ROCZNY PROGRAM POPRAWY

JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI

UNIERSYTECKIEGO SZPITALA

KLINICZNEGO WE WROCŁAWIU

2026

Misja Naszego Szpitala

„Jesteśmy po to, żeby leczyć, kształcić i rozwijać wiedzę medyczną"

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU
50-556 Wrocław, ul. Borowska 213, NIP 898-181-68-56

Wstęp

Uniwersytecki Szpital Kliniczny jako wiodąca jednostka medyczna i ośrodek akademicki, stawia sobie za nadrzędny cel nieustanne doskonalenie jakości świadczonych usług, co stanowi fundament bezpieczeństwa i skuteczności prowadzonych terapii. Wychodząc naprzeciw rosnącym oczekiwaniom Pacjentów oraz dynamicznym zmianom w systemie ochrony zdrowia, Szpital z pełnym zaangażowaniem realizuje politykę projakościową. Kluczowym narzędziem w implementacji tej misji jest roczny program poprawy jakości, który w sposób systemowy podchodzi do identyfikacji i eliminacji deficytów w kluczowych obszarach działalności.

Identyfikacja problemów oraz obszarów do doskonalenia opiera się na wielu komplementarnych źródłach, w szczególności takich jak:

- wyniki samooceny według standardów akredytacyjnych CMJ,
- audyty wewnętrzne Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
- analiza skuteczności terapii i wskaźników klinicznych,
- wyniki kontroli dokumentacji medycznej,
- badania doświadczeń i opinii pacjentów,
- badania opinii personelu,
- wyniki kontroli i audytów zewnętrznych,
- skargi, wnioski i zgłoszenia pacjentów oraz ich rodzin.

Program poprawy jakości obejmuje kluczowe obszary funkcjonowania Szpitala, w tym:

- ✓ opiekę nad pacjentem,
- ✓ procesy diagnostyczne i terapeutyczne,
- ✓ jakość i kompletność dokumentacji medycznej,
- ✓ organizację pracy i zarządzanie procesami,
- ✓ doświadczenia i opinie pacjentów.

Realizacja programu ma na celu:

- zwiększenie poziomu satysfakcji pacjentów i ich rodzin,
- podniesienie poziomu bezpieczeństwa pacjentów oraz personelu,
- rozwój kompetencji i kwalifikacji kadry medycznej,
- budowanie kultury bezpieczeństwa poprzez zarządzanie zdarzeniami niepożądanymi,
- usprawnienie i optymalizację procesów wewnętrznych,
- wzmacnianie kultury jakości i odpowiedzialności w organizacji.

Program stanowi integralny element systemu zarządzania jakością w Szpitalu i podlega regularnej ocenie oraz aktualizacji, zgodnie z zasadą ciągłego doskonalenia.

Projekt	Cel	Zadanie	Termin wdrożenia	Mierniki	Odpowiedzialność	Priorytet
1. PROGRAM PODNOSZENIA JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA W PROCESACH TERAPEUTYCZNYCH						
Standaryzacja i poprawa jakości TDM w terapii wankomycyną	Zapewnienie prawidłowego, zgodnego z wytycznymi, prowadzenia terapii monitorowanej wankomycyną jako narzędzia poprawy skuteczności, bezpieczeństwa i racjonalnej antybiotykoterapii	1) Modyfikacja procedur i standardów w przypadku zidentyfikowanych nieprawidłowości 2) Wdrożenie dodatkowych szkoleń dla oddziałów osiągających wyniki poniżej wartości docelowych 3) Wprowadzenie usprawnień systemowych (np. alerty w systemie informatycznym dotyczące nieprawidłowych godzin pobrań 4) Bieżące wsparcie farmaceuty klinicznego w interpretacji wyników	2026	≥90% poprawnych procedur	➢ Dział Farmacji Klinicznej	1
Ciągłe doskonalenie procesów klinicznych	Systematyczne monitorowanie i doskonalenie procesów klinicznych zgodnie ze standardami akredytacyjnymi MZ	1) Opracowanie wytycznych do prowadzenia analiz działalności klinicznej. 2) Wdrożenie narzędzi informatycznych (np. Power BI). 3) Cykliczne spotkania z liderami ds. akredytacji. 4) Powołanie zespołów ds. analiz klinicznych. 5) Usprawnienie komunikacji wyników analiz (intranet, raporty, biuletyn).	2026	– liczba zalecanych działań naprawczych rocznie na oddział, – liczba wdrożonych działań naprawczych.	➢ Liderzy ds. akredytacji ➢ Dział Akredytacji i Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością	1
Ujednolicenie wytycznych postępowania klinicznego	Zwiększenie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia poprzez standaryzację postępowania klinicznego	1) Opracowanie wzoru formularzy do wytycznych postępowania klinicznego. 2) Przygotowanie instrukcji do opracowywania wytycznych postepowania.	2025-2026	– liczba komórek posiadających aktualne wytyczne postepowania klinicznego,	➢ Liderzy ds. akredytacji ➢ Dział Akredytacji i Zintegrowan	1

		3) Wybór jednostek chorobowych, dla których będą opracowane wytyczne. 4) Wdrożenie wytycznych we wszystkich komórkach. 5) Ocena wdrożenia wytycznych podczas audytów ZSZ.		– wyniki audytów zgodności.	ego Systemu Zarządzania Jakością	
Optymalizacja stosowania środków do dezynfekcji rąk dla personelu medycznego	Zoptymalizowanie zużycia środków do dezynfekcji na poszczególnych oddziałach poprzez zmianę metodologii monitorowania zużycia środków do dezynfekcji	1) Opracowanie sposobu zbierania danych dotyczących wykonywanych procedur w wybranych oddziałach zachowawczych, zabiegowych, pediatrycznych, anestezjologii oraz SOR we współpracy z Pielęgniarkami Oddziałowymi 2) Przygotowanie narzędzia do zbierania danych 3) Okresowa analiza statystyczna zużycia środków do dezynfekcji rąk w przeliczeniu na procedury	2026	- wskaźnik zużycia preparatu do dezynfekcji rąk w przeliczeniu na wykonywane procedury u pacjenta w ciągu doby	➢ Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych	1
2. PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI PROCESÓW DIAGNOSTYCZNYCH						
Czas ma znaczenie	Optymalizacja czasu wykonywania badań histopatologicznych śródoperacyjnych oraz czasu utrwalania materiałów do badań patomorfologicznych	1) Zapowiedź telefoniczna Intra przed operacją. 2) Oznaczenie materiału jako pilny (kolorem czerwonym). 3) Wydłużenie czasu pracy w zakładzie Patomorfologii i Cytologii Klinicznej 4) Okresowe monitorowanie przekroczeń czasu.	Marzec – Kwiecień 2026	– odsetek badań śródoperacyjnych >20 min. – Odsetek badań, w których został przekroczony czas utrwalenia materiału do badania	➢ Dział Bloków Operacyjnych ➢ Zakład Patomorfologii i Cytologii Klinicznej	1
Bezpieczna faza	Redukcja błędów przed-analitycznych	1) Kontrola jakości próbek	2026	– odsetek odrzuconych próbek,	➢ Dział Diagnostyki	2

przedanalityczna		– monitorowanie odsetka próbek odrzuconych (hemoliza, niewłaściwa objętość, błędne oznakowanie), 2) Kontrola czasu od pobrania do dostarczenia do laboratorium. 3) Cykliczne szkolenia dla personelu medycznego z zakresu: – prawidłowego pobierania materiału, – najczęstszych błędów przedanalitycznych, – prawidłowego oraz zgodnego z przyjętymi w szpitalu zasadami zlecania badań 4) Szkolenia dla nowo zatrudnionych pracowników (wdrożeniowe). 5) Dostępność konsultanta – pracownika laboratorium, który może udzielić pomocy w miejscu powstania problemu.		– liczba błędów wg katalogu.	Laboratoryjnej	
Stop duplikacji badań obrazowych	Ograniczenie powtórzeń badań	1) Opracowanie procedur 2) Szkolenia personelu	2026	– odsetek powtórzonych badań obrazowych	➢ Zakład Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii ➢ Zakład Radiologii Ogólnej i Pediatrycznej	2

3. PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ						
Kompletna i zgodna dokumentacja	Poprawa jakości i kompletności dokumentacji medycznej	1) Aktualizacja zasad kontroli dokumentacji – powołanie lekarzy i pielęgniarek do zespołów kontrolujących. 2) Zwiększenie częstotliwości kontroli dokumentów kluczowych w opiece nad pacjentem: obserwacje lekarskie, księgi transfuzyjne, OKK, Karty zastosowania przymusu bezpośredniego 3) Poprawa efektywności szkoleń z dokumentacji medycznej. 4) Optymalizacja dokumentacji medycznej w systemie informatycznym.	2025-2026	– wyniki kontroli dokumentacji medycznej (% zgodności)	➢ Zespół ds. dokumentacji medycznej	2
4. PROGRAM POPRAWY W ZAKRESIE KULTURY JAKOŚCI I ORGANIZACJI PRACY						
Komunikacja bez zakłóceń	Poprawa komunikacji w zespole	1) Wdrożenie protokołu SBAR/ISOBAR. 2) Warsztaty komunikacyjne.	2026	- Odsetek zdarzeń niepożądanych wynikających z błędów w komunikacji między pracownikami	➢ Dział Akredytacji i Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością	1
„5 minut dla bezpieczeństw"	Wzmocnienie i utrwalenie proaktywnej kultury bezpieczeństwa, w której każdy pracownik czuje się odpowiedzialny za bezpieczeństwo własne, pacjentów i współpracowników	1) Wprowadzenie krótkich, ustrukturyzowanych odpraw bezpieczeństwa 2) Temat tygodnia- jako stały element programu omawiany podczas odpraw	2026	- Odsetek zdarzeń niepożądanych z powodu braku znajomości procedur - Odsetek niezgodności wynikających z braku nieznajomości procedur	➢ Dział Akredytacji i Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością	2
System rozwoju	Podnoszenie kompetencji personelu	1) Opracowanie oraz wdrożenie wewnętrznego systemu szkoleń.	2026	- Odsetek liczby pracowników	➢ Dział Zarządzania	2

kompetencji personelu		2) Stworzenie bazy wiedzy e-learningowej dla pracowników.		przeszkolonych w ciągu roku w stosunku do planu na dany rok kalendarzowy	Zespołami Ludzkimi	
5. PROGRAM POPRAWY WYNIKÓW BADANIA I DOŚWIADCZEŃ PACJENTÓW						
Projekt doskonalenia komunikacji z pacjentem – „Komunikacja plus"	Zwiększenie transparentności i jakości komunikacji między personelem Szpitala a pacjentem	1) Stworzenie przejrzystej strony internetowej Szpitala – rozbudowa ZAKŁADKI DLA PACJENTA 2) Opracowanie ulotek dla pacjentów - Witamy w naszym szpitalu 3) Opracowanie przewodnika dla pacjenta o pobycie w szpitalu - Pytania i odpowiedzi 4) Spotkania edukacyjne i działania promocyjne (szkoła radzenia, dzień chorego, dzień wcześniaka wrocławskie dni promocji zdrowia, itd.).	2026	– Odsetek pozytywnych opinii pacjentów w zakresie przekazywania informacji przez personel medyczny podczas hospitalizacji – liczba skarg pacjentów na sposób komunikacji personelu medycznego z pacjentem – Odsetek powtórnych hospitalizacji z powodu nieprawidłowego stosowania zaleceń lekarskich	➢ Dział Akredytacji i Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością	1
6. PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI: BEZPIECZNE I PRZYJAZNE ŚRODOWISKO OPIEKI						
Bezpieczne i przyjazne środowisko opieki	Poprawa warunków pobytu i bezpieczeństwa	1) Modernizacja systemów przyzywowych (dzwonków). 2) Audyt oraz poprawa oznakowania Szpitala.	2025-2026	- 100% sprawnych dzwonków przyzywowych w	Dział Infrastruktury Technicznej	1

		3) Identyfikacja i eliminacja barier dla pacjentów.		miejscach pobytu pacjentów -		

Zakończenie

Podsumowując, przedstawiony roczny program poprawy jakości nie jest jedynie zbiorem odizolowanych działań, lecz stanowi spójną i kompleksową strategię, ukierunkowaną na realizację fundamentalnych celów Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego. Poprzez systematyczne podnoszenie standardów w opiece, diagnostyce, organizacji i komunikacji z pacjentem, dążymy do stworzenia środowiska, w którym bezpieczeństwo pacjentów i personelu, satysfakcja z leczenia oraz efektywność procesów wewnętrznych osiągają najwyższy możliwy poziom.

Z UPOWAŻNIENIA DYREKTORA
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu

Agnieszka Zdęba-Mozoła
Z-ca Dyrektora ds. Personalnych i Jakości