



PROGRAM DZIAŁAŃ DLA POPRAWY JAKOŚCI

w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

w 2026 roku



Misją Instytutu „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” jest leczenie i opieka na najwyższym poziomie, dzięki zrozumieniu potrzeb Pacjenta i jego rodziny. Działamy w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, a wyniki prowadzonych w Instytucie badań naukowych, jak również zaangażowanie wszystkich naszych pracowników, mają bezpośrednie przełożenie na jakość i bezpieczeństwo leczenia Pacjentów.

Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” podejmuje ciągłe działania w zakresie doskonalenia jakości świadczonych usług, które bezpośrednio przekładają się na bezpieczeństwo i skuteczność leczenia pacjentów.

Program działań dla poprawy jakości ma na celu:

- Zwiększenie satysfakcji pacjentów i ich rodzin,
- Poprawę bezpieczeństwa pacjentów i personelu,
- Podnoszenie kwalifikacji kadry medycznej,
- Ograniczenie liczby zdarzeń niepożądanych,

Program obejmuje kluczowe obszary działalności w zakresie:

- Jakości dokumentacji medycznej,
- Organizacji pracy,
- Wyników badań satysfakcji pacjentów,
- Analizy wskaźników klinicznych;
- Dostępności usług;
- Kwalifikacji personelu

Program działań dla poprawy jakości na rok 2026 został opracowany w oparciu o Zadania strategiczne Instytutu, cele jakościowe dla Procesów Systemu Zarządzania Jakością, wymagania standardów akredytacyjnych dla szpitali oraz Rejestr problemów w obszarze jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń prowadzony przez Zespół ds. Jakości.



Lp.	Cele i założenia	Miernik	Termin realizacji	Jednostka/ Osoba odpowiedzialna za realizację
SATYSFAKCJA PACJENTÓW				
1	Poprawa jakości świadczonych usług poprzez pozyskiwanie informacji zwrotnej od rodziców i opiekunów pacjentów hospitalizowanych (pobyt powyżej 24 h)	Wskaźnik % liczby ankiet w stosunku do liczby hospitalizacji > 24h	31.12.2026	Kierownik DJW Kierownik BKiM
2	Utrzymanie wysokiego wskaźnika zadowolenia pacjenta z obsługi przez Izbę Przyjęć (pytania z ankiety satysfakcji PUNKT I PRZYJĘCIE DO SZPITALA-IZBA PRZYJĘĆ) dla odpowiedzi bardzo dobrze i dobrze (pacjenci zadowoleni)	Wskaźnik % ocen bardzo dobrych i dobrych	31.12.2026	Kierownik IP, pracownicy Rejestracji IP
4	Utrzymanie wysokiego wskaźnika zadowolenia pacjenta/opiekuna z opieki lekarskiej dla odpowiedzi bardzo dobrze i dobrze (pacjenci zadowoleni)	Wskaźnik % ogólnej oceny lekarza „dobrze” i „bardzo dobrze”	31.12.2026	Kierownicy oddziałów Lekarze oddziałów
5	Utrzymanie wysokiego wskaźnika zadowolenia pacjenta/opiekuna z opieki pielęgniarskiej dla odpowiedzi bardzo dobrze i dobrze (pacjenci zadowoleni)	Wskaźnik ogólnej oceny pielęgniarek „dobrze” i „bardzo dobrze	31.12.2026	Pielęgniarki Oddziałowe Pielęgniarki zatrudnione w oddziałach
6	Utrzymanie wysokiego wskaźnika zadowolenia pacjenta/opiekuna w zakresie pozytywnej oceny nt. uzyskiwania informacji na temat stanu zdrowia- odpowiedzi bardzo dobrze i dobrze z zapytania nr 11 a ankiety BSP / Wg standardów akredytacyjnych > 85% pozytywnych ocen/	Wskaźnik % ogólnej oceny lekarza „dobrze” i „bardzo dobrze”	31.12.2026	Kierownicy oddziałów/ Lekarze oddziałów
7	Uzyskanie wysokiego wskaźnika zadowolenia pacjenta i opiekuna ze współpracy fizjoterapeuty z pacjentem na różnych oddziałach dla odpowiedzi bardzo dobrze i dobrze (pacjenci zadowoleni)	Wskaźnik % oceny fizjoterapeuty „dobrze” i „bardzo dobrze”	31.12.2026	Kierownik Kliniki Rehabilitacji Koordynator pracy fizjoterapeutów



WSKAŹNIKI KLINICZNE				
1	Utrzymanie niskiego wskaźnika dot. poziomu nieprawidłowości świadczonej usługi sterylizacji i dezynfekcji.	Liczba protokołów zgłaszania nieprawidłowości dezynfekcji i sterylizacji materiału	31.12.2026	Kierownik DCSiD
2	Poprawa procesu gospodarki krwią poprzez ograniczenie wydawania wyników grup krwi w godzinach dyżurowych	wskaźnik % wydanych wyników grup krwi w godzinach dyżurowych	31.12.2026	Z-ca dyrektora ds. klinicznych, Komitet Transfuzjologiczny, Kierownicy oddziałów, w których krew jest przetaczana
3	Zmniejszenie ryzyka zakażeń szpitalnych poprzez poprawę higieny rąk.	Wskaźnik liczby dezynfekcji / liczby par rękawic	31.12.2026	Zespoły medyczne oddziałów
4	Kontynuacja prac związanych z wdrożeniem analiz wskaźników klinicznych tj. analiz przebiegu i bieżących skutków zabiegów oraz nieplanowanych powtórnych zabiegów zgodnie z wymaganiami standardów akredytacyjnych z zakresu Poprawy Jakości	Roczny raport z wynikami analiz poszczególnych wskaźników	31.12.2026	Z-ca dyr. ds. klinicznych; Kierownicy klinik zabiegowych
5	Wdrożenie analizy przebiegu i skutków znieczuleń zgodnie z wymaganiami standardu akredytacyjnego ZZ 11.	Ocena standardu	31.12.2026	Kierownik KAiIT
JAKOŚĆ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ				
1	Poprawa jakości Karty Zleceń Lekarskich realizowanych przez Pielęgniarki/Położne poprzez wdrażanie formie elektronicznej karty – realizacja zgodnie z harmonogramem określonym w zarządzeniu dyrektora	Liczba oddziałów stosujących elektroniczną kartę zleceń	04.05.2026	Pełnomocnik dyrektora ds. cyfryzacji dokumentacji medycznej Kierownik Działu Systemów Informatycznych Kierownictwo oddziałów szpitalnych



2	Wdrożenie elektronicznej wersji Raportu z przebiegu operacji celem ujednoczenia dokumentacji zabiegowej	Polecenie z-cy Dyrektora ds. klinicznych	29.05.2026	Z-ca kierownika DSI Kierownik SWPK Kierownicy klinik zabiegowych
3	Aktualizacja Formularzy Zgód na procedury związane z istotnym ryzykiem powikłań celem dostosowania do wymagań standardów akredytacyjnych PP1/PP2.	Liczba zgód opublikowana na nowym wzorze	31.12.2026	Kierownicy klinik Kierownik SWPK
4	Rozszerzenie obszaru elektronicznej dokumentacji medycznej o badania prowadzone w POCT; poprawa jakości dokumentacji medycznej Umożliwienie przekazywania wyniku badania wykonywanego w aparatach do monitorowania parametrów życiowych równowagi kwasowo-zasadowej, gazometrii, jonogramu poprzez integrację aparatów z szpitalnym systemem informatycznym CliniNet.	Liczba analizatorów równowagi kwasowo-zasadowej w obszarze POCT objętych integracją z systemem CliniNet	31.12.2026	Z-ca dyr. ds. klinicznych Z-ca kierownika DSI Kierownik DAM Zespół POCT
ORGANIZACJA PRACY KLINICZNEJ				
1	Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji aparatury medycznej i infrastruktury informatycznej - paszport techniczny.	Liczba elektronicznych paszportów do końca roku	30.06.2026	Z-ca dyr. ds. techniczno-administracyjnych Kierownik DAM
2	Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w stomatologii i laryngologii Wykonywania badań CBCT do poszerzenia diagnostyki zmian patologicznych	Liczba badań	31.12.2026	Z-ca dyr. ds. klinicznych
4	Cyfryzacja i optymalizacja pracy Bloku Operacyjnego. Zakup i wdrożenie systemu do planowania zabiegów na Bloku Operacyjnym umożliwiającego bieżące planowanie i monitoring pracy oraz zbieranie danych.	Funkcjonujący system do planowania zabiegów na bloku operacyjnym	31.12.2026	Z-ca dyr. ds. klinicznych Kierownik DSI
POPRAWA JAKOŚCI I DOSTĘPNOŚCI USŁUG				



1	Skrócenie czasu oczekiwania na hospitalizację w oddziałach łóżkowych poprzez realizację wybranych świadczeń w trybie jednodniowym w nowej, dedykowanej przestrzeni. Zapewnienie pacjentom kompleksowej i wielospecjalistycznej opieki w obrębie wybranych problemów medycznych w formie hospitalizacji jednodniowej	Liczba hospitalizacji jednodniowych udzielanych w nowej, dedykowanej przestrzeni	31.12.2026	Z-ca dyr. ds. klinicznych
2	Poprawa komfortu i optymalizacja efektywności obsługi pacjentów z wykorzystaniem narzędzi AI w postaci voice bota i awatara Poprawa komfortu i efektywności obsługi pacjentów oraz ich opiekunów. Pełnienie roli interaktywnego przewodnika, udzielającego informacji m.in. o lokalizacji oddziałów, procedurach rejestracji, zasadach bezpieczeństwa. Ograniczenie stresu pacjentów związanego z pobytem w szpitalu. Skrócenie czasu oczekiwania na pomoc informacyjną.	Liczba pojedynczych zestawów (monitor z systemem AI)	31.12.2026	Z- ca Dyrektora ds. Administracyjno- Technicznych
3	Wprowadzenie kontroli jakości barwień techniką IHC w ocenie biopłatów wątrobowych.	Wskaźnik % barwienia IHC	31.12.2026	Lider Procesu Badania Patomorfologiczne
4	Uruchomienie cytorobota w Centralnej Pracowni Leku Cytostatycznego.	Wskaźnik % sporządzanych leków cytostatycznych przy użyciu cytorobota od momentu jego uruchomienia	31.12.2026	Koordinator Pracowni Leku Cytostatycznego
POPRAWA BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA				
1	Kontynuacja prac związanych z wdrożeniem wymagań standardu akredytacyjnego OP5 dot. wdrożenia w szpitalu profilaktyki żylnych choroby zakrzepowo-zatorowej, zgodnie z wymaganiami standardu.	Ocena standardu akredytacyjnego	31.12.2026	Z-ca dyr. ds. klinicznych; Z-ca dyr. ds. pielęgniarstwa



2	Wdrożenie wprowadzenie do praktyki oddziałów IPCZD procedury określania ryzyka upadku pacjenta oraz zaleceń postępowania.	Zarządzenie określające zasady postępowania	31.12.2026	Z-ca dyr. ds. klinicznych; Z-ca dyr. ds. pielęgniarstwa
3	Wdrożenie rozwiązań organizacyjnych dot. identyfikacji i oznaczenia pacjenta "wysokiego ryzyka".	Standard postępowania/ arkusz oceny ryzyka	31.12.2026	Z-ca dyr. ds. klinicznych; Z-ca dyr. ds. pielęgniarstwa
SZKOLENIE PERSONELU				
1	Podnoszenie świadomości pracowników IPCZD w zakresie zgłaszania zdarzeń niepożądanych Szkolenia z zakresu obowiązującej Polityki systemu poprawy bezpieczeństwa pacjenta w IPCZD	Liczba uczestników szkolenia	31.12.2026	Pełnomocnik dyrektora ds. bezpieczeństwa pacjenta Z-ca dyr. ds. klinicznych Z-ca dyr. ds. pielęgniarstwa
2	Podnoszenie kwalifikacji personelu pielęgniarskiego oraz pozostałego personelu zaangażowanego w pobieranie materiału do badań Realizacja e-learningu z zakresu zapobiegania powstawania błędów przedlaboratoryjnych	Procent przeszkolonego personelu uprawnionego do pobierania materiału do badań	31.12.2026	Z-ca dyr. ds. pielęgniarstwa Pielęgniarki oddziałowe/ koordynujące
3	Stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu pielęgniarskiego poprzez uczestnictwo w kursach specjalistycznych, jak również poprzez uzyskiwanie specjalizacji	Minimalna liczba uzyskanych zaświadczeń	31.12.2026	Z-ca dyr. ds. Pielęgniarstwa Kierownik DOPP
4	Podnoszenie kwalifikacji pracowników IPCZD w zakresie prowadzenia projektów poprawy jakości Szkolenie z zakresu zasad prowadzenia projektów poprawy jakości zgodnie z wymaganiami standardów akredytacyjnych	Liczba nowych uczestników szkolenia	30.06.2026	Kierownik DJW