



PROGRAM DZIAŁAŃ I DOSKONALENIA JAKOŚCI

NA ROK 2026

MISJA

Podaj prawicę potrzebującemu.

WIZJA

Bezpieczna i kompleksowa opieka prowadzona w efektywny sposób poprzez zrównoważony rozwój.



KIERUNKI STRATEGICZNE ROZWOJU SZPITALA

1. Realizowane procesy medyczne funkcjonują w taki sposób, aby szeroko rozumiane bezpieczeństwo pacjentów stanowiło ich priorytet. Jednocześnie są one efektywne, czyli maksymalnie zadowalający efekt leczenia osiągnąć jest przy optymalnych kosztach.
2. Świadczone usługi medyczne są dopasowane do bieżących potrzeb społecznych, a ich rozwój jest ściśle powiązany z wymaganymi zasobami, tak aby zapewnić maksymalne korzyści dla wszystkich stron zainteresowanych.
3. Prowadzona polityka kadrowa obejmuje kompletny proces zarządzania zasobami ludzkimi od momentu zidentyfikowania potrzeb, poprzez sposób pozyskiwania pracowników, ich adaptację, po planowanie i wsparcie w rozwoju pożądanych kompetencji. Długofalowa polityka rozwoju kompetencji jest ściśle powiązana z celami strategicznymi szpitala.
4. Obszary wspomagające procesy medyczne i okołomedyczne stanowią dla nich realne wsparcie oparte na sprawności działania, bieżącym identyfikowaniu potrzeb, wykorzystywaniu zasobów w sposób racjonalny. Wsparcie takie oprócz reagowania na pojawiające się potrzeby ma również charakter proaktywny, wyprzedzający i przewidujący.
5. Infrastruktura spełnia wszelkie wymagania decydujące o bezpieczeństwie pacjentów i personelu -zarówno realnym, jak i odczuwalnym. Oprócz bezpieczeństwa zapewnia również komfort, estetykę i godne warunki.
6. Procesy operacyjne na etapie projektowania, realizacji i ewentualnych zmian są czytelne, zrozumiałe i odpowiednio monitorowane. Wykonywanie w tym celu mapowanie procesów uwzględnia eliminowanie marnotrawstwa zasobów (w tym również czasu) i działań zbędnych, niewnoszących żadnej wartości.
7. Kultura zarządzania na wszystkich szczeblach koncentruje się na budowaniu i utrzymaniu środowiska umożliwiającego i zachęcającego do poszukiwania obszarów, w których możliwe jest doskonalenie realizowanych procesów. Wyraźnym liderem w tym obszarze jest Kierownictwo.
8. Szpital rozwija działalność badawczą i kliniczną, wdrażając innowacyjne metody diagnostyczne i terapeutyczne oraz transferując wyniki badań do praktyki klinicznej.

CEL	ZADANIA	ODPOWIEDZIALNOŚĆ	TERMIN REALIZACJI
ZESPÓŁ DS. ANALIZOWANIA ZDARZEŃ KLINICZNYCH			
Zwiększenie jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem poprzez systematyczną analizę i optymalizację kluczowych procesów medycznych	Przeprowadzenie analizy czasu trwania procesu diagnostycznego od wykonania badań diagnostycznych obrazowych do sporządzenia i zatwierdzenia ich opisów w celu identyfikacji obszarów wymagających poprawy efektywności i jakości.	Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Zespół Zarządzania Jakością	I półrocze 2026
	Rozpoczęcie analiz procedur zabiegowych w celu identyfikacji możliwości poprawy jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta, wraz z przygotowaniem danych i prezentacją wyników.	Zespół ds. analizowania zdarzeń klinicznych Zespół Zarządzania Jakością	Okres ciągły
ZWR			
Doskonalenie funkcjonowania Zespołu Wczesnego Reagowania	Zaplanowanie i przeprowadzenie szkoleń przypominających w klinikach/oddziałach dla personelu medycznego z zakresu kryteriów wzywania ZWR	Zespół Wczesnego Reagowania	Okres ciągły
	Kontynuacja zakupu wózków resuscytacyjnych z przeznaczeniem dla wszystkich oddziałów.	Sekcja sprzętu medycznego	Styczeń – Grudzień 2026
FARMAKOLOGIA			
Doskonalenie procesu stosowania antybiotykoterapii empirycznej	Zaplanowanie i przeprowadzenie retrospektywnej kontroli antybiotykoterapii w zakresie antybiotyków ordynowanych na receptę indywidualną.	Farmaceuta kliniczny Zespół ds. antybiotykoterapii	I półrocze 2026
	Przeprowadzenie retrospektywnej kontroli dokumentacji medycznej pod kątem farmakoterapii w celu weryfikacji zgodności z wytycznymi, oceny poprawności dawkowania i czasu terapii oraz identyfikacji nieprawidłowości dla poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia.	Farmaceuta kliniczny Zespół ds. antybiotykoterapii	Zgodnie z harmonogramem kontroli dokumentacji
	Zaplanowanie i przeprowadzenie cyklicznych szkoleń dla personelu medycznego z zastosowania antybiotykoterapii empirycznej i celowanej.	Farmaceuta kliniczny Zespół ds. antybiotykoterapii Komitet ds. farmakoterapii	Styczeń – Grudzień 2026
	Opracowanie procedur dotyczących monitorowania antybiotyków.	Farmaceuta kliniczny Zespół ds. antybiotykoterapii	I półrocze 2026
	Rozpoczęcie projektu poprawy jakości z zakresu zgłaszania oraz identyfikacji niepożądanego działania leku.	Farmaceuta kliniczny Zespół ds. antybiotykoterapii Komitet ds. farmakoterapii	Styczeń – Grudzień 2026

TRANSFUZJOLOGIA

Zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta w procesie transfuzji	Rozszerzenie formularza wywiadu transfuzjologicznego o obowiązkowe pytania dotyczące wcześniejszych transfuzji krwi i jej składników oraz występowania reakcji niepożądanych lub powikłań immunohematologicznych.	Komitet Transfuzjologii Ośrodek informatyki	I półrocze 2026
	Wdrożenie działań umożliwiających integrację systemów informatycznych szpitala z systemami zewnętrznymi w celu automatycznego przekazywania i aktualizacji danych wykorzystywanych w procesie transfuzji.	Komitet Transfuzjologii Ośrodek informatyki	Styczeń – Grudzień 2026

DOKUMENTACJA SZPITALNA

Zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta poprzez zapewnienie zgodnej z przepisami, kompletnej i prowadzonej w systemach elektronicznych dokumentacji medycznej oraz jej powiązanie z mapą procesów systemu zarządzania jakością.	Zaplanowanie i wprowadzenie 100% dokumentacji medycznej w systemie elektroniczny.	Zespół ds. kontroli dokumentacji medycznej Wydział Administracji Ogólnej Ośrodek informatyki	Maj 2026
	Identyfikacja obszarów i rodzajów dokumentacji wymagających digitalizacji lub dostosowania do EDM.	Zespół ds. kontroli dokumentacji medycznej Archiwum	I połowa 2026
	Monitorowanie poprawności, kompletności i terminowości prowadzenia dokumentacji w systemach informatycznych.	Zespół ds. kontroli dokumentacji medycznej	Proces ciągły
	Przeprowadzenie przeglądu oraz oceny zgodności zgód na zabiegi medyczne z obowiązującymi przepisami i standardami dokumentacji medycznej.	Zespół ds. kontroli dokumentacji medycznej Dział Prawny Zespoły medyczne	I połowa 2026
	Dostosowanie i aktualizacja obowiązujących procedur oraz instrukcji do struktury i przebiegu procesów określonych w przyjętej mapie wewnętrznego systemu zarządzania jakością 5 WSzKzP	Właściciele procesów Zespół Zarządzania Jakością	I połowa 2026
	Utworzenie wewnętrznego systemu e-learningowego (Moodle) w Centrum Szkoleń Przypominających w celu usprawnienia szkoleń personelu i zapewnienia ciągłego podnoszenia kompetencji.	Ośrodek informatyki	I połowa 2026

ZESPÓŁ DS. ŻYWIENIA

Poprawa jakości i standaryzacja żywienia klinicznego oraz nadzoru nad jego realizacją w Szpitalu.	Rozpoczęcie działania loży żywieniowej w Szpitalu na pozostałych Oddziałach/Klinikach.	Ośrodek Informatyki Apteka	I połowa 2026
	Nadzór nad stosowaniem ONS w oddziałach oraz przygotowanie planu kontynuacji programu od stycznia 2026 roku wraz ze sprawozdaniem finansowym za IV kwartał 2025.	Zespół ds. żywienia Apteka Sekcja żywienia	I połowa 2026
	Zaplanowanie cyklu szkoleń z zakresu prawidłowego uzupełniania dokumentacji medycznej dotyczącej żywienia	Zespół ds. żywienia	Styczeń – Grudzień 2026

	oraz merytorycznie poprawnego prowadzenia żywienia klinicznego.		
ZESPÓŁ DS. POCT			
Zapewnienie spójnej integracji i poprawności wyników badań glukozy z platformą P1.	Wprowadzenie zintegrowanego systemu pomiaru glukozy, zapewniającego spójne gromadzenie, autoryzację i raportowanie wyników badań, z możliwością ich przekazywania do systemów centralnych (w tym platformy P1).	Zespół ds. POCT Ośrodek informatyki	Styczeń – Grudzień 2026
	Weryfikacja aktualnego stanu integracji wyników badań POCT z platformą P1, w szczególności sprawdzenie czy wyniki są obecnie automatycznie i poprawnie przekazywane do P1.	Zespół ds. POCT Ośrodek informatyki	Styczeń – Grudzień 2026
POPRAWA JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA			
Zapewnienie wysokiej jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem poprzez kontynuację i wdrażanie działań na rzecz poprawy jakości	Kontynuacja realizacji projektu poprawy jakości ukierunkowanego na ograniczeniu liczby zakażeń układu moczowego.	Zespół ds. zakażeń szpitalnych	2026
	Kontynuacja wdrażania Trauma Team w celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów poprzez szkolenia personelu, ćwiczenia symulacyjne i standaryzację procedur.	Zespół Trauma Team dr hab. n. med. Michał Nowakowski	Proces ciągły
	Przeprowadzenie samooceny spełnienia standardów akredytacyjnych.	Zespół Zarządzania Jakością Personel 5WSzKzP	Listopad 2026
	Kontynuacja przygotowania Podstawowej opieki zdrowotnej w 5WSzKzP – Projekt APZOZ 2.0	Zespół POZ Zespół Zarządzania Jakością	I połowa 2026
	Kontynuacja projektu poprawy jakości zmniejszenia pomyłki w podaniu leków z optymalizacją pracy zespołu pielęgniarskiego.	Dyrektor ds. pielęgniarstwa Zespół ds. analizowania zdarzeń niepożądanych	Styczeń – Grudzień 2026
	Rozpoczęcie projektu poprawy jakości w zakresie leczenia bólu – etap diagnostyczno-analityczny.	Zespół Anestezjologiczny Zespół Zarządzania Jakością	Styczeń – Grudzień 2026
	Rozpoczęcie projektu poprawy jakości w zakresie poprawy systemu zgłaszania i monitorowania powikłań leczenia żywieniowego dojelitowego i pozajelitowego żywieniowych	Zespół ds. żywienia Zespół Zarządzania Jakością	Styczeń – Grudzień 2026



DYREKTOR
 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką
 SPZOZ w Krakowie
 dr hab. n. med. Bartłomiej GUZIK