

PROGRAM DZIAŁAŃ DLA POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO W BIAŁYMSTOKU NA ROK 2026

Standard Akredytacyjny: PJ 1

Do opracowania programu wykorzystano m. in. wnioski z analiz wewnątrzszpitalnych (w tym analiz przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych, propozycje zgłaszane na spotkaniach Zespołu ds. Jakości, uwagi zgłaszane w badaniu opinii personelu oraz badaniu opinii pacjentów).

Program podlega cyklicznym aktualizacjom, nie rzadziej niż raz w roku.

opracowanie: styczeń 2026 r.

Misja Szpitala:
„Dobro Pacjenta naszym celem”

Zadania ogólne (organizacyjne)						
Lp.	Zadanie	Czas realizacji	Narzędzia	Odpowiedzialność za realizację	Priorytet (ważność realizacji)*	Status realizacji
1.	Monitorowanie i aktualizacja zadań i składów Zespołu ds. Jakości, zespołów zadaniowych oraz procedur i dokumentów	Proces ciągły	Zarządzenia Dyrektora Informacje Instrukcje Procedury	Sekcja Jakości i Warunków Realizacji Umów	1	
	Opis zadania: Wszelkie zmiany zgłaszane przez przewodniczących zespołów dotyczące zadań oraz składów osobowych zespołów będą na bieżąco aktualizowane. Zakłada się okresowe monitorowanie aktualności procedur i dokumentów. W razie potrzeb procedury i dokumenty zostaną zaktualizowane lub ich katalog zostanie zmodyfikowany.					
2.	Uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia (pozytywne przejście przeglądu akredytacyjnego) – kontynuacja działania z poprzedniego roku z uwagi na przesunięcie terminu wizyty akredytacyjnej na 4-6 marca 2026 r.	I-II kw. 2026 r.	System zarządzania jakością (procedury, instrukcje, wytyczne, standardy)	Kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala	1	
	Opis zadania: Planuje się pozytywne przejście przeglądu akredytacyjnego na podstawie „nowych” standardów akredytacyjnych ((Dz. Urz. MZ z 2024 r. poz. 73). Szpital planuje uzyskanie co najmniej 75% spełnienia standardów akredytacyjnych.					

Opieka nad pacjentem

Lp.	Zadanie	Czas realizacji	Narzędzia	Odpowiedzialność za realizację	Priorytet (ważność realizacji)*	Status realizacji
3.	Wprowadzenie obligatoryjnych cyklicznych szkoleń dla personelu medycznego w zakresie zapobiegania występowaniu zdarzeń niepożądanych (mylna identyfikacja pacjenta, błędy w podawaniu leków, upadki)	Cały rok	Szkolenia Materiały Przykłady	Zespół ds. Analizy Zdarzeń Niepożądanych Pielęgniarki/Położne Oddziałowe	1	
Opis zadania: Planuje się wprowadzenie do planu szkoleń personelu obowiązkowych szkoleń w zakresie zapobiegania najczęściej występującym/najpoważniejszym zdarzeniom niepożądanym (mylna identyfikacja pacjenta, błędy w podaniu leków, upadki). Szkolenia wewnątrzoddziałowe będą prowadzone co najmniej 2 razy do roku. Dodatkowo Zespół ds. Analizy Zdarzeń Niepożądanych przeprowadzi szkolenia ogólnoszpitalne oraz udostępni materiały z przykładami do prowadzenia szkoleń wewnętrznych.						
4.	Aktualizacja procedury OP10 na podstawie uwag Zespołu ds. Analizy Zdarzeń Niepożądanych – rozszerzenie zakresu obowiązywania procedury	I-II kwartał	Procedura	Sekcja Jakości i Warunków Realizacji Zespół ds. Analizy Zdarzeń Niepożądanych	2	
Opis zadania: Planuje się aktualizację procedury dotyczącej zapobiegania upadkom pacjentów – OP10, na podstawie zaleceń Zespołu ds. Analizy Zdarzeń Niepożądanych.						

5.	Wdrożenie systemu wczesnego reagowania zgodnie ze standardem ZZ7	I kwartał	Procedura Zespół	Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii	1	
	Opis zadania: Planuje się wdrożenie systemu wczesnego reagowania zgodnie z zapisami standardu ZZ7. Powołany zostanie wyodrębniony Zespół Wczesnego Reagowania.					
Procedury diagnostyczne i terapeutyczne						
Lp.	Zadanie	Czas realizacji	Narzędzia	Odpowiedzialność za realizację	Priorytet (ważność realizacji)*	Status realizacji
6.	Przeszkolenie personelu z zakresu zapobiegania występowaniu błędów przedlaboratoryjnych związanych z pobieraniem i transportem materiałów biologicznych do badań laboratoryjnych	I kwartał	Szkolenia	Zespół ds. Analizy Błędów Przedlaboratoryjnych	2	
	Opis zadania: Planuje się przeprowadzenie szkoleń personelu z zakresu zapobiegania występowaniu błędów przedlaboratoryjnych związanych z pobieraniem i transportem materiałów biologicznych do badań laboratoryjnych. Szkolenia zostaną przeprowadzone w formie online.					

7.	Przeprowadzenie szkolenia w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii	Do końca roku	Szkolenie Procedura Wytyczne	Zespół ds. Szpitalnej Polityki Antybiotykowej we współpracy z Sekcją Jakości	2	
Opis zadania: Zgodnie z zaleceniami Zespołu ds. Szpitalnej Polityki Antybiotykowej planuje się przeprowadzenie szkoleń w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii. W tym roku planuje się rozszerzenie formy szkoleń o formę online.						
8.	Ponowne uzyskanie certyfikatu „Szpital bez bólu”	Do końca roku	Szkolenia	Zespół ds. Jakości Zespół ds. Oceny i Leczenia Bólu	2	
Opis zadania: Planuje się ponowne uzyskanie certyfikatu „Szpital bez bólu”. Personel zostanie przeszkolony.						
Jakość dokumentacji medycznej						
Lp.	Zadanie	Czas realizacji	Narzędzia	Odpowiedzialność za realizację	Priorytet (ważność realizacji)*	Status realizacji
9.	Wdrożenie elektronicznej karty znieczulenia	Do końca roku	System CliniNet	Dział Informatyki Blok Operacyjny	3	
Opis zadania: Planuje się zakup i wdrożenie elektronicznej karty znieczulenia.						

10.	Wdrożenie elektronicznego sposobu zbierania podpisów od pacjentów, w kolejnych komórkach organizacyjnych (kontynuacja zadania z 2025 r.)	Do końca roku	System CliniNet Tablety	Dział Informatyki Dział Organizacyjno- Prawny Sekcja Jakości	2	
	Opis zadania: Planuje się wdrożenie elektronicznego sposobu zbierania podpisów od pacjentów w kolejnych komórkach organizacyjnych Szpitala, tj. SOR. Wdrożenie elektronicznego sposobu zbierania podpisów pozwoli na zmniejszenie liczby dokumentów wymagających digitalizacji.					
11.	Aktualizacja kart profilaktyki i leczenia odleżyn na podstawie uwag Zespołu ds. Profilaktyki i Leczenia Odleżyn	III-IV kwartał	Karty System CliniNet	Dział Informatyki we współpracy z Zespołem ds. Profilaktyki i Leczenia Odleżyn	2	
	Opis zadania: Planuje się aktualizację kart profilaktyki i leczenia odleżyn w systemie CliniNet. Modyfikacje zostaną wprowadzone na podstawie rekomendacji Zespołu ds. Profilaktyki i Leczenia Odleżyn.					
Organizacja pracy i infrastruktura (w tym zadania wynikające z badania opinii pracownika)						
L.p.	Zadanie	Czas realizacji	Narzędzia	Odpowiedzialność za realizację	Priorytet (ważność realizacji)*	Status realizacji
12.	Przeprowadzenie akcji informacyjnej wśród personelu na temat funkcjonowania Zespołu ds. Etyki	Proces ciągły	Szkolenia, Spotkania, Informatory	Zespół ds. Etyki Zespół ds. Jakości	3	
Opis zadania: Z badań opinii pracownika wynika, że blisko 20% personelu nie, że w Szpitalu funkcjonuje Zespół ds. Etyki, dodatkowo 27% pracowników nie zna zadań i zakresu działań Zespołu. Planuje się przeprowadzenie akcji informacyjnej np. organizacja wystąpień Zespołu na spotkaniach Zespołu ds. Jakości, rozsyłanie informacji do Klinik/Oddziałów itd.						

13.	Opracowanie i wdrożenie procedury podawania leków przeciwbólowych bez zlecenia lekarskiego w wybranych komórkach organizacyjnych Szpitala	I-II kwartał	Procedura	Zespół ds. Jakości	2	
Opis zadania: Zgodnie z uwagami z badania opinii pracownika zaplanowano opracowanie procedury podawania leków przeciwbólowych bez zlecenia lekarskiego w wybranych komórkach organizacyjnych Szpitala						
14.	Zakup i wdrożenie elektronicznego systemu zarządzania Centralną Sterylizatornią	Do końca roku	System Procedury	Kierownik Centralnej Sterylizatorni Dział Informatyki	2	
Opis zadania: planowany jest zakup systemu informatycznego do zarządzania procesami prowadzonymi w Centralnej Sterylizatorni.						
15.	Aktualizacja sposobu gromadzenia i analizowania danych dotyczących reoperacji (opracowanie nowego formularza i wytycznych do prowadzenia analiz wewnątrzoddziałowych)	I kwartał	Formularz Procedura	Zespół ds. Oceny Zabiegów Operacyjnych Zespół ds. Jakości	2	
Opis zadania: Kliniki zabiegowe zgłaszają uwagi na temat sposobu gromadzenia i analizowania danych dotyczących reoperacji. Planowana jest aktualizacja i wdrożenie formularza zbiorczego do prowadzenia analiz reoperacji.						

16.	Modernizacja Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej oraz Kliniki Ortopedii, Traumatologii i Chirurgii Ręki	I-II kwartał	Modernizacja	Dział Techniczny Podwykonawca	2	
	Opis zadania: Planowane jest przeprowadzenie modernizacji Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej oraz Kliniki Ortopedii, Traumatologii i Chirurgii Ręki w celu zapewnienia poprawy warunków dla hospitalizowanych pacjentów.					
Wyniki badań doświadczeń i opinii pacjentów (za rok 2025) w tym prawa pacjenta						
Lp.	Zadanie	Czas realizacji	Narzędzia	Odpowiedzialność za realizację	Priorytet (ważność realizacji)*	Status realizacji
17.	Zwiększenie w klinikach / oddziałach nadzoru nad prawidłowym wydawaniem posiłków, zwłaszcza pacjentom wymagającym dedykowanych diet np. diety bezglutenowej.	I-II kwartał	Kontrola	Dietetyk Szpitalny	2	
	Opis zadania: Planowane jest wprowadzenie dodatkowego nadzoru Dietetyków nad wydawaniem posiłków, w szczególności dla pacjentów wymagających dedykowanych diet np. diety bezglutenowej.					

18.	Opis zadania Udostępnienie na stronie Szpitala dokumentów standardowo wypełnianych przy przyjęciu do Szpitala celem usprawnienia procesu przyjęcia	I-II kwartał	Dokumenty Strona www	Sekcja Jakości	3	
19.	Opis zadania: Planuje się organizację szkoleń stacjonarnych dla personelu medycznego w zakresie realizacji praw pacjenta w Szpitalu. Szkolenia zostaną zorganizowane wspólnie z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta (na wzór szkoleń przeprowadzonych w 2025 roku). Na podstawie badania opinii pacjenta, należy skupić się w szczególności na zagadnieniach dotyczących: • prawa do uzyskania informacji, tj. o podanych lekach, wynikach badań czy przyjęciu do szpitala itd. • prawa do tajemnicy informacji, prawa do zapewnienia godności i intymności.	Organizacja szkoleń w zakresie praw pacjenta – dla pracowników Szpitala	Do końca roku	Szkolenia	Pomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta	1

* Priorytet ważności realizacji zadań:

- 1 – Wysoki priorytet – zadanie do realizacji w pierwszej kolejności
- 2 – Średni priorytet – dopuszczalne jest krótkie przesunięcie realizacji w czasie
- 3 – Niski priorytet – może być zrealizowane w późniejszym terminie

Opracowanie:

KIEROWNIK
Sekcji Jakości i Warunków
Realizacji Umów
mgr Robert Kruszcwski

SPECJALISTA
ds. jakości
mgr Edyta Samojo

DYREKTOR
Zaawidził:
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
w Białymstoku

prof. dr hab. n. med. Jan Kochanowicz

