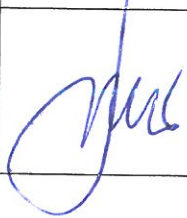
	Poprawa Jakości.	PJ1	
		strona	1 z 9
		edycja	01
		data wydania	06.05.2019
W SZPITALU OPRACOWANO PROGRAM DZIAŁAŃ DLA POPRAWY JAKOŚCI.			


	Stanowisko:	Imię i nazwisko:	Data:	Podpis:
Opracował:	Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ	Anna Gulska	06.05.2019	
	Psycholog	Natalia Bartczak		<i>mgr Natalia Bartczak</i> psycholog
Zatwierdził:	Dyrektor Szpitala	Sławomir Wysocki	06.05.2019	

Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza zapewnia jakość usług medycznych poprzez pracę w systemie zarządzania jakością zorganizowanym na podstawie wymagań norm ISO 9001:2015 oraz przystępując do Programu Akredytacji Szpitali.

Celem wdrożenia procesu akredytacji w szpitalu jest poprawa jakości świadczonych usług na podstawie wcześniej ustalonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia standardach jakości. Zestaw standardów skupia się wokół opieki nad pacjentem oraz aspektów pozamedycznych (służby gospodarcze, techniczne) oraz obejmuje podstawowe elementy zarządzania szpitalem wynikające z modelu Total Quality Management (TQM) – zarządzania przez jakość.

Nasz szpital prowadzi intensywne działania zmierzające do poprawy jakości już od 2013 roku, zostały opracowane procedury i standardy opieki nad pacjentem.

Pierwszy certyfikat potwierdzający wdrożony system zarządzania jakością zgodnie z normą 9001:2015 otrzymaliśmy w 2013 r. Od tego czasu Szpital sukcesywnie, z powodzeniem

	Poprawa Jakości.	PJ1	
		strona	2 z 9
		edycja	01
		data wydania	06.05.2015
W SZPITALU OPRACOWANO PROGRAM DZIAŁAŃ DLA POPRAWY JAKOŚCI.			

ubiega się o kolejne certyfikaty ISO oraz przystąpił w 2018 r. do Programu Akredytacji Szpitali.


Naczelnym celem Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy jest profesjonalne zgodne z najnowocześniejszą wiedzą medyczną w poczuciu etyki zawodowej i poszanowania godności człowieka świadczenie specjalistycznych usług zdrowotnych w zakresie diagnostyki, terapii rehabilitacji, profilaktyki, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia ukierunkowanej na gruźlicę i choroby płuc. Będąc świadomym jak ważnym zagadnieniem w procesie świadczenia usług zdrowotnych jest pojęcie jakości przyjmujemy poniższą misję:

„Szpital Dobrej Opieki”

Misja jest wyznacznikiem do poprawy stanu zdrowia i jakości życia pacjentów z chorobami układu oddechowego poprzez dostarczanie kompleksowej, nowoczesnej opieki zdrowotnej.

Dyrekcja Szpitala postawiła przed sobą i pracownikami cele, jako drogowskaz i wizję naszych działań na rzecz zapewnienia i ciągłego jej doskonalenia to:

1. Tworzenie szpitala przyjaznego pacjentowi z nowoczesnym zapleczem diagnostycznym, bezpiecznym sprzętem dla pacjenta oraz pracownika, wykwalifikowaną kadrą. Placówki spełniającej oczekiwania pacjenta i jego rodziny,
2. Zapewnienie pacjentom jak najlepszego poczucia bezpieczeństwa i komfortu podczas korzystania ze świadczeń medycznych w naszej placówce,
3. Dążenie do uzyskania maksymalnego zadowolenia pacjentów i zaspokojenia ich oczekiwań,
4. Stałe rozwijanie, modernizowanie oraz optymalizację obecnie posiadanej bazy lokalowej i infrastruktury medycznej,
5. Tworzenie zespołu wykwalifikowanych i kompetentnych pracowników otwartych na kształcenie i doskonalenie zawodowe,

	Poprawa Jakości.	PJ1	
		strona	3 z 9
		edycja	01
		data wydania	06.05.2015
W SZPITALU OPRACOWANO PROGRAM DZIAŁAŃ DLA POPRAWY JAKOŚCI.			

6. Promowanie zasad współpracy zespołowej, bowiem tylko siłą zespołu jesteśmy w stanie osiągnąć sukces w każdym obszarze naszej działalności,
7. Podejmowanie społecznych inicjatyw mających na celu edukację społeczeństwa w zakresie postaw i zachowań prozdrowotnych.

Satysfakcja i zadowolenie pacjentów z jakości naszych usług jest dla nas najlepszą rekomendacją gwarantującą rozwój placówki i rozwój zawodowy pracowników.

Zgodnie z wytycznymi Centrum Monitorowania Jakością w Krakowie Szpital opracował program poprawy jakości, który został oparty na sześciu blokach tematycznych:


I. Bezpieczeństwo medyczne

Szpital może oferować leczenie na najwyższym poziomie dzięki ciągłemu doskonaleniu naszych standardów terapeutycznych. Każdego roku (w regularnych odstępach kwartalnych lub półrocznych) dokonujemy analizy zastosowanych procedur medycznych odpowiadając sobie na pytania:

- czy nasze postępowanie przy przyjęciu do szpitala było prawidłowe,
- jaką skuteczność ma zastosowane postępowanie terapeutyczne,
- czy oraz dlaczego wystąpiły ewentualne powikłania,
- oraz wiele innych.

Powołane w szpitalu zespoły problemowe oraz wewnętrzni audytorzy dokonują cyklicznych kontroli leków, sprzętu diagnostycznego, zabiegowego oraz innych obszarów mających wpływ na bezpieczeństwo w naszym szpitalu pacjentów.

II. Bezpieczeństwo informacji

	Poprawa Jakości.	PJ1	
		strona	4 z 9
		edycja	01
		data wydania	06.05.2015
W SZPITALU OPRACOWANO PROGRAM DZIAŁAŃ DLA POPRAWY JAKOŚCI.			

Informacja o stanie zdrowia oraz zastosowanym leczeniu jest informacją podlegającą ochronie na najwyższym poziomie. Zatrudniony w szpitalu IODO na bieżąco dba o zapewnienie wszelkich możliwych zabezpieczeń zarówno organizacyjnych, jak i teleinformatycznych.


III. Bezpieczeństwo epidemiologiczne

Nie trzeba nikomu tłumaczyć, jak bardzo istotne w szpitalu jest zachowanie czystości poprzez ciągłą dekontaminację, dezynfekcję oraz sterylizację. W celu kontroli, oceny oraz wyznaczania standardów postępowania epidemiologicznego, Szpital powołał Komitet ds. Kontroli Zakażeń, Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych oraz Zespół ds. Antybiotykoterapii. Bieżącą pieczę nad zapewnieniem pacjentom bezpiecznego pobytu w szpitalu w tym obszarze pełni Specjalista ds. epidemiologii.

IV. Bezpieczeństwo żywności i żywienia

Szpital zapewnia bezpieczną żywność poprzez wybór wykonawcy na podstawie ustalonych kryteriów oceny ofert oraz bieżącym nadzorem. Przy przygotowywaniu i dostawie posiłków Wykonawca ma obowiązek przestrzegania normatywnych wartości energetycznych, wartości odżywczych i smakowych potraw, obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa. Racje pokarmowe ich wysokość kaloryczna i zapotrzebowanie w nich na składniki odżywcze jak białko, tłuszcze, węglowodany, wapń, żelazo, fosfor, magnez, cynk, jod oraz witaminy A, B₁, B₂, PP, C, D, E, B₆, B₁₂, i kwas foliowy (folacyna) muszą być zgodne z zaleceniami żywieniowymi Instytutu Żywności i Żywienia, w tym z normami dziennych racji pokarmowych dla szpitali (według opracowań Ministerstwa Zdrowia i Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie, 1998 - 2001 roraz zasad higieny zgodnie z ustawą z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia

Wykonawca jest zobowiązany do przygotowywania żywności w systemie zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym żywności HACCP. Hazard Analysis and Critical Control Points System oznacza System Analiz Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli. Jest on

	Poprawa Jakości.	PJ1	
		strona	5 z 9
		edycja	01
		data wydania	06.05.2015
W SZPITALU OPRACOWANO PROGRAM DZIAŁAŃ DLA POPRAWY JAKOŚCI.			

narzędziem zarządzania bezpieczeństwem żywności oraz uniwersalną metodą systematycznej oceny możliwości wystąpienia zagrożeń oraz określenia metod ich eliminacji.

Traktując odżywianie pacjenta w Szpitalu, jako rodzaj leczenia, przygotowanie systemu dietetycznego winno być opracowane w sposób profesjonalny przez dietetyka, na podstawie obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa, norm, aktualnej wiedzy oraz aktualnych zaleceń Instytutu Żywności i Żywienia. Bieżący nadzór sprawuje mgr dietetyki,


V. Bezpieczeństwo i higiena pracy

Zagwarantowanie bezpiecznej pracy jest warunkiem koniecznym do zapewnienia pacjentom bezpiecznego pobytu. Służby BHP dbają zatem, aby nasz personel był w tym obszarze odpowiednio przeszkolony. Wdrożony w Szpitalu System Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy wzmacnia zachowania pracowników zapewniające wymagany poziom ochrony zdrowia i życia przed zagrożeniami występującymi w środowisku pracy. Szczególnej obserwacji i ocenie podlegają wypadki przy pracy, ekspozycje zawodowe, zranienia czy ochrona przed promieniowaniem radiologicznym i nuklearnym.

VI. Bezpieczeństwo środowiska

Szpital nie tylko dba o bezpieczeństwo pacjentów, osób odwiedzających i pracowników, ale jako organizacja odpowiedzialna społecznie zarządza swoimi działaniami i usługami minimalizując negatywne oddziaływanie na środowisko naturalne. Niewłaściwa gospodarka odpadami, w tym przede wszystkim medycznymi może skutkować powstaniem zagrożenia dla całego ekosystemu. Wdrożony System Zarządzania Środowiskowego pozwala nam nie tylko odpowiedzialnie i świadomie wpływać na oddziaływanie na środowisko naturalne w zakresie gospodarki odpadami, ale również w zakresie wykorzystania do działalności zasobów naturalnych takich jak woda czy energia.

Strategia Szpitala oparta jest na następujących celach głównych:

	Poprawa Jakości.	PJ1	
		strona	6 z 9
		edycja	01
		data wydania	06.05.2015
W SZPITALU OPRACOWANO PROGRAM DZIAŁAŃ DLA POPRAWY JAKOŚCI.			

I. ORIENTACJA NA PACJENTA I JEGO POTRZEBY

Wszyscy pracownicy Szpitala są zaangażowani w obserwację i ocenę procesów tworzących udzielanie świadczeń medycznych, ich modyfikowanie pod kątem optymalnej poprawy stanu zdrowia pacjenta, poprawy poziomu jakości i spełnienia jego oczekiwań.

Ten cel ma zostać osiągnięty poprzez:


1. zapewnienie Pacjentom kompleksowej, sprawnej opieki odpowiadającej dobrej praktyce medycznej
2. stałe rozpoznawanie oczekiwań i problemów Pacjentów poprzez prowadzenie badania satysfakcji Pacjentów podczas ich pobytu w Szpitalu
3. stałe rozpoznawanie potrzeb edukacyjnych pacjentów
4. program poprawy jakości opieki medycznej poprzez profilaktykę zakażeń
5. program bezpiecznej praktyki medycznej, zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych
6. przestrzeganie Praw Pacjenta

II. UDZIAŁ KADRY SZPITALNEJ W POPRAWIE POZIOMU JAKOŚCI

Dzięki systematycznemu doskonaleniu zawodowemu, wykwalifikowany personel planuje i realizuje procesy: diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne - w oparciu o obowiązujące standardy, tym samym bierze czynny udział w wyznaczonej misji Szpitala.

Aby sprostać wyzwaniom związanym z realizacją tego celu Szpital wyznaczył sobie szczegółowe cele operacyjne:

1. racjonalny dobór pracowników
2. program adaptacji nowych pracowników
3. dbanie o stałe podnoszenie kwalifikacji pracowników poprzez prowadzenie systematycznych szkoleń zgodnie z przygotowanymi rocznymi planami szkoleń
4. prowadzenie programu oceny kwalifikacji i aktywności zawodowej pracowników
5. identyfikacja pracowników z Misją Szpitala

	Poprawa Jakości.	PJ1	
		strona	7 z 9
		edycja	01
		data wydania	06.05.2015
W SZPITALU OPRACOWANO PROGRAM DZIAŁAŃ DLA POPRAWY JAKOŚCI.			


6. udział pracowników w procesie badania satysfakcji pacjentów
7. badanie satysfakcji pracowników
8. włączenie pracowników w prace zespołów ds. jakości
9. włączenie pracowników w planowanie i realizację działań projakościowych
10. odpowiedzialność pracownika za prowadzenie dokumentacji medycznej w części obowiązującej daną grupę zawodową i za zgodność zapisów ze stanem faktycznym

III. KOMPLEKSOWE ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ

Zarządzanie jakością w Szpitalu odbywa się w oparciu o kompleksowy, zorganizowany proces polegający na planowaniu, opracowywaniu, wdrażaniu, kontrolowaniu, modyfikowaniu - doskonaleniu i dokumentowaniu.

W celu zapewnienia kompleksowego zarządzania jakością Szpital pragnie realizować następujące koncepcje:

1. dążenie w kierunku podnoszenia kwalifikacji personelu w celu zwiększania konkurencyjności Szpitala w dziedzinie pulmonologii, dzięki stosowaniu uznanych oraz innowacyjnych technologii medycznych, wysokokwalifikowanej kadrze medycznej oraz nowoczesnego sprzętu medycznego.
2. otrzymanie i stałe doskonalenie systemu jakości zgodnie z wymogami standardów akredytacyjnych i utrzymanie certyfikatu nadanego przez Ministra Zdrowia,
3. kontynuacja działalności interdyscyplinarnego Zespołu ds. Jakości,
4. świadczenie usług medycznych w oparciu o opracowany katalog standardów i procedur oraz praca nad kolejnymi,
5. monitorowanie i analizowanie świadczeń w zakresie kontraktu z NFZ pod kątem dostępności do najbardziej poszukiwanych usług, podejmowanie działań na rzecz zwiększenia kontraktu,
6. przygotowanie do wdrażania komputerowego programu rozliczeń procedur rachunku kosztów leków i materiałów medycznych na pacjenta ,

	Poprawa Jakości.	PJ1	
		strona	8 z 9
		edycja	01
		data wydania	06.05.2015
W SZPITALU OPRACOWANO PROGRAM DZIAŁAŃ DLA POPRAWY JAKOŚCI.			


7. dostosowanie Szpitala do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej zgodnie z wymogiem ustawy z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
8. utrzymanie i stałe doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością wg normy ISO 9001:2015 w zakresie specjalistycznego leczenia szpitalnego, specjalistycznych usług ambulatoryjnych, diagnostyki laboratoryjnej i radiologicznej

IV. ROZWÓJ INFRASTRUKTURY

Poprzez rozwój, unowocześnienie i modernizację posiadanej infrastruktury, jej wyposażenie w nowoczesną bazę diagnostyczną, Szpital dąży do realizacji procesu leczenia pacjentów w najbezpieczniejszych warunkach techniczno - lokalowych, o odpowiednich walorach jakościowych, przy uwzględnieniu obowiązujących przepisów prawnych w tym zakresie (w szczególności rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą).

Jako priorytet w realizacji tego celu przyjęto:

1. przebudowę i rozbudowę Wojewódzkiego Specjalistycznego ZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza – rok 2018 opracowano projekt rozbudowy;
2. rozbudowa ma umożliwić powstanie oddziału rehabilitacji kardiologicznej oraz zwiększyć ilość łóżek oddziału rehabilitacji pulmonologicznej do 25 łóżek, co da możliwość skrócenia czasu oczekiwania na usługę do 3 miesięcy;
3. dokończenie II etapu modernizacji hydroforni celem zakończenia prac stacji uzdatniania wody, a tym samym poprawę jakości wody
4. modernizacja systemu przywoławczego,
5. poprawę warunków lokalowych poprzez nakłady inwestycyjne na prace remontowo - budowlane, a tym samym poprawę intymności pacjentów,
6. unowocześnianie bazy sprzętowej - medycznej, informatycznej i technicznej,

	Poprawa Jakości.	PJ1	
		strona	9 z 9
		edycja	01
		data wydania	06.05.2015
W SZPITALU OPRACOWANO PROGRAM DZIAŁAŃ DLA POPRAWY JAKOŚCI.			

7. pozostałe prace modernizacyjno - remontowe oraz zakupy sprzętów i wyposażenia w celu dostosowania szpitala do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Dyrekcja Szpitala ustanowiła cele jakościowe

Dla wypełnienia misji Szpitala dyrekcja wytyczyła skonkretyzowane cele, których realizacja odbywa się w oparciu o zasady zawarte w obowiązujących standardach i procedurach medycznych. Działalność kadry szpitalnej ukierunkowana jest na świadczenie usług medycznych i pielęgnacyjnych o wysokiej jakości, przy równoczesnym wykorzystaniu najnowszych osiągnięć wiedzy medycznej wszystkich specjalistów w przebiegu ich pracy zawodowej.

Załączniki:

Załącznik nr. 1 - Cele ustanowione na 2019 r w ramach Programu Akredytacji WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/ Kalisza

Cele ustanowione na 2019 r w ramach Programu Akredytacji WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/ Kalisza

Cel	Cel operacyjny	Miara / wskaźnik pożądaný	Zadania	Zasoby	Osoby odpowiedzialne za realizację	Ryzyko dla przedsięwzięcia	Cena skuteczności
<p>ORIENTACJA NA PACJENTA I JEGO POTRZEBY</p> <p>Zapewnienie pacjentom jak najlepsze poczucie bezpieczeństwa i komfortu podczas korzystania ze świadczeń medycznych w naszej placówce.</p> <p>Dążenie do uzyskania maksymalnego zadowolenia pacjentów i zaspokojenia ich oczekiwań.</p>	<p>Wskaźnik zwrotu ankiet satysfakcji i zadowolenia pacjentów korzystających z usług WSZZOZ w Wolicy k/ Kalisza</p>	<p>Minimum 90% zwrotu ankiet satysfakcji pacjenta oceniających jednostkę, wypełnianych przez pacjentów Szpitala</p> <p>Objęcie badaniem satysfakcji pacjenta min 10% ogólnej liczby pacjentów korzystających z usług Szpitala w 2019 r.</p> <p>Wskaźnik zgłoszonych zdarzeń niepożądanych w roku - powyżej 10 przypadków</p>	<p>Organizacja badań ankietowych (opracowanie narzędzia/publikacja ankiety/ analiza pozyskanego materiału badawczego)</p> <p>Systematyczne monitorowanie i dokumentowanie zdarzeń uznawanych jako zdarzenia niepożądane w procesie hospitalizacji. Uświadamianie pracowników o konieczności zgłaszania każdego przypadku zdarzenia niepożądanego</p>	<p>W ramach bieżącej działalności Szpitala</p> <p>W ramach bieżącej działalności Szpitala</p> <p>W ramach bieżącej działalności Szpitala</p>	<p>Natalia Bartczak - Petnomocnik ds. Praw pacjenta</p> <p>Krzysztof Szubert - przewodniczący Zespołu ds. zdarzeń niepożądanych</p> <p>Cezary Czerewkiewicz Kierownik Działu Organizacyjno - Prawnego</p>	<p>1. Zawodność/ narzędzia badawczego - ryzyko nieprecyzyjnych pytań. 2. Brak pozyskanego materiału badawczego/ chęci wypełniania przez pacjentów zamieszczonych ankiet (zbyt mała liczba ankiet - niereprezentatywna grupa)</p> <p>Marginalizowanie przez personel szpitala obowiązku dokumentowania zdarzeń jakże w procesie hospitalizacji pacjentów można by uznać jako zdarzenia niepożądane</p> <p>Z uwagi na dużą ilość zadań organizacyjnych, nieterminowe (niezgodne z kodeksem KPA) udzielenie odpowiedzi/ informacji zwrotnej dla pacjenta</p>	<p>Grudzień 2019r./</p> <p>Grudzień 2019r.</p> <p>Grudzień 2019r.</p>
		<p>0% reklamacji/skarg pacjentów złożonych formalnie do Dyrektora Szpitala</p>	<p>1. Rejestracja reklamacji/skarg</p> <p>2. Analiza przedmiotu sprawy/ ustalenie właściwego stanowiska</p> <p>3. Udzielenie odpowiedzi zwrotnej pacjentowi</p>				

WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY ZZOZ CHORÓB PŁUC I GRUŻLICY W WOLICY K/ KALISZA

<p>Minimalizacja ryzyka dla pacjenta - Proces diagnostyczny - terapeutyczny Pielęgnacyjno - opiekuńczy</p>	<p>Otrzymanie wyższego ryczałtu w ramach NFZ</p>	<p>Otrzymanie akredytacji CMJ w Krakowie</p>	<p>Przystąpienie do programu wsparcia szpitali przy wdrożeniu standardów akredytacyjnych realizowanego ze środków1) unijnych</p>	<p>W ramach bieżącej działalności Szpitala</p>	<p>Ewa Zalc-Budziszewska - z-ca dyrektora ds. lecznictwa Urszula Dytfeld - koordynator wdrażania standardów akredytacyjnych Anna Gulska - Petnomocnik ds. SZJ</p>	<p>1., Nie osiągnięcie wymaganej ilości punktów akredytacyjnych 2. Brak zaangażowania personelu</p>	<p>Lipiec 2019 r.</p>
<p>Zapobieganie zakażeniom szpitalnym - Proces diagnostyczny - terapeutyczny Pielęgnacyjno - opiekuńczy</p>	<p>Zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów</p>	<p>Systematyczny wzrost liczby badania dezynfekcji rąk na 1 osobodzień Oddział A - do 15 cykli na osobodzień Oddział B - do 18 cykli na osobodzień Oddział C - do 14 cykli na osobodzień</p>	<p>Wzrost liczby badania dezynfekcji rąk na 1 osobodzień</p>	<p>W ramach bieżącej działalności Szpitala</p>	<p>Urszula Dytfeld- Specjalista ds. epidemiologii,</p>	<p>1. Marginalizowanie przez personel szpitala obowiązku dezynfekcji rąk 2. Zmiana środka dezynfekcyjnego z żelowy na płyn 3. Brak możliwości zwiększenia podajników żelowych</p>	<p>Grudzień 2019r./</p>
<p>Zapobieganie zakażeniom szpitalnym - Proces diagnostyczny - terapeutyczny Pielęgnacyjno - opiekuńczy</p>	<p>Wzrost odsetek posiewów wykonanych pacjentom hospitalizowanym - Skuteczna diagnostyka mikrobiologiczna umożliwia wybór optymalnej antybiotykoterapii, zapobieganie zakażeniom szpitalnym</p>	<p>Monitorowanie zlecanych badań mikrobiologicznych (flora nieswoista) - liczba wykonanych posiewów 2400</p>	<p>Wskazania do wykonywania badań mikrobiologicznych mogą ulegać zmianie w zależności od wywiadu pacjenta wskazującego na ryzyko zakażenia drobnoustrojami,</p>	<p>W ramach bieżącej działalności Szpitala</p>	<p>Ordynator Oddziału Lekarz prowadzący</p>	<p>1. Marginalizowanie przez personel szpitala zlecenia wykonania posiewu 2. Błąd przedlaboratoryjny</p>	<p>Grudzień 2019r.</p>
<p>State rozwijanie, modernizowanie oraz optymalizację obecnie posiadanej bazy lokalowej i infrastruktury medycznej.</p>	<p>modernizacja istniejącej infrastruktury technicznej obiektów i pomieszczeń szpitalnych w celu zapewnienia odpowiednich warunków leczenia /modernizacja hydroforni - poprawa jakości wody, malowanie pomieszczeń szpitalnych- poprawa warunków bytowych pacjenta/</p>	<p>Realizacja prac remontowo - modernizacyjnych ujętych w planie modernizacji i prac budowlanych na 2019r. na poziomie 70%</p>	<p>Organizacja i prowadzenie prac remontowo - modernizacyjnych zgodnie z przyjętym planem.</p>	<p>W ramach bieżącej działalności Szpitala</p>	<p>Andrzej Jeżyk Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno- Eksploatacyjnego</p>	<p>Brak środków finansowych dla realizacji prac remontowo - budowlanych ujętych w planie realizacji na 2018 r./2019r.</p>	<p>Grudzień 2019r.</p>

WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY ZZOZ CHORÓB PŁUC I GRUŻLICY W WOLICY K/ KALISZA

<p>Tworzenie zespołu wykwalifikowanych i kompetentnych pracowników otwartych na kształcenie i doskonalenie zawodowe.</p>	<p>Realizacja planu szkoleń i doskonalenia zawodowego przyjętego na 2019r.</p>	<p>Plan szkoleń przyjęty do realizacji zostanie zrealizowany - w przypadku szkoleń zewnętrznych na poziomie co najmniej 60% w stosunku do zaplanowanych, w przypadku szkoleń wewnętrznych na poziomie co najmniej 85%</p>	<p>Zapewnienie środków oraz możliwości organizacyjno - logistycznych uczestnictwa w szkoleniach</p>	<p>W ramach bieżącej działalności Szpitala</p>	<p>Elzbieta Raniś - Nowicka - pracownik Działu Kadr</p>	<p>Brak środków finansowych Brak sali do prowadzenia szkoleń Był wysokie koszty usług doradczych w zakresie systemów okresowych ocen pracowników</p>	<p>Grudzień 2019r.</p>
<p>Rozwijanie poprzez prowadzenie szkoleń i komunikacji wewnętrznej, poziomu świadomości kadry kierowniczej, pracowników, podwykonawców i dostawców w celu znajomości obowiązujących przepisów prawnych</p>	<p>Szkolenie kadry kierowniczej Szpitala dot. aktualnych przepisów prawa a tym samym podniesienie umiejętności właściwego nadzorowania i monitorowania zasad wynikających z Programu Akredytacji Szpitala i aktualnych przepisów prawnych w podległych im obszarach</p>	<p>100% kadry kierowniczej zostanie objętych dostępem do systemu prawniczego LEX . 100 % kadry kierowniczej zostanie przeszkolone w zakresie obsługi systemu LEX - dostęp do systemu</p>	<p>Opracowanie narzędzi w ramach SOOP / system szkoleń w zakresie wypracowanych rozwiązań/ wdrożenie systemu/ motywacja pracowników</p>	<p>W ramach bieżącej działalności Szpitala</p>	<p>Anna Gulska- Pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością Aleksander Schliender - Specjalista informatyk</p>	<p>Brak możliwości zebrania wszystkich pracowników (kadra kierownicza) w jednym czasie</p>	<p>Grudzień 2019r. Styczeń 2019r.</p>

Wolica, 06-05-2019r.

Sporządził: Anna Gulska - Pełnomocnik ds. SZJ

Zatwierdził : Lek. Stawomir Wysocki - Dyrektor