



PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI / PROGRAM ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO ORAZ ICH REALIZACJA 2026

Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej prowadzi systematyczne działania w zakresie poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki, koncentrując się na pacjencie i skuteczności świadczonych usług. Program ma na celu:

- zwiększenie poziomu bezpieczeństwa pacjentów i jakości świadczeń medycznych,
- doskonalenie dokumentowania usług medycznych i procesów komunikacji,
- poprawę bezpieczeństwa hospitalizacji oraz opieki nad pacjentem,
- zapewnienie bezpieczeństwa żywienia zgodnie z zasadami HACCP,
- zwiększenie dostępności usług zdrowotnych oraz działań profilaktycznych i promujących zdrowie,
- uwzględnienie aspektów środowiskowych w procesach szpitalnych,
- optymalizację działalności operacyjnej i pomocniczej

Celem programu jest systematyczne usprawnianie procesów, minimalizacja ryzyka, zwiększenie satysfakcji pacjentów i personelu oraz rozwój kompetencji zespołu. Realizacja obejmuje identyfikację problemów, ustalanie priorytetów, wdrażanie projektów poprawy, monitorowanie efektów i edukację personelu.

Proces	Lp.	Cel	Miernik	Planowana wartość	Najważniejsze zadania służące realizacji celu	Termin	Osoba odpowiedzialna
Dokumentowanie usług medycznych	1	Poprawa w zakresie gromadzenia i archiwizowania danych w systemie informatycznych	% danych kosztowych poprawnie zarchiwizowanych zgodnie z obowiązującymi zasadami	≥ 99%	Poprawa kompletności, spójności oraz archiwizacji danych kosztowych pacjentów w systemach informatycznych.	do XII.26	Dział Informatyczny Dział Księgowości
			% dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej	≥ 95%	Kontynuacja wdrażania oraz standaryzacji dokumentacji medycznej i raportów w systemie informatycznym, z zapewnieniem ich kompletności i archiwizacji.	do XII.26	Dział Informatyczny
Komunikacja	1	Poprawa efektywności komunikacji wewnątrzszpitalnej poprzez usprawnienie obiegu dokumentów i kanałów komunikacyjnych.	Liczba aktywnych użytkowników personelu	≥ 90% personelu	Uruchomienie nowej platformy intranetowej.	do XII.26	Dział Informatyczny
			Liczba standardów / procedur dostępnych elektronicznie	100% standardów	Wdrożenie elektronicznego obiegu standardów ogólnoszpitalnych w ramach nowej platformy intranetowej.	do XII.26	Dział Informatyczny Dział Jakości
			% personelu uczestniczącego w szkoleniach / potwierdzającego odbiór informacji	≥ 90% personelu	Wzmocnienie świadomości personelu w zakresie korzystania z nowych narzędzi i procedur (szkolenia i komunikacja wewnątrzorganizacyjna).	do XII.26	
	2	Poprawa komunikacji personelu z pacjentem i rodziną oraz wzmocnienie podejścia „pacjent jako partner” w procesie leczenia.	Lista czynności gotowa i wdrożona	tak / nie	Zwiększenie komfortu pacjenta i współpracy z bliskimi poprzez ustandaryzowanie rekomendowanych zasad opieki rodziny nad pacjentem hospitalizowanym.	do VI.26	Z-ca Dyr. ds. Pielęgniarstwa Z-ca Dyr. ds. Lecznictwa
			% personelu przeszkolonego	≥ 90%	Szkolenia personelu z komunikacji interpersonalnej i technik komunikacyjnych SBAR.	do XII.26	
			Standard opracowany i wdrożony	tak / nie	Opracowanie standardu przekazywania informacji pacjentowi podczas hospitalizacji i przy wypisie, zapewniającego spójność i pełną informację	do VI.26	

Świadczenie usług medycznych / Bezpieczeństwo hospitalizacji / Opieka nad pacjentem	1.	Poprawa dostępności do świadczeń medycznych	Odsetek porodów fizjologicznych ze znieczuleniem zewnątrzoponowym	$\geq 40\%$ porodów fizjologicznych z zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego	Zwiększenie liczby porodów fizjologicznych z zastosowaniem znieczulenia miejscowego	do XII.26	Dyrekcja Koordynator O. Gin-Poł.
			% pacjentów dializowanych przez AVF		Poprawa organizacji systemu zakładania przetok tetniczo-żylnych do dializoterapii w ramach Oddziału Chirurgicznego.	do XII.26	Dyrekcja Z-ca Dyr. Ds. Lecznictwa Koordynator O. Chirurgicznego
	2.	Zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki poprzez standaryzację edukacji pacjentów, wczesną identyfikację ryzyk klinicznych oraz podnoszenie kompetencji personelu medycznego w zakresie procedur inwazyjnych.	Odsetek pacjentów objętych edukacją (cukrzyca, nadwaga, otyłość, porty naczyniowe)	$\geq 80\%$ pacjentów z danej grupy	Kontynuacja edukacji pacjentów i ich rodzin w oddziałach szpitalnych dotyczącej pacjentów z cukrzycą, nadwagą lub otyłością. Rozszerzenie edukacji dla pacjentów z portami naczyniowymi.	do XII.26	Z-ca Dyr. ds. Pielęgniarstwa Piel. Oddziałowe/Koordynujące Dietetyczki
			Odsetek pacjentów z rozpoznaniem ryzykiem niedożywienia prawidłowo oznakowanych zgodnie z procedurą	100% pacjentów z rozpoznaniem ryzykiem niedożywienia prawidłowo oznakowanych	Poprawa bezpieczeństwa hospitalizacji poprzez identyfikację pacjentów o zwiększonym ryzyku niedożywienia.	do VI.26	Z-ca Dyr. ds. Pielęgniarstwa Piel. Oddziałowe/ Koordynujące Zespół ds. Żywienia i Leczenia Żywnościowego
			Odsetek personelu przeszkolonego w zakresie wkluc pośrednich	$\geq 90\%$ personelu wykonującego wklucia	Podniesienie kompetencji personelu w zakresie wykonywania wkluc pośrednich (Midline).	do XII.26	Z-ca Dyr. ds. Pielęgniarstwa
	3.	Poprawa z zakresie bezpieczeństwa farmakoterapii i nadzoru nad gospodarką lekową	Liczba oddziałów objętych pełnym zlecaniem i rozchodem leków na pacjenta	100%	Wprowadzenie zlecania i rozchodu wszystkich leków na pacjenta w oddziałach.	do XII.26	Dyrekcja ZOZ Dział Informatyczny Kierownik Apteki
			Liczba oddziałów korzystających z aliasów	100%	Wprowadzenie aliasów dedykowanych dla oddziałów do zlecania leków	do XII.26	Dyrekcja ZOZ Dział Informatyczny Kierownik Apteki
			% spełnienia standardów Działu FA	$\geq 90\%$	Dostosowanie gospodarki lekiem / wyrobem medycznym do wymagań standardów akredytacyjnych.	do III.26	Kierownik Apteki
			co najmniej 10 historii chorób z każdego oddziału szpitalnego raz na kwartał	≥ 500 analiz/rok	Dokonywanie okresowej oceny farmakoterapii w formie przeglądu co najmniej 10 historii chorób w każdym oddziale co najmniej raz na kwartał przez prof. Woronia oraz farmaceutów szpitalnych	ciągle	Dyrekcja Kierownik Apteki Komitet Terapeutyczny Ordynatorzy/Zastępcy Ordynatorów Pielęgniarki/Położne Oddziałowe

			co najmniej 1 spotkanie z przedstawicielami każdego oddziału raz na kwartał	≥ 4 spotkania z przedstawicielami oddziałów/rok	Szkolenia dot. bezpieczeństwa farmakoterapii dla personelu medycznego (lekarze, pielęgniarki, położne, farmaceuci, diagnosty laboratoryjni, ratownicy medyczni) realizowane w postaci cyklicznych spotkań z prof. Woroniem.		
			% personelu przeszkolonego	100% nowozatrudnionych ≥ 90% personelu każdego oddziału	Zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta poprzez prawidłowe zgłaszanie NOP/NDL i monitorowanie zdarzeń niepożądanych, dzięki opracowaniu materiałów edukacyjnych i szkoleniach personelu.	do XII.26	Komitet Terapeutyczny Kierownik Apteki Szpitalnej Farmaceuci szpitalni
4	Podniesienie jakości opieki i diagnostyki poprzez szkolenia personelu i standaryzację procedur w zakresie badań POCT	Odsetek procedur wykonanych zgodnie ze standardem	≥ 95% procedur	Zapewnienie spójności działań i zmniejszenie ryzyka błędów w ramach badań POCT.	ciągłe	Dyrekcja ZOZ Koordynator ZDL	
		% personelu przeszkolonego	100% osób uprawnionych	Szkolenia personelu w zakresie POCT (wewnętrzne i zewnętrzne).	systematycznie		
5	Rozszerzenie zakresu realizowanej diagnostyki laboratoryjnej w ZDL oraz usprawnienie współpracy z POZ poprzez integrację systemową.	Liczba nowych badań wdrożonych do oferty ZDL	≥ 3 nowe badania do końca roku	Poszerzenie oferty badań laboratoryjnych.	do XII.26	Dyrekcja ZOZ Koordynator ZDL	
		Odsetek zleceń / wyników badań udostępnianych POZ w formie elektronicznej (bez wydruku)	≥ 95%	Kontynuacja integracji systemowej ZDL z ośrodkami POZ.			
		Liczba ośrodków POZ zintegrowanych systemowo z ZDL Wartość bazowa: 1	Liczba ośrodków POZ z aktywną integracją systemową Wartość docelowa: 3				
6	Redukcja liczby notowanych błędów przedlaboratoryjnych i rejestracyjnych	Odsetek błędów przedlaboratoryjnych i rejestracyjnych w stosunku do ogólnej liczby wykonanych badań wartość bazowa 0,029% (250 błędów / 835 662 badań)	≤ 0,025% (utrzymanie poziomu istotnie poniżej wartości granicznej określonej w Karcie Procesu – 0,04%)	Regularna analiza i okresowa ocena błędów przedlaboratoryjnych i rejestracyjnych i adekwatne działania korygujące.	systematycznie	Koordynator ZDL Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa	
7	Poprawa organizacji pracy i warunków pracy w ZDO	Aparat uruchomiony i dopuszczony do pracy	Aparat uruchomiony i dopuszczony do użytkowania do końca wskazanego kwartału / roku	Zakup i uruchomienie nowego aparatu mammograficznego w pracowni.	do XII.26	Dyrekcja Koordynator ZDO Specjalista ds. jakości ZDO	
		Przeszkolenie personelu pracowni	100% personelu wykonującego badania mammograficzne przeszkolonego	Niezbędne przeszkolenie pracowników w zakresie obsługi nowego aparatu.			

			Aktualizacja procedur ZDO	100% personelu wykonującego badania mammograficzne przeszkolonego	Aktualizacja procedur i standardów wewnętrznych ZDO w związku z uruchomieniem nowego aparatu.		
	8	Ograniczenie ryzyka zakażeń szpitalnych poprzez podniesienie kompetencji personelu oraz wzmocnienie działań Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.	Liczba zrealizowanych szkoleń	≥ 2 szkolenia/rok	Organizacja szkoleń z udziałem zewnętrznych prelegentów z zakresu higieny rąk oraz racjonalnej antybiotykoterapii.	do XII.26	Dyrekcja Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych
			Personel uczestniczący w szkoleniach	≥ 80% personelu medycznego			
			Udział pielęgniarek łącznikowych w pracach ZKZS	≥ 80% oddziałów	Aktywizacja pielęgniarek łącznikowych do czynnego udziału w pracach Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.		
Bezpieczeństwo procesu żywienia / HACCP	1	Zapewnienie bezpieczeństwa żywności oraz zgodności z zasadami HACCP poprzez modernizację infrastruktury i wyposażenie kuchni centralnej oraz stołówki szpitalnej.	Remont stołówki zrealizowany	tak / nie	Modernizacja stołówki szpitalnej (malowanie korytarza i klatki schodowej, remont toalety).	do XII.26	Asystent Dyrektora ds. Techniczno-Eksploatacyjnych
			Nowe wyposażenie kuchni zakupione i użytkowane	tak / nie	Zakup i wdrożenie nowego wyposażenia gastronomicznego i magazynowego. Zakres doposażenia: piec konwekcyjny, ekspres do kawy, szafy chłodnicze i lodówko-chłodziarki, blender gastronomiczny, regały na artykuły spożywcze i termosy, stoły ze stali nierdzewnej, szafki na odzież roboczą dla personelu.		
Dostępność usług zdrowotnych / profilaktyka i promocja zdrowia	1	Zwiększenie zgłaszalności pacjentów na badania profilaktyczne poprzez skoordynowane działania informacyjne, edukacyjne i organizacyjne.	Liczba zrealizowanych działań informacyjnych / kampanii	≥ 1 kampania/rok	Prowadzenie skoordynowanych działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących badań profilaktycznych.	do XII.26	Dział Marketingu i Promocji Zdrowia Koordynatorzy Programów
			Współpraca z jednostkami (oddziały, POZ, partnerzy) nawiązana i realizowana	tak / nie	Współpraca z oddziałami szpitalnymi, POZ oraz partnerami zewnętrznymi w zakresie promocji badań.	do XII.26	
			Zgłaszalność pacjentów na badania profilaktyczne	wzrost o ≥ 10% rok/roku	Usprawnienie organizacji zapisów i dostępu do badań profilaktycznych.	do XII.26	

Proces	Lp.	Cel	Miernik	Planowana wartość	Najważniejsze zadania służące realizacji celu	Termin
Aspekty środowiskowe	1.	Usprawnienie obiegu dokumentacji i poprawa komunikacji wewnątrzorganizacyjnej poprzez wdrożenie elektronicznego systemu obiegu dokumentów oraz ograniczenie dokumentacji papierowej.	System elektronicznego obiegu dokumentów wdrożony w wytypowanym zakresie	wdrożony w pełni / wdrożony częściowo / nie wdrożony	Wdrożenie elektronicznego systemu obiegu dokumentów w szpitalu.	do XII.26
			Zużycie papieru do ksero	ograniczenie zużycia papieru do ksero o 5%		
	2.	Zmniejszenie ryzyka awarii środowiskowych poprzez modernizację i wymianę wyeksploatowanych instalacji wodno-kanalizacyjnych i hydrantowych na terenie Szpitala.	Występowanie wycieków wody i mediów	Brak wycieków	Wymiana wyeksploatowanych odcinków wodociągu pomiędzy kotłownią a zbiornikiem wody użytkowej.	do XII.26
			Zakres wykonanych prac modernizacyjnych	100% zaplanowanych prac	Wymiana instalacji wodno-kanalizacyjnych w ZOL w ramach modernizacji budynku.	do XII.26
	3.	Zmniejszenie zużycia energii elektrycznej oraz ograniczenie wpływu działalności Szpitala na środowisko poprzez modernizację oświetlenia.	Zużycie energii elektrycznej w modernizowanych pomieszczeniach	redukcja zużycia energii elektrycznej w pomieszczeniach $\geq 35\%$	Wymiana dotychczasowych źródeł oświetlenia na źródła typu LED: korytarz IIIp blok C, klatka schodowa bloku B, korytarz O/Urologii, izolatka O/Reumatologii, dyż. lek. O/Reumatologii, izolatka O/Kardiologii, sanitariaty O/Wewnętrzne, sala chorych nr 10 O/Wew. - szatnia personelu O/Gin-Poł., sanitariat szatni pacjentów Dz. Rehabilitacji	do XII.26
			Zakres wykonanej wymiany oświetlenia	100% zaplanowanych pomieszczeń		

Program w niniejszym brzmieniu został zatwierdzony przez Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchockiej oaz Pełnomocnika ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Środowiskiem.