

 Szpital Specjalistyczny w Prabutach sp. z o.o.	<h1>PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI NA ROK 2025</h1>	<h2>QP-PJ 1</h2>
--	--	------------------

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI

(program oparty na analizach i badaniach wewnętrznych za 2024 r.)

Lp.	Obszar PJ	Dane z analiz 2024 – identyfikacja problemu	Cel jakościowy / priorytet	Planowane działania / działania systemowe)	Termin	Mierniki / Ocena
1	Zarządzanie jakością	Raporty roczne zespołów i analiz klinicznych 2024	Zapewnienie ciągłości i spójności działań PJ	<ul style="list-style-type: none"> Opracowanie i zatwierdzenie Programu PJ 2025 	I kw. 2025	Program zatwierdzony przez Zarząd
2	Odleżyny – opieka pielęgnarska	0,06% nowopowstałych odleżyn; najwyższe ryzyko: OIOM, Oddz. Wewn.; niski wskaźnik wyleczeń (0,19%)	Utrzymanie niskiego poziomu nowych odleżyn i poprawa skuteczności leczenia	<ul style="list-style-type: none"> Wzmocnienie profilaktyki na OIOM i Oddz. Wewn. Szkolenia personelu Monitoring skuteczności leczenia Kontynuacja oceny MORSE 	Cały rok	<ul style="list-style-type: none"> Wskaźnik nowych odleżyn Liczba wyleczeń
3	Upadki pacjentów	7 upadków w 2024 r. przy 6382 pacjentach; skuteczna ocena wg MORSE	Utrzymanie niskiego poziomu upadków	<ul style="list-style-type: none"> Rozszerzona identyfikacja pacjentów (żółte opaski) Analiza każdego upadku 	Cały rok	<ul style="list-style-type: none"> Liczba upadków
4	Przedłużone hospitalizacje	55 przypadków w 2024 r.; najczęściej: Oddz. Wewn., Chirurgia Ogólna, Chirurgia KP;	Ograniczenie liczby i czasu przedłużonych hospitalizacji	<ul style="list-style-type: none"> Analizy przyczyn w oddziałach o najwyższych wskaźnikach 	Cały rok	<ul style="list-style-type: none"> Liczba Średni czas hospitalizacji

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI NA ROK 2025

QP-PJ 1

Lp.	Obszar PJ	Dane z analiz 2024 – identyfikacja problemu	Cel jakościowy / priorytet	Planowane działania / działania systemowe)	Termin	Mierniki / Ocena
5	Reoperacje – Chirurgia Ogólna	0,19% (I półrocze) i 1,16% (II półrocze); niski wskaźnik	Utrzymanie niskiego poziomu reoperacji; Zmniejszenie o 5%	<ul style="list-style-type: none"> Przeгляд ścieżek klinicznych Współpraca z zespołem jakości Cykliczna analiza reoperacji Omówienia kliniczne przypadków Doskonalenie kwalifikacji do zabiegów 	Półrocznie	<ul style="list-style-type: none"> Wskaźnik
6	Reoperacje – Chirurgia KP	6,6% (I półrocze) i 3,28% (II półrocze); dominujące powikłania krwotoczne	Zmniejszenie ryzyka reoperacji i ciężkich powikłań; Zmniejszenie o 5%	<ul style="list-style-type: none"> Analiza przyczyn krwawień Weryfikacja SOP bloku operacyjnego Wzmocnienie nadzoru pooperacyjnego 	Cały rok	<ul style="list-style-type: none"> Wskaźnik Analiza zgonów
7	Bezpieczeństwo pacjenta – ZN	Dane z rejestru ZN, upadków, powikłań pooperacyjnych	Poprawa jakości zgłaszania i analizy ZN	<ul style="list-style-type: none"> Aktualizacja katalogu ZN 	Cały rok	Liczba i jakość zgłoszeń
8	Jakość opieki klinicznej	Ryzyko powikłań przy długich hospitalizacjach i leczeniu zabiegowym	Redukcja powikłań szpitalnych	<ul style="list-style-type: none"> Analizy kliniczne w oddziałach 	Cały rok	<ul style="list-style-type: none"> Spadek powikłań

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI NA ROK 2025

QP-PJ 1

Lp.	Obszar PJ	Dane z analiz 2024 – identyfikacja problemu	Cel jakościowy / priorytet	Planowane działania / działania systemowe)	Termin	Mierniki / Ocena
9	Dokumentacja medyczna	Analizy kliniczne i IP wymagają kompletnej dokumentacji decyzji medycznych	Poprawa kompletności i jakości DM	<ul style="list-style-type: none"> Wykorzystanie danych z rehospitalizacji Checklisty dokumentacji Audyty tematyczne 	IV–IX 2025	<ul style="list-style-type: none"> Wyniki audytów
10	Edukacja personelu	Wnioski z analiz IP i rehospitalizacji wskazują na znaczenie decyzji klinicznych	Podniesienie kompetencji w obszarze jakości	<ul style="list-style-type: none"> Szkolenia: IP, kwalifikacja do hospitalizacji, powikłania, ZN 	Cały rok	<ul style="list-style-type: none"> Rejestr szkoleń
11	Samocena standardów	Dane z analiz klinicznych, IP i rehospitalizacji	Identyfikacja luk systemowych	<ul style="list-style-type: none"> Samocena standardów akredytacyjnych 	I–II kw. 2025	<ul style="list-style-type: none"> Raport samooceny
12	Informacja dla pacjentów	Wysoki odsetek zgłoszeń na IP bez skierowania (ok. 80%)	Poprawa świadomości pacjentów	<ul style="list-style-type: none"> Informacja o zasadach korzystania z IP na stronie www i w szpitalu 	I–II kw. 2025	<ul style="list-style-type: none"> Dostępność informacji
13	Izba Przyjęć – kwalifikacja do hospitalizacji	63–66% odmów w 2024 r. – brak wskazań do hospitalizacji; dominacja pacjentów bez skierowania	Racjonalizacja przyjęć i odmów	<ul style="list-style-type: none"> Analiza porad i odmów IP Współpraca z POZ/AOS 	Cały rok	<ul style="list-style-type: none"> Liczba odmów Struktura przyczyn odmów

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI NA ROK 2025

QP-PJ 1

Lp.	Obszar PJ	Dane z analiz 2024 – identyfikacja problemu	Cel jakościowy / priorytet	Planowane działania / działania systemowe)	Termin	Mierniki / Ocena
14	Ciągłość opieki / rehospitalizacje	Rehospitalizacje 0,8%; głównie pacjenci 65+, chirurgia KP i choroby wewnętrzne	Utrzymanie niskiego poziomu rehospitalizacji; Zmniejszenie o 5%	<ul style="list-style-type: none"> Analiza przyczyn rehospitalizacji Ocena zasad wypisu i opieki pooperacyjnej Monitorowanie wyników PASAT/PASAT IKP Analiza komentarzy jakościowych pacjentów 	Pótrocznie	<ul style="list-style-type: none"> Wskaźnik rehospitalizacji
15	Satysfakcja pacjentów i doświadczenie pacjenta	Bardzo wysoki poziom satysfakcji pacjentów; nieliczne uwagi krytyczne dotyczą głównie infrastruktury (sanitariaty, potrzeba remontów), zaplecza socjalnego (brak sklepu), organizacji wyżywienia oraz przestrzeni rekreacyjnej	Utrzymanie wysokiego poziomu satysfakcji pacjentów oraz ograniczenie liczby negatywnych opinii niezwiązanych z jakością leczenia	<ul style="list-style-type: none"> Uwzględnianie uwag pacjentów w planach modernizacyjnych i organizacyjnych Wzmacnianie standardów komunikacji i empatii personelu Informowanie pacjentów o podejmowanych działaniach pro jakościowych 	Cały rok	<ul style="list-style-type: none"> Wyniki kolejnych edycji PASAT Liczba i struktura uwag negatywnych Analiza trendów satysfakcji

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI NA ROK 2025

QP-PJ 1

Lp.	Obszar PJ	Dane z analiz 2024 – identyfikacja problemu	Cel jakościowy / priorytet	Planowane działania / działania systemowe)	Termin	Mierniki / Ocena
16	Przygotowanie do autoryzacji	Nowy wymóg procesowy – konieczność oceny i przygotowania zasobów kadrowych, sprzętowych i infrastrukturalnych w celu uzyskania autoryzacji	Spełnienie wymagań autoryzacyjnych i uzyskanie certyfikatu	<ul style="list-style-type: none"> Przeгляд i ocena aktualnych zasobów kadrowych, sprzętowych i infrastruktury Opracowanie planu dostosowania braków do wymogów autoryzacji Szkolenia i procedury wspierające proces autoryzacji Koordinacja działań z zarządem 	Czerwiec 2026	Otrzymanie certyfikatu autoryzacji
17	Rozpoznanie kliniczne a sekcyjne	Stwierdzone rozbieżności pomiędzy rozpoznaniem klinicznym a rozpoznanem sekcyjnym w części przypadków zgonów, w tym zgonów okołooperacyjnych.	Zmniejszenie o 10% niezgodności rozpoznania klinicznego i sekcyjnego oraz poprawa bezpieczeństwa pacjentów.	<ul style="list-style-type: none"> Prowadzenie pełnych i rzetelnych zapisów klinicznych dotyczących procesu diagnostyczno-terapeutycznego Analiza wyników sekcji zwłok oraz wyciąganie wniosków do praktyki klinicznej 	Cały rok	<ul style="list-style-type: none"> Liczba wykonanych sekcji, w których rozpoznanie kliniczne nie zostało potwierdzone w stosunku do rozpoznania sekcyjnego (wyrażona w %)

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI NA ROK 2025

QP-PJ 1

Lp.	Obszar PJ	Dane z analiz 2024 – identyfikacja problemu	Cel jakościowy / priorytet	Planowane działania / działania systemowe)	Termin	Mierniki / Ocena
18	Skuteczność procesu sterylizacji	Protokoły z przebiegu sterylizacji, wyniki testów chemicznych oraz testów biologicznych (wykonywanych raz w miesiącu).	Utrzymanie wysokiej skuteczności procesu sterylizacji i minimalizacja ryzyka użycia niewłaściwie wysterylizowanych pakietów.	<ul style="list-style-type: none"> Praca merytoryczna i informacyjna Zespołu ds. analizy zgonów i zgonów okołoooperacyjnych Realizacja standardu akredytacyjnego PJ 2.5 Bieżąca analiza protokołów sterylizacji Systematyczna ocena wyników testów chemicznych i biologicznych Natychmiastowe kierowanie pakietów niespełniających kryteriów do ponownej sterylizacji Doskonalenie nadzoru nad procesem sterylizacji 	Cały rok	<ul style="list-style-type: none"> Wskaźnik: (liczba źle wysterylizowanych pakietów poddanych ponownej sterylizacji / liczba wszystkich wysterylizowanych pakietów) wyrażony w %
19	Dokumentacja medyczna –	Stwierdzone błędy jakościowe w dokumentacji medycznej	Zmniejszenie o 10% liczby błędów jakościowych w	<ul style="list-style-type: none"> Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z 	Cały rok	<ul style="list-style-type: none"> Wskaźnik: (liczba dokumentacji z błędami jakościowymi

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI NA ROK 2025

QP-PJ 1

Lp.	Obszar PJ	Dane z analiz 2024 – identyfikacja problemu	Cel jakościowy / priorytet	Planowane działania / działania systemowe)	Termin	Mierniki / Ocena
	błędy jakościowe	dotyczące kompletności, zgodności formalnej oraz autoryzacji wpisów.	cel jakościowy / priorytet dokumentacji medycznej.	obowiązującymi przepisami prawa • Kontrola zawartości, kompletności i autoryzacji dokumentacji medycznej • Analizy wyników kontroli oraz informowanie personelu o najczęstszych nieprawidłowościach • Działania edukacyjne w zakresie jakości dokumentacji		/ liczba analizowanych dokumentacji medycznych) wyrażony w %

Z-ca D Y R E K T O R A
ds. pielęgniarstwa
[Signature]
dr n. med. r. n. o. zd. Piotr Janiewicz
NPWZ 0907145P

PREZES ZARZĄDU
[Signature]
Grażyna Stachniewicz