

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA NA 2026 ROK

Priorytet	CEL	ZADANIA	TERMIN REALIZACJI	ODPOWIEDZIALNOŚĆ
1.	Zwiększenie bezpieczeństwa opieki poprzez wdrożenie wewnętrznego systemu identyfikowania pacjentów zagrożonych gwałtownym pogorszeniem stanu zdrowia.	Wdrożenie systemu, opracowanie procedur Określenie standardu pomiarów, progów alarmowych Adaptacja lub przygotowanie skal wczesnego ostrzegania Szkolenia wstępne i okresowe Analiza przypadków	31.12.2026	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Kierownik OIOM
2.	Usprawnienie i ujednolicenie przekazywania informacji między personelem medycznym poprzez wdrożenie standardu komunikacji SBAR (Situation–Background–Assessment–Recommendation).	Szkolenia praktyczne i przypominające z SBAR. Promowanie dobrych praktyk w zakresie komunikacji interpersonalnej w zawodach medycznych Stworzenie form wizualnych utrwalających dobre praktyki (plakaty, karty SBAR)	31.12.2026	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Pełnomocnik ds. SZJ
3.	Poprawa funkcjonowania systemu nadzoru nad zdarzeniami niepożądanymi poprzez wzrost identyfikacji i zgłaszalności zdarzeń niedoszłych.	Organizacja szkoleń dotyczących: definicji zdarzeń niedoszłych, znaczenia ich zgłaszania dla bezpieczeństwa pacjenta Opracowanie i dystrybucja materiałów edukacyjnych (ulotki, plakaty, infografiki) Włączanie tematyki zdarzeń niedoszłych do szkoleń wstępnych dla nowych pracowników Budowanie kultury bezpieczeństwa	Działania stałe	Pełnomocnik ds. SZJ

4.	Zapewnienie kompletnej, czytelnej i terminowej dokumentacji medycznej zgodnej z obowiązującymi przepisami prawa oraz wewnętrznymi procedurami w tym zakresie - 95% dokumentacji spełniającej wszystkie wymagane kryteria formalne i merytoryczne.	Opracowanie checklisty poprawności dokumentacji Przegląd co najmniej 1% dokumentacji oddziałów Analiza przyczyn niezgodności Wdrażanie działań korygujących Monitorowanie powtarzalności błędów Powołanie Zespołu ds. jakości dokumentacji medycznej	Działania stałe	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością
5.	Poprawa bezpieczeństwa żywienia pozajelitowego poprzez organizację pracowni w aptece szpitalnej.	Przygotowanie i doposażenie pracowni Opracowanie i wdrożenie procedur postępowania Szkolenia personelu Apteki i oddziałów Określenie wskaźników jakości i nadzór	30.06.2026	Kierownik Apteki
6.	Montaż i modernizacja sygnalizacji przyzywowej w celu zapewnienia bezpieczeństwa chorym podczas hospitalizacji, w obszarach z deficytami w tym zakresie.	Analiza stanu obecnego Opracowanie planu modernizacji Zakup i montaż: - paneli przyzywowych przy łóżkach, - przycisków alarmowych w łazienkach, central pielęgniarskich, - systemów sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej. Integracja z istniejącą infrastrukturą (np. systemem informatycznym)	30.06.2026	Kierownik Działu Nadzoru Technicznego i Eksploatacji
7.	Wymiana łóżek i materacy, niespełniających odpowiednich warunków technicznych, higienicznych i komfortu użytkowania.	Analiza stanu obecnego Określenie kryteriów wymiany Przygotowanie specyfikacji technicznej Zakup łóżek i materacy Szkolenie personelu w zakresie obsługi technicznej	31.12.2026	Kierownik Działu Nadzoru Technicznego i Eksploatacji
8.	Zmniejszenie wskaźnika odleżyn w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym	Monitorowanie wdrożenia wytycznych standardu profilaktyki odleżyn Zapewnienie potrzebnego sprzętu i środków pomocniczych Szkolenie personelu Realizacja projektu poprawy jakości	31.12.2026	Naczelną Pielęgniarką Pielęgniarka Oddziałowa O. Urazowo-Ortopedycznego

9.	Poprawa jakości żywienia pacjentów zagrożonych ryzykiem niedożywienia poprzez wdrożenie standaryzowanej oceny, szybkiej interwencji dietetycznej oraz monitorowania skuteczności działań.	Zakup urządzeń do pomiaru masy ciała pacjentów leżących Nadzór nad dokumentacją medyczną w zakresie oceny stanu odżywienia Indywidualizacja planów żywieniowych Wzmocniony nadzór nad właściwym bilansowaniem żywienia przez dietetyka Szkolenia personelu medycznego Edukacja pacjentów i rodzin Monitorowanie wskaźnika pacjentów z grupy ryzyka związanego z niedożywieniem z wdrożoną interwencją żywieniową	Działania stałe	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Kierownik Działu Żywienia Naczelna Pielęgniarka
10.	Poprawa wskaźnika pozytywnych opinii dotyczących leczenia bólu do 90%.	Zwiększenie kompetencji personelu Szkolenia dotyczące komunikacji z pacjentem i edukacji o prawie do leczenia bólu Wzmocnienie roli pielęgniarek w aktywnej ocenie bólu i inicjowaniu działań Poprawa komunikacji z pacjentem Informowanie pacjentów podczas przyjęcia odnośnie zgłaszania bólu	31.12.2026	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Naczelna Pielęgniarka
11.	Poprawa funkcjonowania infrastruktury informatycznej w ramach projektu „Wdrożenie e-usług w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Leżajsku”.	Integracja i rozbudowa systemów informatycznych Digitalizacja dokumentacji medycznej Działania zwiększające poziom cyberbezpieczeństwa szpitala Wdrożenie rozwiązań AI i podłączenie do centralnego repozytorium danych medycznych	31.05.2026	Kierownik Działu Teleinformatycznego
12.	Poprawa jakości opieki nad pacjentami poprzez podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu.	Organizacja różnych form kształcenia, w tym: - szkoleń wewnątrzszpitalnych, - kursów specjalistycznych, - udział personelu w szkoleniach, konferencjach, sympozjach	Działania stale	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Naczelna Pielęgniarka Dział Kadr

13.	Budowanie relacji opartych na empatii z pacjentem i rodziną oraz efektywnej współpracy w zespole medycznym.	Organizacja szkoleń dla personelu medycznego oraz administracyjnego oddziałów na temat: -komunikacji z pacjentem i rodziną, -komunikacji w zespole, -komunikacji w sytuacjach trudnych, -komunikacja z osobami niepełnosprawnymi, seniorami	31.12.2027	Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży
14.	Zwiększenie satysfakcji pacjentów z komunikacji z personelem medycznym w zakresie informacji o stanie zdrowia, leczeniu i rokowaniu. Poprawa wskaźnika pozytywnych opinii dotyczących uzyskania informacji na temat stanu zdrowia do minimum 85%.	Szkolenia z komunikacji i empatii dla personelu. Regularne badania satysfakcji i szybka reakcja na wyniki Promowanie kultury otwartości i dialogu z pacjentem	Działania stałe	Zespół ds. Jakości
15.	Organizacja szatni dla osób odwiedzających w celu zwiększenia bezpieczeństwa epidemiologicznego.	Analiza potrzeb i warunków lokalowych Organizacja i wyposażenie szatni Opracowanie zasad korzystania z szatni Zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego	31.12.2026	Kierownik Działu Nadzoru Technicznego i Eksploatacji
16.	Zwiększenie odsetka ankiet badania satysfakcji pacjentów, w formie elektronicznej.	Analiza obecnego stanu i określenie barier Udostępnienie pacjentom kodów QR prowadzących do ankiety Zapewnienie dostępu do urządzeń (np. tabletów) w wybranych punktach placówki Informowanie pacjentów o możliwości wypełnienia ankiety w formie elektronicznej Umieszczenie czytelnych informacji i plakatów w miejscach ogólnodostępnych Zaangażowanie personelu w zachęcanie pacjentów do wypełniania ankiety Opracowanie krótkiej instrukcji krok po kroku	31.12.2026	Pełnomocnik ds. SZJ

Priorytet: ■Krytyczny ■Wysoki ■Średni ■Organizacyjno-wizerunkowy

Leżajsk, dnia 23.02.2026 r.
Data


DIREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej
Leżajsk
podpis Dyrektora
Jama

