realizacji obowiązku przestrzegania praw pacjenta.	4

Nadzór nad realizacją Planu powierzam Pełnomocnikowi ds. SZJ

Leżajsk, dnia 15.02.2025 r.
Data

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Leżajsku
Jerzy Jajka



podpis Dyrektora

