

	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU	
	PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI NAD PACJENTEM	PJ 1
		Strona 1 z 4

OBSZAR: PRACOWNIA ENDOSKOPII PRZEWODU POKARMOWEGO

OKRES REALIZACJI: 2026–2027

I. WSTĘP

Zapewnienie wysokiej jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem poddawany procedurom endoskopowym stanowi jeden z podstawowych elementów działalności nowoczesnej pracowni endoskopowej. Badania endoskopowe przewodu pokarmowego, zarówno diagnostyczne, jak i terapeutyczne, wymagają zachowania najwyższych standardów organizacyjnych, technicznych i klinicznych.

Zgodnie z rekomendacjami European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG), Narodowego Programu Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego oraz standardami akredytacyjnymi Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, konieczne jest prowadzenie ciągłego monitorowania jakości wykonywanych procedur, oceny wyników leczenia oraz wdrażania działań doskonalących.

Program ma na celu stworzenie systemu zapewnienia jakości obejmującego wszystkie etapy opieki nad pacjentem: od kwalifikacji do badania, poprzez wykonanie procedury, aż do opieki po badaniu i analizy wyników jakościowych.

II. UZASADNIENIE WYBORU OBSZARU

Pracownia Endoskopii wykonuje procedury o podwyższonym ryzyku wystąpienia powikłań, takich jak krwawienie, perforacja przewodu pokarmowego, powikłania sedacji, zakażenia związane z procedurami medycznymi czy błędy identyfikacji pacjenta.

Jednocześnie jakość badań endoskopowych bezpośrednio wpływa na skuteczność diagnostyki nowotworów przewodu pokarmowego, wykrywalność zmian przednowotworowych oraz efektywność leczenia endoskopowego.

Analiza funkcjonowania pracowni wskazuje na potrzebę systematycznego monitorowania wskaźników jakościowych, standaryzacji procedur, doskonalenia kompetencji personelu oraz wzmacniania kultury bezpieczeństwa pacjenta.

III. CEL GŁÓWNY PROGRAMU

Zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów oraz poprawa jakości świadczeń realizowanych w Pracowni Endoskopii poprzez wdrożenie systemu monitorowania jakości zgodnego z aktualnymi wytycznymi ESGE, PTG oraz wymaganiami akredytacyjnymi CMJ.

	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU	
	PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI NAD PACJENTEM	PJ 1
		Strona 2 z 4

IV. CELE SZCZEGÓŁOWE

1. Poprawa bezpieczeństwa pacjentów poddawanych procedurom endoskopowym.
2. Zmniejszenie liczby powikłań.
3. Zapewnienie właściwej kwalifikacji pacjentów do badań i sedacji.
4. Poprawa jakości przygotowania pacjentów do kolonoskopii.
5. Poprawa skuteczności wykrywania zmian nowotworowych i przednowotworowych.
6. Zwiększenie kompletności dokumentacji medycznej.
7. Utrzymanie wysokiego poziomu dekontaminacji sprzętu endoskopowego.
8. Doskonalenie kompetencji zawodowych personelu.
9. Wzrost satysfakcji pacjentów.
10. Rozwijanie kultury jakości i bezpieczeństwa wśród personelu.

V. MIERNIKI JAKOŚCI

A. WSKAŹNIKI KLINICZNE

1. Odsetek osiągnięcia kątnicy podczas kolonoskopii:
Cel $\geq 95\%$.
2. Wskaźnik wykrywalności gruczolaków (ADR):
Cel zgodny z aktualnymi wytycznymi ESGE.
3. Odsetek odpowiedniego przygotowania jelita:
Cel $\geq 90\%$.
4. Odsetek pełnej dokumentacji fotograficznej:
Cel $\geq 95\%$.
5. Odsetek kompletnych opisów badań:
Cel $\geq 95\%$.

B. WSKAŹNIKI BEZPIECZEŃSTWA

1. Liczba perforacji przewodu pokarmowego.
2. Liczba krwawień wymagających interwencji.
3. Liczba powikłań związanych z sedacją.
4. Liczba hospitalizacji po badaniu związanych z procedurą.

C. WSKAŹNIKI ORGANIZACYJNE

1. Odsetek personelu objętego szkoleniami.
2. Liczba przeprowadzonych audytów.
3. Terminowość przeglądów sprzętu.
4. Terminowość walidacji procesów dekontaminacji.

	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU	
	PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI NAD PACJENTEM	PJ 1
		Strona 3 z 4

VI. DZIAŁANIA DOSKONALĄCE

1. Aktualizacja procedur medycznych i organizacyjnych.
2. Standaryzacja formularzy zgody pacjenta.
3. Wdrożenie listy kontrolnej bezpieczeństwa przed badaniem.
4. Wdrożenie listy kontrolnej po zakończeniu procedury.
5. Standaryzacja dokumentacji fotograficznej.
6. Audyty wewnętrzne dokumentacji medycznej.
7. Monitorowanie skuteczności działań korygujących.
8. Regularne szkolenia lekarzy i pielęgniarek.
9. Doskonalenie zasad komunikacji z pacjentem.

VII. HARMONOGRAM REALIZACJI

I KWARTAL

- Analiza stanu wyjściowego.
- Ustalenie wskaźników jakości.
- Aktualizacja procedur.

II KWARTAL

- Szkolenia personelu.
- Wdrożenie list kontrolnych.
- Rozpoczęcie monitorowania wskaźników.

III KWARTAL

- Audyt wewnętrzny.
- Analiza wyników jakościowych.
- Wdrożenie działań korygujących.

IV KWARTAL

- Ocena skuteczności programu.
- Raport końcowy.
- Opracowanie programu na kolejny rok.

VIII. OSOBY ODPOWIEDZIALNE

1. Kierownik Pracowni Endoskopii – nadzór merytoryczny.
2. Pielęgniarka koordynująca – nadzór organizacyjny.
3. Kierownik Działu Zarządzania Jakością – monitorowanie realizacji programu.
4. Lekarze wykonujący procedury – monitorowanie wskaźników jakości klinicznej.
5. Personel pielęgniarski – realizacja procedur bezpieczeństwa.

	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU	
	PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI NAD PACJENTEM	PJ 1
		Strona 4 z 4

IX. SPOSÓB MONITOROWANIA

1. Comiesięczna analiza wskaźników jakości.
2. Kwartalne spotkania Zespołu ds. Jakości.
3. Audyty dokumentacji medycznej.
4. Audyty procesu dekontaminacji endoskopów.

X. KRYTERIA OCENY SKUTECZNOŚCI PROGRAMU

Program uznaje się za skuteczny w przypadku:

- osiągnięcia co najmniej 90% założonych wskaźników jakości,
- zmniejszenia liczby powikłań z porównaniu z rokiem poprzednim,
- uzyskania dodatnich wyników audytów wewnętrznych,
- utrzymania zgodności z wytycznymi ESGE i PTG.

XI. PODSUMOWANIE

Realizacja programu poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem w Pracowni Endoskopii ma na celu stworzenie trwałego systemu zarządzania jakością opartego na monitorowaniu wskaźników, analizie ryzyka, edukacji personelu oraz ciągłym doskonaleniu procesów klinicznych i organizacyjnych. Program stanowi element strategii zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz utrzymania najwyższych standardów wykonywania procedur endoskopowych.

Eryk Bella
lekarz
337158
Eryk Bella
.....
opracował

Dyrektor: Sylvia Sobczak Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w TORUNIU <i>dr Sylvia Sobczak</i> Podpis i pieczęć	Naczelny Lekarz: Marek Jackowski Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego <i>Jackowski</i> Podpis i pieczęć	Kierownik Działu Zarządzania Jakością: Alicja Górniewicz Kierownik Działu Zarządzania Jakością <i>Alicja Górniewicz</i> Podpis i pieczęć
---	---	--