



SZPITAL
POWIATOWY
W CHRZANOWIE

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA 2026

Szpital Powiatowy w Chrzanowie prowadzi **systematyczne działania w zakresie doskonalenia jakości i bezpieczeństwa** udzielanych świadczeń zdrowotnych, ukierunkowane na poprawę efektywności opieki nad pacjentem oraz zwiększenie komfortu procesu leczenia.

Program został opracowany w oparciu o wyniki analiz wewnętrzzszpitalnych, wnioski wynikające z monitorowania wskaźników jakości i bezpieczeństwa, propozycje usprawnień zgłaszane przez personel szpitala, a także informacje pozyskane z badań opinii pracowników oraz badań satysfakcji pacjentów.

Program działań jakościowych podlega **systematycznej analizie, aktualizacji oraz modyfikacji**, tak aby był na bieżąco dostosowywany do identyfikowanych potrzeb organizacji, wyników prowadzonych analiz oraz zmieniających się uwarunkowań funkcjonowania szpitala.

Opracował: Pełnomocnik ds. Akredytacji
Marzena Kulawik

Zatwierdził:

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Baranowski

Chrzanów, dn. 2026-07-15

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI - 2026

Data	Obszar / Komórka	Zidentyfikowany problem	Cel poprawy	Źródło danych / uzasadnienie	Wprowadzone działania naprawczo - doskonalące / wyjaśnienia	Priorytet	Osoba odpowiedzialna	Planowany termin realizacji	Potwierdzenie realizacji	Wskaźnik skuteczności oceny
2025-12-20	PJ2 Leczenie stacjonarne	Brak jednolitych zasad postępowania personelu w sytuacjach szczególnych (dot. pacjentów, odwiedzających, osób postronnych)	Zapewnienia bezpieczeństwa osób przebywających na terenie szpitala oraz poprawy dokumentowania zdarzeń	standardy akredytacyjne	1. Opracowanie i wdrożenie procedury „Postępowanie w sytuacjach szczególnych”	1 - Bardzo wysoki	Kierownik / Pielęgniarka Koordynująca Szpitalnego Oddziału Ratunkowego	Styczeń	Zrealizowano	Z-4-2026
2025-12-20	PJ2 Leczenie stacjonarne	Brak nowoczesnego angiografu na oddziale kardiologii	Poprawa jakości diagnostyki i leczenia pacjentów kardiologicznych	Rozwój oddziału kardiologii, potrzeba nowoczesnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych Plan Inwestycyjny	1. Zakup angiografu 2. Instalacja angiografu na oddziale 3. Szkolenie personelu w obsłudze sprzętu	3 - Średni	Z-ca Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury	Grudzień		Potwierdzenie zakupu, instalacji oraz przesolenia personelu
2025-12-20	PJ1 Leczenie ambulatoryjne	Brak nowoczesnego aparatu USG w poradniach specjalistycznych	Poprawa jakości diagnostyki i komfortu pacjentów	Analiza uwag personelu Plan Inwestycyjny	1. Zakup aparatu USG 2. Instalacja aparatu w Poradni 3. Szkolenie personelu w obsłudze sprzętu	3 - Średni	Z-ca Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury	Marzec	Zrealizowano	Potwierdzenie zakupu
2025-12-20	PJ25 Monitorowanie zakażeń szpitalnych	Brak nowoczesnego sprzętu do dezynfekcji i mycia łóżek szpitalnych	Poprawa higieny i bezpieczeństwa pacjentów poprzez skuteczną dezynfekcję	audyt stanu sprzętu sprząającego Plan Inwestycyjny	1. Zakup parownicy parowo - ciśnieniowej	2 - wysoki	Kierownik Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej	Wrzesień		Potwierdzenie zakupu urządzenia
2025-12-20	PJ2 Leczenie stacjonarne	Dostępność konsultacji psychologicznych dla pacjentów i personelu	Poprawa jakości i dostępności wsparcia psychologicznego	Standardy akredytacyjne (OP12), badanie opinii personelu	1. Aktualizacja zarządzenia dotyczącego konsultacji pschychologicznych 2. Wyznaczenie psychologa odpowiedzialnego za konsultacje dla personelu	2 - wysoki	Kierownik Działu Organizacji i Kadr	Marzec	Zrealizowano	Z-15-2026
2025-12-20	PJ2 Leczenie stacjonarne	Leczenie bólu u dzieci i pacjentów pediatrycznych	Zapewnienie skutecznego, bezpiecznego i zgodnego z aktualną wiedzą medyczną leczenia bólu u dzieci i noworodków	Standardy akredytacyjne - OP6	1. Opracowanie i wdrożenie procedury "Leczenia bólu u dzieci" 2. Aktualizacja i wdrożenie zmian w procedurze P-PJ02-55 Ostry ból u noworodka	1 -bardzo wysoki	Lekarz Kierujący Oddziałem Neonatologicznym Ordynator Oddziału Pediatrycznego	Luty	Zrealizowano	Z-19-2026 Z-35-2026
2025-12-20	PJ2 Leczenie stacjonarne	Konieczność systematycznego monitorowania i analizy przyczyn odmów hospitalizacji pacjentów zgłaszających się do SOR zgodnie z wymaganiami standardu akredytacyjnego CO6	Celem analizy przyczyn odmów hospitalizacji jest monitorowanie dostępności świadczeń zdrowotnych, identyfikacja barier systemowych i organizacyjnych oraz wdrażanie działań na rzecz poprawy jakości opieki nad pacjentem.	Standardy akredytacyjne CO6	1. Prowadzenie systematycznej analizy przyczyn odmów hospitalizacji pacjentów zgłaszających się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.	5 – Wspierający / długoterminowy	Kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego / Pełnomocnik ds.Akredytacji	Dwa razy w roku		Liczba przeprowadzonych analiz w roku
2025-12-20	PJ7 ZDO	Konieczność systematycznej oceny zgodności wykonywanych opisów badań diagnostycznych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej zgodnie z wymaganiami standardu akredytacyjnego DO8	Zapewnienie wysokiej jakości i rzetelności opisów badań diagnostycznych, zwiększenie bezpieczeństwa diagnostycznego pacjentów oraz doskonalenie procesu diagnostyki obrazowej	Standardy akredytacyjne DO8	1. Prowadzenie raz na kwartał oceny zgosności opisów badań, obejmujących wszystkie podstawowe zakresy badań oraz omawianie ich w granie biorących udział w ocenie	5 – Wspierający / długoterminowy	Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej	Cztery razy w roku		Liczba przeprowadzonych ocen
2025-12-20	PJ7 ZDO	Konieczność monitorowania i analizy badań obrazowych powtórzonych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej w celu identyfikacji przyczyn ich wykonania	poprawa jakości wykonywanych badań diagnostycznych oraz optymalizacja procesu diagnostyki obrazowej z uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjenta	Standardy akredytacyjne DO6	1. Gromadzenie i poddawanie okresowej analizie badań powtórzonych w ZDO, z uwzględnieniem zleconych i wykonanych ekspozycji	5 – Wspierający / długoterminowy	Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej	Cztery razy w roku		Liczba przeprowadzonych analiz w roku
2025-12-20	PJ2 Leczenie stacjonarne	Nieplanowe, powtórne hospitalizacje do 30 dni od poprzedniego wypisu	Monitorowanie jakości i bezpieczeństwa świadczeń, identyfikacja powikłań i zdarzeń niepożądanych, ocena zasadności powtórných przyjęć	Standardy akredytacyjne - PJ5	1. Opracowanie metodologii prowadzenia analizy - kwalifikacja powtórných hospitalizacji według przyczyny (planowe, niezależne, powikłania), analiza kliniczna w oddziałach, analiza statystyczna i ekonomiczna, opracowanie wniosków i zaleceń 2. Prezentacja i omówienie wniosków z analizy z kierującymi oddziałami oraz kierownictwem szpitala.	5 – Wspierający / długoterminowy	Pełnomocnik ds. Akredytacji / wyznaczeni lekarze z oddziałów	Luty Dwa razy w roku	Zrealizowano	Z-17-2026 Liczba przeprowadzonych analiz w roku
2025-12-20	PS Zarządzanie środowiskiem (infrastruktura)	Niewystarczająca funkcjonalność i dostępność poradni specjalistycznych, POZ oraz wejścia do szpitala	Poprawa dostępności i komfortu pacjentów, usprawnienie przepływu osób w szpitalu	Analiza uwag pacjentów, obserwacje personelu Plan Inwestycyjny	1. Opracowanie projektu przebudowy przez firmę zewnętrzną; konsultacje architektoniczne i medyczne; nadzór ze strony szpitala	3 - Średni	Z-ca Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury	Wrzesien		Projekt

2025-12-20	PJ8 Sterylizacja	Niewystarczająca identyfikowalność zestawów narzędzi chirurgicznych w procesie dekontaminacji i sterylizacji	Poprawa identyfikowalności zestawów oraz zmniejszenie ryzyka błędów w procesie dekontaminacji i sterylizacji	Zgłoszenie Kierownika Centralnej Sterylizatorni	1. Zakup i wdrożenie znaczników identyfikacyjnych (kolorystycznych) 2. Przypisanie znaczników do rodzaju sterylizacji 3. Przeszkolenie personelu centralnej sterylizatorni	2 - Wysoki	Kierownik Centralnej Sterylizatorni	Kwiecień	Zrealizowane - Lipiec	Potiwerdzenie zakupu Oznakowanych zestawów
2025-12-20	PJ23 Wewnętrzne zasady funkcjonowania organizacji i zarządzanie personelem	Niewystarczająca liczba szkoleń personelu	Zwiększenie liczby szkoleń podnoszących kompetencje zawodowe poprzez pozyskanie dodatkowych środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS)	Potrzeby szkoleniowe zgłaszane przez kierowników komórek organizacyjnych,	1. Przygotowanie i złożenie wniosku o dofinansowanie z KFS	2 – Wysoki	Kierownik Działu Organizacji i Kadr	Grudzień		Złożony wniosek do KFS Umowa na dofinansowanie
2025-12-20	PI Zarządzanie bezpieczeństwem informacji	Niewystarczająca funkcjonalność obecnej strony internetowej szpitala	Uruchomienie nowej strony internetowej zapewniającej czytelną komunikację z pacjentami, bezpieczny kanał kontaktu cyfrowego oraz zgodność z wymogami dostępności dla podmiotów publicznych	Analiza obecnej strony www, obowiązujące przepisy dot. dostępności cyfrowej, potrzeba poprawy komunikacji	1. Wybór wykonawcy 2. Uruchomienie nowej strony internetowej szpitala	3 - Średni	Kierownik Działu Informatyki i Bezpieczeństwa Informacji	Wrzesień		Protokół odbioru strony
2025-12-20	PJ17 Utrzymanie czystości i pranie bielizny szpitalnej	Niewystarczający sprzęt do utrzymania czystości	Poprawa higieny, standardów czystości i komfortu pacjentów	Audyt stanu sprzętu sprząającego Plan Inwestycyjny	1. Zakup wózków sprzątacza 2. Zakup maszyny czyszczącej podłogi twarde	3 - Średni	Kierownik Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej	Grudzień		Potwierdzenie zakupu urządzeń
2025-12-20	PJ 25 Monitorowanie zakażeń szpitalnych	Ograniczona dostępność urządzenia do fumigacji	Zwiększenie dostępności sprzętu i skrócenie czasu wyłączenia pomieszczeń z użytkowania poprzez zakup dodatkowego urządzenia do fumigacji	Zgłoszenia komórek organizacyjnych	1. Zakup dodatkowych 2 urządzeń do fumigacji pomieszczeń	3 - Średni	Kierownik Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej	Grudzień		Potwierdzenie zakupu urządzeń
2025-12-20	PJ2 Leczenie stacjonarne	Opieka terminalna nad pacjentem w oddziale szpitalnym	Dostosowanie procedury oraz postępowania opieki terminalnej do wymagań standardu akredytacyjnego OP8	Zalecenie Pełnomocnika ds.. Akredytacji - standardy akredytacyjne (OP8)	1. Dokonano aktualizacji i wdrożenia nowego wydania procedury P-PJ02-22 „Opieka terminalna”. 2. Przygotowano i udostępniono na Intranecie szkolenie dla personelu dotyczące zasad opieki terminalnej, mające na celu zapoznanie pracowników z aktualnymi zasadami postępowania oraz wymaganiami standardu OP8.	2 - wysoki	Kierownik / Pielęgniarka Koordunująca Oddziału Medycyny Paliatywnej	Marzec Czerwiec	Zrealizowano	Z-13-2026
2025-12-20	PJ8 Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej	Pobieranie materiałów do badań	Zapewnienie zgodności procedur laboratoryjnych z aktualnymi standardami diagnostyki i akredytacyjnymi	Standardy akredytacyjne - LA 2.1	1. Aktualizacja i wdrożenie nowego wydania procedury SOP 100 Sposób pobierania i przyjmowania materiału do badań	2- wysoki	Kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej	Styczeń	Zrealizowano	Z-21-2026
2025-12-20	PJ2 Leczenie szpitalne	Przyjęcie pacjenta do szpitala	Optymalizacja procesu przyjęcia pacjenta	obserwacje personelu standardy Akredytacyjne	1. Aktualizacja i wdrożenie nowego wydania procedury P-PJ02-11 Przyjęcie pacjenta do szpitala	2 - wysoki	Kierownik / Pielęgniarka Koordynująca Szpitalnego Oddziału Ratunkowego	Styczeń	Zrealizowano	Z-5-2026
2025-12-20	PB Zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy	Ryzyko upadków i urazów pacjentów, personelu i osób odwiedzających	Zapobieganie urazom i upadkom w szpitalu	Analiza incydentów, zalecenia standardów akredytacyjnych (JZ8.2)	1. Aktualizacja i wdrożenie nowego wydania programu zapobiegania urazom i upadkom w szpitalu	2 - wysoki	Główny specjalista ds. BHP	Marzec	Zrealizowano	Z-10-2026
2025-12-20	PJ2 Leczenie szpitalne	Konieczność systematycznej analizy czynności resuscytacyjnych prowadzonych w szpitalu zgodnie z wymaganiami standardu akredytacyjnego ZZ6	Ocena skuteczności i prawidłowości prowadzenia czynności resuscytacyjnych, identyfikacja obszarów wymagających doskonalenia oraz poprawa bezpieczeństwa pacjentów w stanach nagłego zagrożenia życia	Standardy akredytacyjne 2024 – ZZ6, dokumentacja medyczna, karty resuscytacj	1. Opracowanie i wprowadzenie zarządzenia określającego metodologię analizy czynności resuscytacyjnych w szpitalu, zgodnie z wymaganiami standardu ZZ6. 2. Prowadzenie systematycznej analizy czynności resuscytacyjnych, obejmującej: liczbę interwencji resuscytacyjnych, przyczyny zatrzymania krążenia, czas rozpoczęcia czynności resuscytacyjnych, ocenę postępowania zgodnie z procedurą, ocenę postępowania personelu, dostępność leków i sprzętu medycznego. 3. Prezentacja i omówienie wniosków z analizy z personelem medycznym	2 - wysoki 5 - wspierający / długotermonowy	Lek. Jacek Nowak / Pełnomocnik ds.. Akredytacji	Luty Dwa razy w roku	Zrealizowano	Z-30-2026
2025-12-20	PJ2 Leczenie szpitalne	Konieczność systematycznej analizy przebiegu i skutków znieczuleń w celu monitorowania jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem	Ocena przebiegu znieczuleń, identyfikacja powikłań i zdarzeń niepożądanych oraz poprawa bezpieczeństwa pacjentów	Standardy akredytacyjne - ZZ11	1. Prowadzenie systematycznej analizy przebiegu znieczuleń obejmującej: przygotowanie pacjenta do zabiegu, poprawność i stabilność parametrów fizjologicznych, dostosowanie czasu zmieczulenia do czasu zabiegu, częstość i rodzaj powikłań oraz ich przyczyna. 2. Prezentacja i omówienie wniosków z analizy z kierującymi oddziałami oraz kierownictwem szpitala.	5 - wspierający / długotermonowy	Wyznaczony lekarz anestezjolog	Dwa razy w roku		Liczba przeprowadzonych analiz

2025-12-20	PJ2 Leczenie szpitalne	Konieczność systematycznej analizy przebiegu i bieżących skutków zabiegów w celu monitorowania jakości i bezpieczeństwa pacjentów	Ocena przebiegu zabiegów, identyfikacja powikłań i zdarzeń niepożądanych, wdrażanie działań doskonalących oraz poprawa bezpieczeństwa pacjentów	Standardy akredytacyjne - ZZ12	1.Prowadzenie systematycznej analizy przebiegu i skutków zabiegów, obejmującej: liczbę wykonanych zabiegów, ocenę ryzyka zabiegów, czas hospitalizacji pacjentów, częstość i rodzaj powikłań, przygotowanie pacjenta do zabiegu, określenie przyczyn powikłań. 2. Prezentacja i omówienie wniosków z analizy z kierującymi oddziałami oraz kierownictwem szpitala.	5 - wspierający / długotermonowy	Lek. Piotr Liszniański	Dwa razy w roku		Liczba przeprowadzonych analiz
2025-12-20	PJ27 Proces pielęgnowania	Ryzyko upadków pacjentów	Ograniczenie ryzyka upadków poprzez wprowadzenie jednolitych zasad postępowania	Analiza zdarzeń niepożądanych oraz indywidualnej dokumentacji medycznej	Kontynuacja projektu poprawy jakości 1. Opracowanie i wdrożenie zarządzenia dotyczącego zasad ograniczania ryzyka upadków 2. Kontrola indywidualnej dokumentacji medycznej	1 - Bardzo wysoki	Pielęgniarka Naczelna	Styczeń Marzec	Zrealizowano	Z-3-2026
2025-12-20	PJ2 Leczenie stacjonarne	Konieczność systematycznej analizy przyczyn przedłużonego pobytu pacjentów w szpitalu	Identyfikacja przyczyn wydłużonej hospitalizacji, optymalizacja procesów leczenia i koordynacji opieki, poprawa efektywności szpitala oraz jakości i bezpieczeństwa opieki	Standardy akredytacyjne - PJ4	1. Prowadzenie analizy przedłużonych pobytów, obejmującej pacjentów hospitalizowanych co najmniej dwukrotnie dłużej niż standardowy czas pobytu dla jednostki chorobowej, planowanego zabiegu lub postępowania diagnostycznego. 2. Analiza uwzględnia wyniki kliniczne, skutki ekonomiczne oraz wyłącza oddziały intensywnej terapii i medycyny paliatywnej. 3. Prezentacja i omówienie wniosków z analizy z kierującymi oddziałami oraz kierownictwem szpitala.	5 - wspierający / długotermonowy	Z-ca Dyrektora ds.Lecznictwa	Dwa razy w roku		liczba przeprowadzonych analiz
2025-12-20	PJ2 Leczenie stacjonarne	Konieczność systematycznej analizy przyczyn nieplanowych powtórnych hospitalizacji pacjentów	Identyfikacja przyczyn powtórnych hospitalizacji, optymalizacja procesów leczenia i koordynacji opieki, poprawa bezpieczeństwa pacjentów oraz jakości opieki	Standardy akredytacyjne - PJ5	1. Prowadzenie systematycznej analizy nieplanowych powtórnych hospitalizacji, obejmującej pacjentów, którzy powrócili do szpitala w okresie 30 dni od wcześniejszej hospitalizacji. 2. Szczegółowa analiza przypadków wynikających z owikłań lub skutków ubocznych poprzedniej hospitalizacji 3. Prezentacja i omówienie wniosków z analizy z kierującymi oddziałami oraz kierownictwem szpitala.	5 - wspierający / długotermonowy	Wyznaczeni lekarze z oddziałów	Dwa razy w roku		liczba przeprowadzonych analiz
2025-12-20	PJ2 Leczenie stacjonarne	Konieczność systematycznej analizy przyczyn nieplanowych powtórnych zabiegów	Identyfikacja przyczyn powtórnych zabiegów wynikających z powikłań lub nieprawidłowego wykonania zabiegu, poprawa jakości opieki okołozabiegowej, minimalizacja ryzyka dla pacjenta oraz optymalizacja procesów leczenia	Standardy akredytacyjne - PJ6	1. Prowadzenie systematycznej analizy wszystkich powtórnych zabiegów. 2. Rozróżnienie przyczyn powtórnych zabiegów: • wynikających z planowego rozłożenia postępowania na kolejne etapy, • niezależnych od poprzedniego zabiegu, • powikłań lub zdarzeń niepożądanych związanych z pierwszym zabiegiem, w tym wynikających z nieadekwatnej opieki okołoperacyjnej. 3. Skoncentrowanie się głębiej na powtórnych zabiegach wynikających z powikłań lub błędów w poprzednim zabiegu, 4. Uwzględnienie skutków klinicznych i czynniki ekonomicznych 4. Prezentacja i omówienie wniosków z analizy z kierującymi oddziałami oraz kierownictwem szpitala.	5 - wspierający / długotermonowy	Lek. Petro Melnyk	Dwa razy w roku		Liczba przeprowadzonych analiz

2025-12-20	PJ2 Leczenie stacjonarne	Konieczność systematycznej analizy przyczyn zgonów pacjentów hospitalizowanych	Identyfikacja i ocena przyczyn zgonów z uwzględnieniem danych demograficznych i klinicznych w celu poprawy jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów	Standardy akredytacyjne - PJ8	Systematyczna analiza wszystkich zgonów hospitalizowanych pacjentów co najmniej dwa razy w roku. 2. Analiza obejmuje: liczbę zgonów z podziałem na oddziały, wiek, płeć, tryb przyjęcia (planowy/pilny/nagły), rodzaj leczenia (zachowawcze/zabiegowe), czas pobytu i przyczyny zgonów, zgodność rozpoznania przyczynowego z wynikami autopsji jeśli była wykonana. 3. Analiza zgonów okołozabiegowych obejmuje powikłania okołozabiegowe: dysfunkcje gospodarki wodno-elektrolitowej, układu krążenia, oddechowego, hemostazy, układu immunologicznego i infekcji, 4. Na podstawie wyników analiz pogłębia się wybrane przypadki. 5. Prezentacja i omówienie wyników analiz z kierownictwem i kierującymi oddziałami	5 - wspierający / długotermonowy	lek. Jacek Nowak / Pełn. ds. ZSZ	Dwa razy w roku		Liczba wykonanych analiz
2025-12-20	PJ23 Wewnętrzne zasady funkcjonowania organizacji i zarządzanie personelem	Konieczność zapewnienia spójnego i aktualnego systemu zatrudniania pracowników posiadających odpowiednie kwalifikacje, kompetencje i predyspozycje do pracy w szpitalu	Zapewnienie zatrudniania pracowników na stanowiska pracy zgodnie z wymaganymi kwalifikacjami, umiejętnościami i predyspozycjami, wspieranie prawidłowej realizacji zadań szpitala oraz rozwoju zawodowego pracowników	Standardy akredytacyjne JZ4	1. Aktualizacja procedury dotyczącej Systemu zatrudniania proacowników w zakresie adaptacji zawodowej pracowników. 2. Dostosowanie programu adaptacji do wymagań standardu Z4. 3. Program dotyczy wszystkich nowo zatrudnionych pracowników, w tym osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych oraz personelu medycznego w trakcie stażu i specjalizacji. 4. Adaptacja kończy się oceną wiedzy i umiejętności pracownika.	3 – średni	Kierownik Działu Organizacji i Kadr	Luty	Zrealizowano	Dostosowany arkusz adaptacji zawodowej nowo zatrudnionego pracownika Z-26-2026
2025-12-20	PJ2 Leczenie stacjonarne	Konieczność aktualizacji zasad profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej oraz ujednolicenia postępowania w zakresie oceny ryzyka i prowadzenia profilaktyki przeciwzakrzepowej	Zapewnienie jednolitego, systemowego i udokumentowanego postępowania w zakresie oceny ryzyka, wdrażania, monitorowania i modyfikacji profilaktyki przeciwzakrzepowej u pacjentów hospitalizowanych	Standardy akredytacyjne - OP5	1. Wprowadzenie nowego wydania procedury dotyczącej profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ). Procedura 2. Określenie zasady oceny ryzyka wystąpienia ŻChZZ z wykorzystaniem uznanych skal oceny ryzyka, kwalifikację pacjentów do grup ryzyka oraz zasady stosowania profilaktyki farmakologicznej i mechanicznej zgodnie z aktualnymi wytycznymi, uwzględnienie szczególne grupy pacjentów. 3. Określenie dostępność leków, sprzętu (m.in. przerywany ucisk pneumatyczny) oraz badań diagnostycznych. 4. Monitorowanie czasu podania pierwszej dawki profilaktycznej antykoagulacji oraz analiza zgodności stosowanej profilaktyki z obowiązującą procedurą.	2 - wysoki	Z-ca Dyrektora ds.. Lecznictwa - wyznaczony lekarz	Luty Lipiec	Zrealizowano	Z-2-2026 Analiza zgodności stosowanej profilaktyki z obowiązującą procedurą
2025-12-20	PJ23 Funkcjonowanie organizacji i zarządzanie personelem /PJ02 Leczenia stacjonarne	Konieczność zapewnienia cyklicznych szkoleń personelu w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z wymaganiami standardów jakości i aktualnymi wytycznymi	Zapewnienie aktualnych kompetencji personelu w zakresie BLS-AED oraz przygotowania do reagowania w sytuacjach nagłego zatrzymania krążenia i innych stanów nagłych (np. wstrząs anafilaktyczny)	Wymagania standardów akredytacyjnych (ŻŻ5) oraz wytyczne European Resuscitation Council dotyczące szkolenia personelu w zakresie resuscytacji; konieczność cyklicznego szkolenia personelu	1. Organizacja cyklicznych szkoleń dla personelu w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. 2. Program szkolenia obejmuje część praktyczną z wykorzystaniem fantomów. 3. Szkolenie prowadzone będzie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej albo ratowników medycznych 4. Udział personelu zostanie udokumentowany potwierdzeniem uczestnictwa w szkoleniu.	2 - wysoki	Kierownik Działu Organizacji i Kadr	Proces ciągły - podsumowanie Grudzień		odsetek przeszkolonego personelu powyżej 90%
2025-12-20	PJ23 Funkcjonowanie organizacji i zarządzanie personelem / PJ25 Zakażenia szpitalne / PJ26 Farmakoterapia	Podnoszenie wiedzy personelu w zakresie racjonalnej antybiotykoaterapii oraz wymagań standardów jakości dotyczących kontroli zakażeń i stosowania antybiotyków	Zwiększenie świadomości personelu w zakresie zasad prawidłowej antybiotykoaterapii oraz dostosowania praktyki klinicznej do wymagań standardów jakości i bezpieczeństwa pacjenta	Standard FA10 dotyczący szkoleń z farmakoterapii	1. Organizacja cyklicznych szkoleń dla personelu medycznego w zakresie racjonalnej antybiotykoaterapii oraz wymagań standardów akredytacyjnych 2. Szkolenie przeznaczone jest dla lekarzy, pielęgniarek, mikrobiologów oraz farmaceutów. 3. Dokumentowanie udziału personelu w szkoleniach oraz monitorowanie frekwencji przedstawicieli oddziałów.	2 - wysoki	Kierownik Apteki Szpitalnej	Styczeń Wrzesień online	Zrealizowano	Realizacja szkolenia zgodnie z planem, potwierdzenie jego przeprowadzenia - listy obecności

2025-12-20	PJ23 Funkcjonowanie organizacji i zarządzanie personelem / / PJ26 Farmakoterapia	Systematyczne doskonalenia wiedzy personelu w zakresie oceny i terapii bólu	Podniesienie kompetencji personelu w zakresie skutecznej oceny bólu, jego monitorowania oraz leczenia	Standardy akredytacyjne FA10 , OP6	1. Organizacja cyklicznych szkoleń dla personelu medycznego w zakresie terapii bólu 2. Szkolenie przeznaczone jest dla lekarzy, pielęgniarek oraz farmaceutów. 3. Dokumentowanie udziału personelu w szkoleniach oraz monitorowanie frekwencji przedstawicieli oddziałów.	2 - wysoki	Kierownik Apteki Szpitalnej	Marzec Listopad online	Zrealizowano w trakcie realizacji	Realizacja szkolenia zgodnie z planem, potwierdzenie jego przeprowadzenia - listy obecności
2025-12-20	PJ23 Funkcjonowanie organizacji i zarządzanie personelem	Zapewnienia jednolitych zasad zatrudniania personelu	Zapewnienie zatrudniania pracowników posiadających wymagane kwalifikacje, umiejętności i predyspozycje do realizacji wyznaczonych zadań	Standardy akredytacyjne JZ4, potrzeba ujednolicenia systemu	1. Wdrożenie do stosowania nowego wydania procedury P-PJ23-05 System zatrudniania pracowników	3 -średni	Kierownik Działu Organizacji i Kardr	Luty	Zrealizowano	Z-26-2026
2025-12-20	PJ02 Leczenie staconarne	Zapewnienie jednolitego i udokumentowanego postępowania w zakresie profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej	Zapewnienie jednolitego, systemowego i udokumentowanego postępowania w zakresie oceny ryzyka, wdrażania, monitorowania i modyfikacji profilaktyki przeciwzakrzepowej u pacjentów hospitalizowanych	Standard OP5 dotyczący wdrożenia profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej;	1. Wdrożenie do stosowania nowego wydania procedury P-PJ02-08 Profilaktyka żyłnej choroby zatorowo-zakrzepowej obejmującej m.in.: udokumentowaną ocenę ryzyka z zastosowaniem przyjętej skali, kwalifikację do grup ryzyka, zastosowanie profilaktyki farmakologicznej i mechanicznej, określenie dostępności leków i sprzętu (w tym PUP), monitorowanie czasu podania pierwszej dawki profilaktycznej, oraz coroczną analizę zgodności działań z procedurą.	2 -wysoki	Z-ca Dyrektora ds.. Lecznictwa - wyznaczony lekarz	Luty Grudzień	Zrealizowano	Z-29-2026
2025-12-20	PJ02 Leczenie staconarne	Zapewnienia aktualnych Standardowych Procedur Postępowania (SOP) dla pacjentów w ciężkim stanie zdrowia	Utrzymanie zgodności procedur z aktualną wiedzą medyczną oraz zapewnienie jednolitego postępowania w stanach nagłych	Standard Ż2 dotyczący wdrożenia SOP dla pacjentów w ciężkim stanie zdrowia; potrzeba okresowej weryfikacji procedur	1. Przegląd i aktualizacja obowiązujących Standardowych Procedur Postępowania obejmujących: ostry zespół wieńcowy, udar mózgu, wstrząs (w tym septyczny), obrażenia wielonarządowe, hipotermię, ostre zatrucia oraz powikłania poprzetoczeniowe. 2. Zapewnienie zgodności procedur z aktualnymi wytycznymi	2 - wysoki	Kierownik / Pielęgniarka Koordynująca Szpitalnego Oddziału Ratunkowego	Czerwiec	Zrealizowano	Z-28-2026 (Hipoternia) Z-14-2026 (Udar) Z-89-2026 (Zawał) Z-108-2026 (wstrząs) Z-72-2026 (Uraz)
2025-12-20	PJ08 ZDL	Konieczność systematycznego monitorowania i ograniczania błędów w fazie przedlaboratoryjnej badań diagnostycznych	Poprawa jakości i bezpieczeństwa procesu diagnostycznego poprzez analizę przyczyn błędów oraz wdrażanie działań korygujących	Standardy akredytacyjne LA 5.1	1. Wdrożenie systematycznej analizy błędów przedlaboratoryjnych obejmującej: rejestrację zdarzeń, analizę przyczyn, opracowanie wskaźników jakości, analizę trendów, wyznaczenie osób odpowiedzialnych za działania naprawcze oraz realizację planu szkoleń personelu.	2 - wysoki	Specjalistę ds. Systemów Jakości ZDL.	Marzec dwa razy w roku	Zrealizowano	Z-25-2026
2025-12-20	PJ02 Leczenie staconarne / PJ26 Farmakoterapia	Ujednolicenie zasad postępowania z lekami stosowanymi w terapii przedszpitalnej oraz lekami własnymi pacjenta	Zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta, ciągłości farmakoterapii oraz właściwej koordynacji leczenia farmakologicznego	Standardy akredytacyjne FA8	1. Wdrożenie zaktualizowanej procedury „Postępowanie z lekami stosowanymi w terapii przedszpitalnej”. Procedura określa zasady identyfikacji, weryfikacji, dokumentowania oraz dalszego postępowania z lekami własnymi pacjenta, w celu zapewnienia ciągłości i bezpieczeństwa farmakoterapii.	2 -wysoki	Kierownik Apteki Szpitalnej	Luty	Zrealizowano	Z-34-2026
2025-12-20	PJ02 Leczenie staconarne / PJ26 Farmakoterapia	Ujednolicenie zasad bezpiecznego stosowania produktów leczniczych poza wskazaniami rejestracyjnymi (off-label)	Zapewnienie zgodności postępowania z przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną oraz ochrona praw pacjenta, w tym prawidłowe uzyskanie świadomej zgody	Podawanie leków z zachowaniem zasad bezpieczeństwa	1. Wdrożenie nowego wydania procedury P-PJ26-07 „Pozarejestracyjne stosowanie preparatu leczniczego – Off-label use”.	2 -wysoki	Kierownik Apteki Szpitalnej	Marzec	Zrealizowano	Z-37-2026
2025-12-20	PJ02 Leczenie staconarne / PJ26 Farmakoterapia	Sprowadzanie leków spoza Receptariusza w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta	Zapewnienie pacjentom dostępu do niezbędnych leków niedostępnych w standardowym Receptariuszu w sposób bezpieczny, kontrolowany i zgodny z obowiązującymi przepisami	Bezpieczeństwo farmakoterapii	1. Wdrożenie nowego wydania procedury „Sprowadzanie leków spoza Receptariusza”.	2 -wysoki	Kierownik Apteki Szpitalnej	Marzec	Zrealizowano	Z-36-2026
2025-12-20	PJ8 Sterylizacja	Stanem technicznym narzędzi chirurgicznych prowadzonych przez osoby lub firmy posiadające odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje.	Zapewnienie, że wszystkie narzędzia chirurgiczne są sprawne technicznie, nieuszkodzone i nieskorodowane oraz spełniają wymagania bezpieczeństwa	Standardy akredytacyjne CMJ; wyniki audytu	1. Wyszukanie firmy posiadającej odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do przeglądu narzędzi chirurgicznych - podpisanie umowy 2. Wykonanie rocznego przeglądu technicznego narzędzi chirurgicznych 3. Regeneracja lub wymiana narzędzi niespełniających wymagań	2 - Wysoki	Kierownik Centralnej Sterylizatorni	Styczeń Marzec Na bieżąco	Zrealizowano Zrealizowano w trakcie	Wykonanie przeglądu Brak narzędzi uszkodzonych lub skorodowanych dopuszczonych do użytkowania

2025-12-20	PJ 6 Pogotowie Ratunkowe i Transport pacjentów	Zwiększenie bezpieczeństwa personelu i pacjentów w obszarze CBRNE (w szczególności zagrożeń chemicznych i radiologicznych)	Podniesienie poziomu gotowości organizacyjnej i operacyjnej do reagowania na zdarzenia CBRNE oraz minimalizacja ryzyka zdrowotnego dla personelu i pacjentów	Wnioski z ćwiczeń i zdarzeń masowych organizowanych na terenie powiatu	1. Zakup sprzętu 2. Szkolenie personelu 3. Ćwiczenia personelu	2 – Wysoki	Kierownik Pogotowia Ratunkowego	Grudzień		Potwierdzenie realizacji planu
2025-12-20	PI Zarządzanie bezpieczeństwem informacji	Niewspierany system operacyjny zwiększa ryzyko cyberataków i naruszenia ochrony danych pacjentów	Zapewnienie aktualnego i wspieranego środowiska systemowego	Zgłoszenie od Działu Informatyki i Bezpieczeństwa Informacji	1. Zakup sprzętu i systemów 2. Konfiguracji zabezpieczenie stacji roboczych, migracja danych i wymiana u użytkowników	3 - Średni	Kierownik Działu Informatyki i Bezpieczeństwa Informacji	Sierpień		Potwierdzenie zakupu oraz wykonania konfuguracji i migracji
2025-12-20	PJ4 Blok Operacyjny	Organizacja pracy na Bloku Operacyjnym - aktualizacja w związku z wprowadzeniem dokumentacji elektronicznej oraz potrzebą usprawnienia pracy i jednoznacznego określenia odpowiedzialności	Zapewnienie sprawnej, bezpiecznej i efektywnej organizacji pracy Bloku Operacyjnego, optymalnego wykorzystania sal operacyjnych i zasobów kadrowych oraz minimalizacji ryzyka zdarzeń niepożądanych	Wdrożenie dokumentacji elektronicznej; audyt dokumentacji, potrzeby organizacyjne Bloku Operacyjnego	1. Aktualizacja procedury P-PJ04-06 „Organizacja pracy na Bloku Operacyjnym” poprzez uwzględnienie zasad pracy z dokumentacją elektroniczną; doprecyzowanie zakresów odpowiedzialności personelu; ujednolicenie zasad planowania zabiegów operacyjnych oraz postępowania w trakcie realizacji zabiegów i codziennej pracy na Bloku Operacyjnym 2. Zapoznanie personelu z aktualną procedurą	2 – Wysoki	Kierownik Bloku Operacyjnego	Styczeń	Zrealizowano	Zatwierdzona aktualna wersja procedury Z-6-2026
2025-12-20	PJ27 Proces pielęgnowania	Niewystarczająca liczba pomp objętościowych na oddziałach szpitalnych	Zwiększenie ilości pomp objętościowych na oddziałach, poprawa bezpieczeństwa i jakości prowadzonej terapii infuzyjnej	Zgłoszenia personelu	1. Zakup 10 sztuk pomp objętościowych (zwiększenie bazy posiadanych pomp do 31) 2. Przekazanie sprzętu na oddziały zgodnie z zapotrzebowaniem	2 – Wysoki	Pielęgniarka Naczelna	Marzec	Zrealizowano	Potwierdzenie zakupu
2025-12-20	PJ27 Proces pielęgnowania	Niewystarczająca liczba pomp strzykawkowych na oddziałach	Zwiekszenie dostępności pomp strzykawkowych oraz poprawa bezpieczeństwa i jakości terapii lekowej wymagającej precyzyjnego dawkowania	Zgłoszenia personelu	1. Zakup 49 sztuk pomp strzykawkowych 2. Przekazanie sprzętu na oddziały zgodnie z zapotrzebowaniem	2 – Wysoki	Pielęgniarka Naczelna	Marzec	Zrealizowano	Potwierdzenie zakupu
2025-12-20	PJ27 Proces pielęgnowania	Prowadzenie dokumentacji elektronicznej przez personel pielęgniarski (pomiar dokonywane dwa razy dziennie u wszystkich pacjentów)	Skrócenie czasu pracy administracyjnej oraz poprawa jakości opiekinad pacjentem	Zgłoszenia personelu	1. Stopniowy zakup <i>pielęgniarek elektronicznych</i> 2. Szkolenie personelu w zakresie obsługi	3 -Średni	Pielęgniarka Naczelna	Grudzień		Potwierdzenie zakupu
2025-12-20	PJ27 Proces pielęgnowania	Zmniejszenie ryzyka błędów i powikłań związanych z zakładaniem i pielęgnacją linii naczyniowych	Utworzenie wyspecjalizowanego zespołu odpowiedzialnego za działania związane z zakładaniem i monitorowanie Linii Naczyniowej	Zgłoszenia personelu	1. Opracowanie standardowych procedur operacyjnych dla zakładania i pielęgnacji Linii Naczyniowej 3. Powołanie wielodyscyplinarnego zespołu	2 – Wysoki	Pielęgniarka Naczelna	Marzec Czerwiec - zmiana na wrzesień	Zrealizowano	Z - 41-2026 Zarządzenie z powołania zespołu oraz wprowadzenia do obowiązywania procedur, udokumentowanie szkoleń
2025-12-20	PJ 02 Leczenie stacjonarne / PJ27 Proces pielęgnowania	Zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów pobudzonych oraz prawidłowego stosowania przymusu bezpośredniego	Ujednolicenie zasad postępowania z pacjentami pobudzonymi, właściwe stosowanie przymusu fizycznego i farmakologicznego oraz dokumentacja działań	Standary akredytacyjne - Standard OP7 – postępowanie z pacjentami pobudzonym	1. Aktualizacja procedury dotyczącej przymusu bezpośredniego w celu zapewnienia: prawidłowego dokumentowania, prowadzenia karty przymusu bezpośredniego, zgłaszania przypadków do kierownictwa szpitala oraz systematycznej analizy zasadności zastosowania przymusu.	2 -Wysoki	Kierownik Działu Kontraktów Medycznych i Statystyki	Marzec	Zrealizowano	Z-39-2026
2025-12-20	PJ 24 Zarządzanie kryzysowe	Zapewnienia aktualności i skuteczności procedur reagowania w sytuacjach kryzysowych	Utrzymanie gotowości organizacyjnej szpitala do reagowania w sytuacjach nadzwyczajnych oraz zapewnienie ciągłości funkcjonowania	Standardy akredytacyjne - ZZ8, JZ5, JZ10	1. Aktualizacja Szpitalnego Planu Reagowania w Sytuacjach Kryzysowych obejmująca: analizę zagrożeń, określenie zasad uruchamiania procedur kryzysowych, przypisanie odpowiedzialności, sposób komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej, zapewnienie zasobów oraz zasad ewakuacji i zabezpieczenia pacjentów.	1 -bardzo wysoki	Z-ca Dyrektora Ds.. Logistyki i Infrastruktury	Luty	Zrealizowano	Z-26-2026
2025-12-20	PJ 02 Leczenie stacjonarne	Przygotowanie personelu medycznego do realizacji standardu akredytacyjnego PP13 dotyczącego zapewnienia pacjentom możliwości korzystania z opieki duchowej oraz rozpoznawania ich potrzeb duchowych.	Zapewnienie personelowi wiedzy i umiejętności umożliwiających rozpoznawanie potrzeb duchowych pacjentów oraz właściwe informowanie i wspieranie pacjentów w zakresie dostępności opieki duchowej zgodnie z obowiązującymi standardami akredytacyjnymi.	Zestaw standardów akredytacyjnych PP13 „Szpital zapewnia możliwość korzystania z opieki duchowej”	1. Przygotowanie i udostępnienie na Intranecie szkolenia dla personelu „Rozpoznawanie potrzeb duchowych i podstawowa opieka duchowa pacjenta”.	5 – Wspierający / długoterminowy	Pełnomocnik ds.Praw Pacjenta	II kwartał	Zrealizowania - Czerwiec	Udostępnione szkolenie dla personelu na Intranecie

2025-12-20	PJ01 Leczenie ambulatoryjne	Konieczność utrzymania wysokiej jakości i dostępności realizowanych programów profilaktycznych	Utrzymanie wysokiego poziomu realizacji programów profilaktycznych oraz zapewnienie pacjentom łatwego dostępu do badań przesiewowych w kierunku chorób nowotworowych	Zainteresowanie realizacją programów w latach poprzednich	1. Kontynuacja realizacji programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ: • Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy (mammografia) oraz etap pogłębionej diagnostyki. • Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy (cytologia, HPV HR z genotypowaniem) oraz etap pogłębionej diagnostyki (kolposkopia, diagnostyka histopatologiczna). • Program badań przesiewowych raka jelita grubego (kolonoskopia).	5 – Wspierający / długoterminowy	Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej, Kierownik Poradni Ginekologicznej, Kierownik Pracowni Endoskopii	2026		Utrzymanie liczby realizowanych badań na poziomie co najmniej roku poprzedniego
2025-12-20	PJ02 Leczenie stacjonarne	Dostosowanie zasad prowadzenia resuscytacji krążeniowo–oddechowej do aktualnych wytycznych oraz zapewnienia jednolitego sposobu postępowania podczas stanów nagłego zagrożenia życia.	Zapewnienie skutecznego i zgodnego z aktualnymi standardami prowadzenia resuscytacji krążeniowo–oddechowej, zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów, poprawa jakości udzielanych świadczeń oraz zapewnienie gotowości organizacyjnej i sprzętowej	Aktualizacja wytycznych dotyczących resuscytacji krążeniowo–oddechowej	1. Zaktualizowanie procedury P-PJ02-07 Resuscytacja krążeniowo–oddechowa, uwzględniając nowe wytyczne resuscytacji. Aktualizacja zasad prowadzenia RKO przez personel szpitala, zasad organizacji i nadzoru nad stanowiskami do resuscytacji oraz wymaganiami dotyczącymi dostępności i kontroli wyposażenia. 2. Wdrożenie procedury oraz zapoznanie personelu z aktualnymi zasadami postępowania.	2- wysoki	Kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pielęgniarka Koordynująca Oddziału Anestezjologii	Marzec	Zrealizowano - Maj	Procedura P-PJ02-07 została wdrożona, personel zapoznany z aktualnymi zasadami, Z-110-2026
2025-12-20	PJ08 ZDL	Dostosowanie systemu zarządzania badaniami POCT do obowiązujących standardów jakości badań laboratoryjnych oraz ujednolicenia zasad wykonywania, nadzoru, dokumentowania i kontroli jakości badań wykonywanych poza laboratorium centralnym.	Zapewnienie zgodności organizacji badań POCT z obowiązującymi przepisami prawa, zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta, wiarygodności wyników oraz pełnej identyfikowalności procesu badania.	Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie standardów jakości dla laboratoriów medycznych	1. Zaktualizowanie procedury P-PJ08-01 System zarządzania badaniami POCT oraz wdrożenie instrukcje I-PJ08-01/01 Pomiar glikemii i obsługa glukometru VivaCheck Pro i I-PJ08-01/02 Wykonywanie badań analizatorem Radiometer ABL 90 FLEX PLUS. 2. Przeprowadzenie wdrożenia nowych proceur i instrukcji i zapoznanie personelu z obowiązującymi wymaganiami.	2- wysoki	Przewodniczący Zespołu ds.. POCT	Styczeń	Zrealizowano - Maj	Zaktualizowane procedury i instrukcje zostały wdrożone, personel przeszkolony i zapoznany ze zmianami Z-99-2026
2025-12-20	PJ02 Leczenie stacjonarne / PJ04 Blok Operacyjny	Ujednolicenia zasad przedoperacyjnej oceny pacjenta w celu minimalizacji ryzyka związanego ze znieczuleniem oraz przygotowaniem do zabiegu	Zapewnienie prawidłowej kwalifikacji pacjentów do zabiegów operacyjnych, uwzględniającej ocenę ryzyka znieczulenia, wymagane konsultacje oraz badania diagnostyczne	Standardy akredytacyjne ZZ2	1. Wdrożenie nowego wydania procedury P-PJ02-17 „Przedoperacyjna ocena ryzyka związanego ze znieczuleniem”. Procedura określa zasady kwalifikacji do zabiegów operacyjnych, zakres wymaganych konsultacji i badań, ocenę ryzyka anestezjologicznego, zasady identyfikacji pacjenta oraz minimalizację ryzyka błędów w przygotowaniu i planowaniu zakresu operacji.	2- wysoki	Kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Marzec	Zrealizowano	Z-40-2026
2025-12-20	PJ23 Wewnętrzne zasady funkcjonowania organizacji i zarządzanie personelem	Badanie satysfakcji personelu - wdrożenie działań naprawczych w oparciu o wyniki poprzedniego badania	Ciągle monitorowanie poziomu satysfakcji i zaangażowania, identyfikacja obszarów wymagających poprawy	Badanie opinii personelu	1. Regularne przeprowadzanie badania opinii personelu 2. Analiza wyników 3. Wdrożenie działań naprawczych w oparciu o wyniki	5 – Wspierający / długoterminowy	Kierownik Działu Organizacji i Kadr Pełnomocnik ds. Akredytacji	Corocznie		Poprawa wskaźników satysfakcji i zaangażowania personelu w kolejnych badaniach
2025-01-09	PJ23 Wewnętrzne zasady funkcjonowania organizacji i zarządzanie personelem	Niedostateczne informowanie pracowników o bieżącej sytuacji i planach strategicznych szpitala	Zwiększenie poczucia poinformowania personelu o działaniach i planach szpitala	Badanie opinii personelu – niskie wyniki w obszarze informowania o planach (45,37) i sytuacji bieżącej (49,2)	1. Regularne zamieszczanie protokołów z odpraw w serwisie intranetowym szpitala - Ostatnio dodane informacje 2. Ustalenie obowiązku przekazywania kluczowych informacji zespołom przez ordynatorów/kierowników oraz pielęgniarki i położne koordynujące poprzez odprawy komórek organizacyjnych oraz informowanie personelu o możliwości zapoznania się z protokołami zamieszczonymi na intranecie	3 - średni	Kierownik Działu Organizacji i Kadr Ordynatorzy / Kierownicy Pielęgniarki / Położne Koordynujące	Proces ciągły		Wzrost wyników w kolejnym badaniu opinii personelu
2025-01-09	PJ23 Wewnętrzne zasady funkcjonowania organizacji i zarządzanie personelem	Niewystarczająca znajomość procedur antydyskryminacyjnych	Zwiększenie świadomości zasad etyki i równego traktowania	Badanie opinii personelu – niska znajomość procedur (39,62)	1. Aktualizacja Kodeksu Etyki i udostępnienie w serwisie intranetowym szpitala. 2. Przygotowanie prezentacji szkoleniowej na podstawie Kodeksu Etyki. 3. Przeszkolenie personelu zarządzającego oraz oddziałów z wykorzystaniem prezentacji.	3 - średni	Kierownik Działu Organizacji i Kadr Ordynatorzy / Kierownicy Pielęgniarki / Położne Koordynujące	Marzec II kwartał	Zrealizowano	Z-16-2026
2026-01-09	PJ23 Wewnętrzne zasady funkcjonowania organizacji i zarządzanie personelem	Przeciążenie obowiązkami i stres zawodowy	Ograniczenie ryzyka wypalenia zawodowego i poprawa komfortu pracy	Badanie opinii personelu – obciążenie pracą (51,4), stres (51,27)	1. Wsparcie psychologiczne dla personelu 2. Szkolenie z postępowania z sytuacjach trudnych 3. Ocena liczby i kwalifikacji zatrudnionego personelu	2 - wysoki	Kierownik Działu Organizacji i Kadr	Luty Marzec Lipiec	Zrealizowano Zrealizowano Zrealizowano	Spadek poziomu stresu oraz przeciążenia praca w kolejnym badaniu

2026-01-16	PJ14 Skargi i wnioski	Badanie opinii pacjentów - poprawa skuteczności i systematyczności zbierania opinii pacjentów	Zwiększenie zwrotności ankiet i systematyczność badania	Analiza dotychczasowego przebiegu badania opinii pacjentów	1. Informowanie personelu medycznego o wynikach i celu badania na odprawach raz na kwartał 2. Zachęcanie pacjentów do udziału w badaniu przez personel szpitala 3. Ułatwienie dostępu do ankiet (wersja papierowa i elektroniczna) 4. Regularne monitorowanie zwrotności i raportowanie wyników	5 – Wspierający / długoterminowy	Pełnomocnik ds. Akredytacji	Proces ciągły Grudzień		Wzrost zwrotności ankiet
2026-01-16	PJ01 Leczenie ambulatoryjne	Ograniczony dostęp pacjentów ze stomią do specjalistycznego poradnictwa w zakresie pielęgnacji stomii, profilaktyki powikłań oraz edukacji po wypisie ze szpitala.	Poprawa jakości opieki nad pacjentami ze stomią poprzez uruchomienie Punktu Konsultacyjnego zapewniającego kompleksową edukację, wsparcie oraz konsultacje specjalistyczne.	Zgłaszane potrzeby pacjentów, obserwacje personelu medycznego	1. Projekt poprawy jakości -utworzenie Punktu Konsultacyjnego dla pacjentów ze stomią;	2 - wysoki	Pielęgniarka Naczelna	Wrzesień		Odsetek pacjentów objętych edukacją po wypisie ze szpitala
2026-01-16	PJ11 Dietetyka i żywienie pacjentów	Dostosowania zasad organizacji żywienia pacjentów do obowiązujących przepisów prawa oraz aktualizacja postępowania w zakresie zamawiania, przygotowania, transportu, wydawania posiłków i przechowywania żywności pacjentów	Zapewnienie zgodności organizacji żywienia z obowiązującymi wymaganiami prawnymi, zwiększenie bezpieczeństwa żywności i jakości żywienia pacjentów oraz aktualizacja postępowania we wszystkich komórkach organizacyjnych szpitala.	Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. w sprawie standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne	1. Aktualizacja procedury P-PJ11-01 „Organizacja żywienia”, dostosowując jej zapisy do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia. Aktualizacja zasad stosowania diet szpitalnych, zamawiania, przygotowania, bezpiecznego transportu i wydawania posiłków oraz higienicznego przechowywania żywności pacjentów. 2. Wdrożenie procedury i zapoznanie personelu z nowymi wymaganiami	2 - wysoki	Starszy Asystent Dietetyki	Maj	Zrealizowano	Wydano i wdrożono zaktualizowaną procedurę P-PJ11-01 Z-106-2026
2026-01-16	PJ11 Dietetyka i żywienie pacjentów	Badanie opinii pacjentów - ocena żywienia – najniższy wskaźnik satysfakcji	Poprawa doświadczenia pacjenta w zakresie żywienia	Badanie opinii pacjentów za 2025	Projekt poprawy jakości	2 - wysoki	Asystent Dietetyki	Grudzień		Wzrost wskaźnika NPS dotyczącego żywienia
2026-02-27	PJ27 Proces pielęgnowania	Konieczność aktualizacji postępowania w zakresie implantacji, użytkowania i pielęgnacji portów naczyniowych	Ujednolicenie zasad postępowania personelu medycznego podczas implantacji, użytkowania i pielęgnacji portów naczyniowych oraz zapobieganie powikłaniom związanym z dostępem naczyniowym.	Przegląd obowiązujących procedur	1. Aktualizacja i wdrożenie procedury P-PJ27-37 „Port naczyniowy” w celu zapewnienia jednolitego postępowania personelu medycznego w zakresie implantacji, użytkowania i pielęgnacji portów naczyniowych, prawidłowego postępowania z dostępem naczyniowym oraz profilaktyki i postępowania w przypadku powikłań.	2 - wysoki	Pielęgniarka Naczelna	I kwartał	Zrealizowano - marzec	Z-60-2026
2026-02-27	PJ04 Blok Operacyjny	Konieczność aktualizacji postępowania w zakresie przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego	Zapewnienie prawidłowego i jednolitego przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa pacjenta, ciągłości opieki, identyfikacji pacjenta, kompletności dokumentacji	Przegląd obowiązujących procedur	1. Aktualizacja i wdrożenie procedury P-PJ04-02 „Przygotowanie pacjenta do zabiegu” w celu zapewnienia jednolitego postępowania personelu medycznego w zakresie przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego, prawidłowej weryfikacji pacjenta i dokumentacji medycznej, zachowania ciągłości opieki oraz stosowania zasad aseptyki i bezpieczeństwa okołoperacyjnego.	2 - wysoki	Kierownik Bloku Operacyjnego	I kwartał	Zrealizowano (II kwartał - kwiecień)	Z-71-2026
2026-02-27	PJ04 Blok Operacyjny	Aktualizacji postępowania w zakresie organizacji ruchu personelu, pacjentów i materiałów w obrębie Bloku Operacyjnego	Zapewnienie prawidłowej organizacji ruchu w obrębie Bloku Operacyjnego, ograniczenie ryzyka przenoszenia drobnoustrojów oraz zapewnienie przestrzegania zasad zapobiegania zakażeniom związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.	Przegląd obowiązujących procedur	1. Aktualizacji i wdrożenia procedury P-PJ04-01 „Zasady ruchu na Bloku Operacyjnym”, wyd. 4, w celu zapewnienia jednolitych zasad przemieszczania personelu, pacjentów, materiałów i sprzętu w obrębie Bloku Operacyjnego oraz ograniczenia ryzyka zakażeń poprzez właściwą organizację stref i przestrzeganie zasad aseptyki.	2 - wysoki	Kierownik Bloku Operacyjnego	II kwartał	Zrealizowano (II kwartał - kwiecień)	Z-91-2026
2026-02-27	PJ02 Leczenie stacjonarne	Aktualizacji postępowania w zakresie bezpiecznego postępowania w przypadku wynaczyńnienia cytostatyku	Zapewnienie jednolitych zasad postępowania personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w przypadku wynaczyńnienia cytostatyku, ograniczenie ryzyka wystąpienia powikłań oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta podczas leczenia przeciwnowotworowego.	Przegląd obowiązujących procedur	1. Aktualizacja i wdrożenie procedury P-PJ02-51 „Wynaczyńnienie cytostatyku” w celu zapewnienia jednolitego postępowania personelu medycznego w zakresie rozpoznawania, zgłaszania i leczenia wynaczyńnienia cytostatyku, właściwego zabezpieczenia pacjenta oraz podejmowania działań zapobiegających powikłaniom.	2 - wysoki	Kierownik Oddziału Onkologii Klinicznej / Chemioterapii	Kwiecień	Zrealizowano	Z-90-2026
2026-02-27	PJ04 Blok Operacyjny	Konieczność aktualizacji postępowania w zakresie kontroli i zgodności materiałów oraz narzędzi używanych podczas zabiegów operacyjnych	Zapewnienie skutecznego systemu kontroli materiałów operacyjnych i narzędzi chirurgicznych w celu eliminacji ryzyka pozostawienia materiału lub narzędzia w ranie operacyjnej oraz zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta podczas zabiegów operacyjnych.	Przegląd obowiązujących procedur	1. Aktualizacja i wdrożenie procedury P-PJ04-04 „Kontrola i zgodność materiałów i narzędzi używanych do operacji” w celu zapewnienia jednolitych zasad kontroli materiału operacyjnego i narzędzi chirurgicznych, obejmujących m.in. gaziki, serwety, setony, kulki, tupferki, igły oraz ostrza, a także prawidłowego dokumentowania przeprowadzanych kontroli przed, w trakcie i po zakończeniu zabiegu operacyjnego.	2 - wysoki	Kierownik Bloku Operacyjnego	II kwartał	Zrealizowano (II kwartał - kwiecień)	Z-73-2026
2026-02-27	PJ02 Leczenie stacjonarne	Konieczność aktualizacji postępowania w zakresie przyjmowania i prowadzenia pacjenta z urazem wielonarządowym	Zapewnienie szybkiego, jednolitego i zgodnego ze standardami postępowania personelu medycznego w przypadku pacjenta z urazem wielonarządowym, ze szczególnym uwzględnieniem wczesnej identyfikacji stanów zagrożenia życia, właściwej diagnostyki oraz wdrożenia odpowiedniego leczenia.	Przegląd obowiązujących procedur	1. Aktualizacja i wdrożenie procedury P-PJ02-05 „Pacjent z urazem wielonarządowym” w celu zapewnienia jednolitego postępowania personelu medycznego podczas przyjęcia, oceny i leczenia pacjenta z ciężkim urazem, uwzględniającego wczesną identyfikację stanów bezpośredniego zagrożenia życia oraz zapewnienie ciągłości opieki.	2 - wysoki	Kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego	II kwartał	Zrealizowano (II kwartał - kwiecień)	Z-72-2026

2026-02-27	PJ04 Blok Operacyjny	Konieczność aktualizacji postępowania w zakresie opieki pielęgniarstwa nad pacjentem przebywającym w Sali Nadzoru Poznieczuleniowego	Zapewnienie jednolitych zasad sprawowania oraz dokumentowania opieki pielęgniarstwa nad pacjentem po zabiegu operacyjnym, zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta, zapewnienie skutecznej kontroli bólu pooperacyjnego oraz wczesnej identyfikacji i zapobiegania powikłaniom poznieczuleniowym.	Przegląd obowiązujących procedur	1. Aktualizacja i wdrożenia procedury P-PJ27-62 „Sala nadzoru poznieczuleniowego – opieka pielęgniarstwa”, w celu zapewnienia jednolitego postępowania personelu pielęgniarstwa anestezyjologicznego w zakresie dokumentowania, monitorowania pacjenta po zabiegu operacyjnym, oceny stanu klinicznego, kontroli i leczenia bólu pooperacyjnego oraz profilaktyki wczesnych powikłań pooperacyjnych.	2 - wysoki	Pielęgniarka Koordynująca Oddziału Anestezjologii	Kwiecień	Zrealizowano	Z-Z-83-2026
2026-02-27	PJ04 Blok Operacyjny	Konieczność aktualizacji postępowania w zakresie zadań i odpowiedzialności pielęgniarki anestezyjologicznej na Bloku Operacyjnym	Zapewnienie jednolitych zasad postępowania pielęgniarstwa na Bloku Operacyjnym, zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta podczas pobytu i zabiegu operacyjnego oraz ograniczenie ryzyka wystąpienia powikłań okołooperyacyjnych.	Zgłoszenie personelu	1. Aktualizacji i wdrożenia procedury P-PJ04-07 „Zadania pielęgniarki anestezyjologicznej na Bloku Operacyjnym” w celu zapewnienia jednolitego postępowania personelu pielęgniarstwa anestezyjologicznego w zakresie przygotowania pacjenta do zabiegu, współpracy z zespołem operacyjnym i anestezyjologicznym, monitorowania bezpieczeństwa pacjenta oraz działań zapobiegających powikłaniom w trakcie procedur operacyjnych.	2 - wysoki	Pielęgniarka Koordynująca Oddziału Anestezjologii	Kwiecień	Zrealizowano	Z-Z-82-2026
2026-02-27	PJ 02 Leczenie stacjonarne	Konieczność aktualizacji postępowania w zakresie identyfikacji, zgłaszania i podejmowania działań wobec pacjentów będących ofiarami przemocy lub zaniedbania	Zapewnienie jednolitego i skutecznego postępowania personelu medycznego w przypadku podejrzenia przemocy, wykorzystywania seksualnego, gwałtu, maltretowania, pobicia lub zaniedbania u dzieci i dorosłych, z uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjenta, właściwego dokumentowania oraz uruchamiania odpowiednich działań interwencyjnych.	Przegląd obowiązujących procedur	1. Aktualizacja i wdrożenie procedury P-PJ02-32 „Ofiary przemocy lub zaniedbania” w celu zapewnienia jednolitego postępowania personelu medycznego w zakresie rozpoznawania sytuacji przemocy lub zaniedbania, podejmowania odpowiednich działań, dokumentowania zdarzeń oraz zapewnienia właściwej współpracy z osobami i instytucjami zaangażowanymi w proces pomocy pacjentowi. 2. Udostępnienie materiału szkoleniowego na intranecie szpitala umożliwiający zapoznanie personelu z zasadami postępowania.	2 - wysoki	Pielęgniarka Naczelna / Pielęgniarka Koordynująca Szpitalnego Oddziału Ratunkowego	Marzec	Zrealizowano - Kwiecień	Z-81-2026
2026-02-27	PJ20 - Prowadzenie dokumentacji medycznej	Aktualizacja postępowania w zakresie komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie ze szpitala	Zapewnienie jednolitych zasad postępowania personelu w przypadku uzyskania wyniku badania po wypisie pacjenta, w szczególności w zakresie oceny istotności wyniku, przekazywania informacji pacjentowi oraz dokumentowania podjętych działań	Nowe wytyczne CMJ	1. Aktualizacja i wdrożenie procedury P-PJ20-08 „Komunikacja z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie” w celu zapewnienia jednolitego sposobu postępowania personelu oddziałów szpitalnych w zakresie identyfikacji wyników uzyskanych po wypisie, oceny ich znaczenia klinicznego, informowania pacjenta o wyniku, wskazania dalszego postępowania oraz prawidłowego dokumentowania przekazanych informacji i podjętych działań	2- wysoki	Pełnomocnik ds.. Akredytacji	Maj	Zrealizowano	Z-95-2026
2026-02-27	PJ 07 Zakład Diagnostyki Obrazowej	Aktualizacja postępowania w zakresie informowania pacjenta o wyniku wątpliwym badania radiologicznego	Zapewnienie jednolitych zasad postępowania personelu w przypadku uzyskania wątpliwego wyniku badania radiologicznego, w szczególności w zakresie przekazywania informacji pacjentowi, dokumentowania działań	Zgłoszenie personelu	1. Aktualizacji procedury P-PJ07-05 „Postępowanie z wynikiem wątpliwym” w celu zapewnienia jednolitego sposobu postępowania personelu Zakładu Diagnostyki Obrazowej oraz Centralnej Rejestracji Poradni Specjalistycznych w zakresie informowania pacjenta o wątpliwym wyniku badania, wskazania konieczności dalszej diagnostyki oraz prawidłowego dokumentowania przekazanych informacji i podjętych działań.	2 - wysoki	Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej	II kwartał	Zrealizowano - Maj	Z-94-2026
2026-02-27	PJ 01 Leczenie ambulatoryjne / PJ 02 Leczenie stacjonarne	Konieczność aktualizacji materiałów informacyjnych dla pacjentów dotyczących badań i zabiegów endoskopowych wykonywanych w Pracowni Endoskopii.	Zapewnienie pacjentom aktualnych, rzetelnych i zrozumiałych informacji dotyczących przebiegu badań i zabiegów endoskopowych, przygotowania do procedury, możliwych powikłań oraz zasad postępowania po wykonanym badaniu.	Zgłoszenie personelu	1. Zaktualizowano i wdrożono materiały informacyjne dla pacjentów dotyczące badań i zabiegów endoskopowych wykonywanych w Pracowni Endoskopii, obejmujące: endoskopową cholangiopankreatografię wsteczną (ERCP), kolonoskopię i polipektomię endoskopową, endoskopowe leczenie żylaków przełyku (skleroterapia i opaskowanie), panendoskopię (gastroskopię) oraz sfinkterotomię endoskopową. 2. Ulotki przekazywane są pacjentom przez personel Pracowni Endoskopii, Centralnej Rejestracji Poradni Specjalistycznych oraz oddziały szpitalne.	3 - średni	Kierownik Pracowni Endoskopii	Kwiecień	Zrealizowano	Z-77-2026
2026-02-27	PJ 20 Prowadzenie dokumentacji medycznej	Dostosowanie zasad komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie do nowych wytycznych CMJ oraz ujednolicenia postępowania we wszystkich oddziałach.	Zapewnienie jednolitego, terminowego sposobu informowania pacjentów o wynikach badań uzyskanych po wypisie oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta i ciągłości opieki.	Nowe wytyczne CMJ	1. Zaktualizowanie i wdrożenie procedury P-PJ20-08 Komunikacja z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie.	2 - wysoki	Pełnomocnik ds.. Akredytacji	Maj	Zrealizowano	Z-95-2026
2026-02-27	PJ02 Leczenie stacjonarne	Konieczność zapewnienia odpowiedniej dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z otyłością, w tym pacjentów bariatrycznych, z uwzględnieniem ich szczególnych potrzeb organizacyjnych, sprzętowych i lokalowych.	Zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób otyłych, poprawa komfortu i bezpieczeństwa pacjentów	Przegląd obowiązujących komunikatów	1. Aktualizacja i przekazanie personelowi informacji dotyczących zakresu sprzętów/ świadczeń dostępnych dla pacjentów otyłych/bariatrycznych w Szpitalu	2 - wysoki	Pełnomocnik ds.. Akredytacji	II kwartał	Zrealizowano - czerwiec	Komunikat wdrożony i przekazany do komórek organizacyjnych K-16-2026

