

**PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI DLA STOBRAWSKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO
W KUP NA ROK 2026**

Lp	Obszar do poprawy	Cele i założenia	Zadania	Wskaźnik	Odpowiedzialność	Termin
1.	Samoocena standardów akredytacyjnych (PJ)	Identyfikacja stopnia spełnienia standardów akredytacyjnych oraz określenie działań doskonalących.	Przeprowadzenie samooceny wszystkich standardów akredytacyjnych <ul style="list-style-type: none"> • Opracowanie raportu z samooceny. • Wyznaczenie działań naprawczych dla standardów niespełnionych lub częściowo spełnionych. • Monitorowanie realizacji działań 	<ul style="list-style-type: none"> • Raport z samooceny. • Plan działań naprawczych. • $\geq 90\%$ działań zrealizowanych do końca roku. 	Pełnomocnik ds. Akredytacji, Zespół ds. Jakości	XII 2026
2.	Analiza dokumentacji medycznej zgodnie z wymaganiami akredytacyjnym (OS)	Poprawa kompletności, zgodności i jakości dokumentacji medycznej.	Comiesięczna kontrola dokumentacji medycznej <ul style="list-style-type: none"> • Analiza zgodności z wymaganiami CMJ i przepisami prawa. • Opracowanie raportów dla oddziałów. • Szkolenia personelu z najczęściej występujących niezgodności. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba przeprowadzonych audytów. • Spadek liczby niezgodności o min. 20%. • Raporty pokontrolne. 	Zespół ds. Dokumentacji Medycznej, Pełnomocnik ds. Akredytacji	XII 2026
3.	Program leczenia żywieniowego (LŻ)	Poprawa jakości leczenia żywieniowego oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów zagrożonych niedożywieniem.	<ul style="list-style-type: none"> • Ocena stanu odżywienia wszystkich pacjentów. • Konsultacje dietetyczne. • Szkolenia personelu. • Aktualizacja procedur leczenia żywieniowego. • Edukacja pacjentów 	<ul style="list-style-type: none"> • $\geq 95\%$ pacjentów ocenionych przesiewowo. • Wzrost liczby konsultacji dietetycznych. • Liczba przeprowadzonych szkoleń. 	Pielęgniarka Oddziału Chorób Płuc Alina Kopczyńska	VI 2026
4.	Comiesięczne spotkania Zespołu ds. Jakości (PJ)	Systematyczne monitorowanie jakości i bezpieczeństwa opieki oraz realizacji programu poprawy jakości	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacja comiesięcznych spotkań. • Analiza wskaźników jakości. • Analiza zdarzeń niepożądanych. 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimum 12 spotkań rocznie. • Protokoły ze spotkań. • Realizacja działań zgodnie z harmonogramem 	Przewodniczący Zespołu ds. Jakości Pełnomocnik ds. Akredytacji	XII 2026

			<ul style="list-style-type: none"> • Analiza wyników kontroli dokumentacji. • Monitorowanie realizacji działań naprawczych. • Sporządzanie protokołów. 			
5.	Przygotowanie do wizyty akredytacyjnej	Osiągnięcie zgodności organizacji z wymaganiami standardów akredytacyjnych.	<ul style="list-style-type: none"> • Audyty wewnętrzne • Aktualizacja procedur. • Szkolenia pracowników. • Przegląd ryzyk. • Próbną oceną akredytacyjną. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba audytów. • Zrealizowane działania naprawcze. • Gotowość do przeglądu akredytacyjnego. 	Dyrekcja, Pełnomocnik ds. Akredytacji Kierownicy komórek organizacyjnych	VI 2026
6.	Program zapobiegania upadkom i urazom pacjentów (OP)	Zwiększenie bezpieczeństwa hospitalizowanych pacjentów poprzez ograniczenie liczby upadków oraz urazów związanych z hospitalizacją. Wdrożenie jednolitych zasad identyfikacji pacjentów z grupy ryzyka oraz działań profilaktycznych zgodnych z wymaganiami standardów akredytacyjnych PRIORYTET NAJWYŻSZY	<ul style="list-style-type: none"> • Ocena ryzyka upadku u każdego pacjenta w ciągu 2 godzin od przyjęcia oraz ponowna ocena po zmianie stanu zdrowia lub nie rzadziej niż co 7 dni. • Oznakowanie pacjentów z grupy ryzyka (opaska neonoworóżowa, wpis w dokumentacji medycznej). • Stosowanie działań profilaktycznych: umieszczenie pacjenta blisko dyżurki, zabezpieczenie łóżka barierkami, zapewnienie dzwonka w zasięgu ręki, usuwanie przeszkód, stosowanie taśm antypoślizgowych, właściwego oświetlenia oraz obuwia antypoślizgowego Zapewnienie pomocy podczas przemieszczania się pacjenta oraz korzystania z toalety. • Edukacja pacjentów i ich rodzin w zakresie zapobiegania upadkom. 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% pacjentów objętych oceną ryzyka upadku przy przyjęciu. • 100% pacjentów z grupy ryzyka prawidłowo oznakowanych. • Spadek liczby upadków i urazów w porównaniu z rokiem 2025. • Minimum 2 szkolenia personelu w roku. • Kwartalne raporty z analizy zdarzeń. • Wdrożenie działań naprawczych po każdym zdarzeniu niepożądanym. 	Dyrektor ds. Medycznych, Pełnomocnik ds. Akredytacji, Zespół ds. Jakości Kierownicy Oddziałów, Pielęgniarki Oddziałowe, Personel medyczny	XII 2026

			<ul style="list-style-type: none"> • Szkolenia personelu medycznego dotyczące oceny ryzyka upadków oraz postępowania po zdarzeniu. • Analiza wszystkich zgłoszonych upadków i urazów przez Zespół ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta oraz wdrażanie działań korygujących. • Kwartalna analiza wskaźników upadków i przedstawianie raportów Dyrekcji 			
7	Zagrożenie Życia (ZŻ)	Zmniejszenie liczby resuscytacji w oddziałach szpitalnych poprzez wczesne rozpoznanie i wezwanie pomocy aby zapobiec NZK PRIORYTET NAJWYŻSZY	Weryfikacja zestawu dostępnych leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia w obszarach pobytu pacjenta. Wprowadzenie nr alarmowego 2222 do ratownika medycznego izby przyjęć wchodzącego w skład zespołu reanimacyjnego	– Obowiązujący nowy, aktualny zestaw dostępnych leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia w obszarach pobytu pacjenta.	Kierownik Izby Przyjęć , Przewodniczący komitetu ds. RKO	VI 2026
8	Farmakoterapia (FA)	Poprawa bezpieczeństwa prowadzonej farmakoterapii	Aktualizowanie wiedzy na temat stosowania leków. Szkolenia personelu medycznego z zakresu stosowanej farmakoterapii i zgłaszania zdarzeń niepożądanych produktu leczniczego.	– Listy obecności z przeprowadzonych szkoleń.	Mgr. Farmacji	VI 2026

9	Informacja Medyczna (IM)	Integracja systemów, digitalizacja dokumentacji, poprawa poziomu cyberbezpieczeństwa i wdrożenie rozwiązań AI w ramach inwestycji D1.1.2 KPO	Kompleksowa modernizacja systemów informatycznych szpitala, mająca na celu zwiększenie efektywności działania placówki, poprawę bezpieczeństwa przetwarzanych danych oraz zapewnienie interoperacyjności z krajowymi platformami e-zdrowia	Zaplanowano zakup nowoczesnego sprzętu informatycznego, w tym serwerów, stacji roboczych oraz dedykowanego oprogramowania wspierającego elektroniczne zarządzanie dokumentacją medyczną i administracyjną. Wdrożenie systemów umożliwiających cyfryzację i archiwizację dokumentów zgodnie ze standardami CeZ i integrację z ogólnopolskim systemem P1	Kierownik działu IT	VIII 2026
10	Jakość Zarządzania (JZ)	Poprawa komfortu pracy osób zatrudnionych w IP oraz pacjentów	Modernizacja istniejącej infrastruktury technicznej Przygotowanie nowych pomieszczeń przeznaczonych do użytku - gabinet przyjęć planowych, dyżurka personelu medycznego i rejestracja	Satysfakcja personelu. Przygotowanie nowych pomieszczeń do użytkowania. Zgodność pomieszczeń z wymaganiami sanitarnymi i technicznymi. Dostępność gabinetu przyjęć planowych. Poprawa satysfakcji pacjentów z procesu rejestracji. Skrócenie czasu obsługi pacjenta w rejestracji.	Kierownik IP Kierownik Działu Technicznego	XII 2026
11	Jakość Zarządzania (JZ)	Zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w zakresie informacyjno komunikacyjnym	Zakup urządzenia umożliwiającego wydawanie komunikatów dźwiękowych w windzie	Instalacja urządzenia do obsługi osób niewidomych ułatwiających poruszanie się po infrastrukturze szpitala	Kierownik Działu Technicznego	XII 2026
12	Ciągłość Opieki (CO)	Zarządzanie ruchem pacjentów	Wprowadzono standard akredytacyjny CO1	Czas od triage do pierwszego kontaktu z lekarzem	Kierownik IP	XII 2026