

Ozn.	P – 1 PJ		
Rew.			
Data			
Wyd.	I	Zał.	Strona 1 z 1

Zgodnie z przyjętą misją „Leczenie na możliwie najwyższym poziomie i szybkie reagowanie na potrzeby naszych pacjentów”, Polityką bezpieczeństwa oraz mając na uwadze stałe doskonalenie jakości udzielanych świadczeń, opracowany został program poprawy ukierunkowany na sukcesywne i stałe doskonalenie jakości.

Poprawa jakości i bezpieczeństwa opieki wymaga zaangażowania kierownictwa i obejmuje:

- Identyfikowanie obszarów i procesów, w których występują deficyty jakości i bezpieczeństwa oraz prowadzenie poprawy i oceny tych problemów.
- Ustalenie priorytetów dla poprawy.
- Opracowanie i prowadzenie projektów poprawy jakości.
- Monitorowanie i ocenę wdrożonych zmian.
- Edukowanie kierownictwa i personelu na temat metodologii poprawy.

Roczny Program poprawy jakości zawiera priorytetowe zagadnienia w obszarze:

- Opieki nad pacjentem.
- Opinii pacjentów wyrażonych w badaniu ankietowym.
- Diagnostyki i terapii.
- Jakości dokumentacji medycznej.
- Bezpieczeństwa gromadzonych i przechowywanych danych.

Punktem wyjścia do opracowania Programu poprawy jakości stanowią w szczególności:

- Zidentyfikowane i zgłoszone zdarzenia niepożądane, organizacyjne oraz ryzyka.
- Wyniki monitorowania parametrów procesów oraz wskaźników jakości.
- Audyty wewnętrzne i zewnętrzne.
- Samoocena standardów akredytacyjnych.
- Przepisy prawa.

I. Zarządzanie jakością – w oparciu o wdrożony, udokumentowany i nadzorowany „Wewnętrzny system zarządzania jakością” stanowiący bazę do ciągłego doskonalenia i dostosowania do rzeczywistych potrzeb z punktu widzenia korzyści bezpieczeństwa opieki i dobrego wizerunku szpitala:

1. systematyczne i konsekwentne monitorowanie działalności klinicznej, a także zarządzanie ryzykiem i zdarzeniami niepożądanymi zgodnie z przyjętym katalogiem, mając na uwadze jego stałą aktualizację wynikającą z bieżącego monitorowania środowiska opieki,
2. korzystanie z wdrożonego oprogramowania umożliwiającego elektroniczne zgłaszanie zdarzeń niepożądanych, organizacyjnych, ryzyk oraz incydentów medycznych, celem uzyskania rzetelnych danych opartych na faktach i doświadczeniach własnych,
3. wykorzystywanie wyników badania satysfakcji pacjentów pracowników do podejmowania działań doskonalących opiekę nad pacjentem i pracę personelu,
4. zwiększenie ilości stref pacjenta poprawiających komfort i dyskrecję odwiedzin,
5. zapewnienie bezpieczeństwa opieki w przypadku incydentów agresji skierowanych zarówno do pacjentów jak i personelu,
6. systematyczne włączanie pracowników w proces planowania i realizację działań na rzecz jakości,

Ozn.	P – 1 PJ		
Rew.			
Data			
Wyd.	I	Zał.	Strona 1 z 1


7. wdrożenie działań organizacyjnych mających na celu umożliwienie pacjentom nie w pełni sprawnym dotarcie do administracji szpitala,
8. kształtowanie odpowiedzialności za podejmowane działania i ich dokumentowanie w oparciu o posiadaną wiedzę i kompetencje.

II Opieka nad Pacjentem i orientacja na jego potrzeby – edukacja pacjentów i personelu, stałe i systematyczne monitorowanie, dokumentowanie i ocena skuteczności opieki medycznej i zadowolenia pacjentów mając na uwadze spełnienie wymagań jakościowych:

1. podejmowanie działań zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, rekomendacjami oraz innymi obowiązującymi wymogami, aby stworzyć ramy dla przestrzegania standardów opieki szpitalnej:
 - konsekwentne przestrzeganie Praw i Obowiązków Pacjenta zarówno przez pacjentów jak i personel, zapewnienie dostępu do treści Praw Pacjenta w miejscu sprawowania opieki,
 - stałe rozpoznawanie potrzeb edukacyjnych pacjentów i podejmowanie systematycznych działań w tym zakresie (edukacja podczas pobytu w szpitalu oraz poza opieką szpitalną),
 - stosowanie zasad dobrej praktyki w każdym obszarze opieki nad pacjentem,
 - zapewnienie właściwej komunikacji na linii personel - personel (system SBAR) oraz personel - pacjent celem rozpoznawania jego oczekiwań i dostosowania podejmowanych działań do rozpoznanych potrzeb, uwzględnienie szczególnych potrzeb pacjentów z deficytem słuchu i wzroku,
 - systematyczne szacowanie ryzyka w celu zapobieżenia możliwości wystąpienia zdarzeń niepożądanych, a w konsekwencji wprowadzanie standaryzacji działań w newralgicznych obszarach opieki,
2. zapewnienie warunków niezbędnych do ograniczania i zmniejszania ryzyka występowania zakażeń szpitalnych oraz odleżyn, a także wdrożenie mechanizmów prowadzących do zredukowania ich liczby oraz ciężkości poprzez bieżącą rejestrację i monitoring.

III. Kadra i jej udział w poprawie jakości – planowanie ścieżek kariery zawodowej pracowników, motywacja i rekrutacja oparta o potrzeby wynikające z aktualnej i planowanej działalności szpitala celem właściwego zarządzania wykwalifikowaną kadrą medyczną i innym personelem, niezbędną w realizacji procesów:

1. upowszechnianie wiedzy praktycznej wynikającej z najnowszych osiągnięć medycyny i zwiększenie dostępności do kształcenia personelu (szkolenia, sympozja, konferencje w tym szkolenia online),
3. opracowanie, weryfikacja i przestrzeganie norm zatrudnienia by sprawowana opieka odbywała się z zachowaniem bezpieczeństwa i korzyścią dla pacjenta,
4. doskonalenie zasad przyznawania nagród dla wyróżniających się pracowników,
5. doskonalenie współpracy kadry zarządzającej w obszarze administracyjnym i medycznym w realizacji zadań projakościowych.

PREZES ZARZĄDU
PCM w Pleszewie Sp. z o.o.

Błażej Górczyński
05.01.2026 r.