



Kraśnik, dn. 17.07.2025

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTÓW

„PACJENT W CENTRUM UWAGI”

Poprawa podejścia personelu, komunikacji i empatii

Okres realizacji: II połowa 2025 – 2027

1. Uzasadnienie programu

Analiza skarg pacjentów z I połowy 2025 roku wskazuje, że istotnym problemem nie są wyłącznie błędy organizacyjne, ale **postawy personelu wobec pacjentów i ich rodzin**: brak empatii, niewystarczające wyjaśnienia, bagatelizowanie objawów, nieprofesjonalne komentarze, niska kultura komunikacji, poczucie odsyłania i pozostawienia pacjenta bez wsparcia.

Skargi dotyczyły m.in. SOR, oddziałów szpitalnych oraz procesu wypisu i transportu pacjenta.

Sytuacje te generują:

- 1) ryzyko kliniczne,
- 2) eskalację konfliktów,
- 3) utratę zaufania,
- 4) skargi do RPP i roszczenia finansowe.

2. Cel główny programu

Poprawa jakości relacji personel–pacjent poprzez rozwój kompetencji komunikacyjnych i empatycznych personelu oraz zmniejszenie liczby skarg dotyczących zachowania personelu o minimum 40% do końca 2027 roku.

3. Cele szczegółowe

1. Podniesienie kompetencji personelu w zakresie:
 - 1) empatii klinicznej,
 - 2) komunikacji z pacjentem i rodziną,
 - 3) przekazywania trudnych informacji,
 - 4) radzenia sobie z emocjami pacjenta i własnymi.
2. Ujednolicenie standardów zachowania wobec pacjenta.
3. Zmniejszenie liczby skarg dotyczących:
 - 1) lekceważenia pacjenta,
 - 2) niewłaściwych wypowiedzi,
 - 3) braku informacji.

4. Wzmocnienie kultury bezpieczeństwa i szacunku.

4. Zakres programu

Program obejmuje:

- 1) lekarzy,
- 2) pielęgniarki,
- 3) ratowników medycznych,
- 4) rejestrację medyczną,
- 5) personel pomocniczy mający kontakt z pacjentem.

W szczególności oddziały i komórki, z których pochodziły skargi (m.in. SOR, oddziały zabiegowe, rejestracje, oddziały łóżkowe).

5. Główne filary programu

FILAR I – SZKOLENIA Z EMPATII I KOMUNIKACJI

Obowiązkowe szkolenia dla całego personelu mającego kontakt z pacjentem:

Zakres tematyczny:

- 1) empatia w praktyce klinicznej,
- 2) „pierwsze 3 minuty kontaktu z pacjentem”,
- 3) jak mówić, by pacjent czuł się bezpieczny,
- 4) jak przekazywać trudne decyzje i odmowy,
- 5) reakcje na złość, lęk, roszczeniowość,
- 6) komunikacja w SOR i sytuacjach przeciążenia,
- 7) błędy komunikacyjne – czego unikać,
- 8) prawa pacjenta i odpowiedzialność personelu,
- 9) wpływ słów i postawy na eskalację skarg.

Forma:

- 1) warsztaty (case studies z realnych skarg),
- 2) e-learning uzupełniający.

Częstotliwość:

- 1) start: II połowa 2025 – przeszkolenie min. 70% personelu,
- 2) 2026 – szkolenia uzupełniające i dla nowych pracowników,
- 3) 2027 – szkolenia przypominające.

FILAR II – STANDARD „EMPATYCZNY KONTAKT Z PACJENTEM”

Opracowanie i wdrożenie wewnętrznych procedur, obejmujących m.in.:

- 1) przedstawienie się pacjentowi,
- 2) wysłuchanie bez przerywania,

- 3) nazwanie emocji pacjenta,
- 4) jasne wyjaśnienie decyzji,
- 5) sprawdzenie, czy pacjent rozumie,
- 6) informowanie o dalszych krokach,
- 7) kulturalne zamknięcie kontaktu.

FILAR III – ANALIZA SKARG JAKO NARZĘDZIE EDUKACYJNE

- 1) Każda skarga dotycząca zachowania personelu:
 - 1) omawiana w Zespole ds. Jakości,
 - 2) analizowana pod kątem komunikacji i postawy.
- 2) Co kwartał:
 - 1) anonimowe omówienia przypadków,
 - 2) wnioski przekazywane oddziałom.
- 3) Wykorzystanie realnych przykładów w szkoleniach.

FILAR IV – WSPARCIE PERSONELU

Program nie tylko „kontrolny”, ale rozwojowy:

- 1) możliwość konsultacji z psychologiem / trenerem komunikacji,
- 2) warsztaty radzenia sobie ze stresem i wypaleniem,
- 3) szkolenia dla kadry kierowniczej z prowadzenia rozmów korygujących,
- 4) wprowadzenie zasady: „trudny pacjent ≠ trudny człowiek”.

6. Harmonogram

II połowa 2025

- 1) zatwierdzenie programu,
- 2) wybór trenerów / firmy szkoleniowej,
- 3) opracowanie standardu empatycznego kontaktu,
- 4) rozpoczęcie szkoleń pilotażowych (SOR, izby przyjęć).

2026

- 1) objęcie szkoleniami wszystkich oddziałów,
- 2) kwartalne raporty skarg,
- 3) korekty programu,
- 4) szkolenia dla kadry kierowniczej.

2027

- 1) szkolenia przypominające,
- 2) ocena skuteczności,
- 3) ankiety satysfakcji pacjentów,
- 4) raport końcowy i decyzja o kontynuacji.

7. Wskaźniki monitorowania

- 1) liczba skarg dotyczących zachowania personelu
- 2) liczba skarg przekazanych do RPP
- 3) % personelu przeszkolonego
- 4) wyniki ankiet satysfakcji pacjentów
- 5) liczba interwencji kierowniczych z powodu komunikacji

Raportowanie: pół roku do Dyrekcji i Zespołu ds. Jakości.

8. Odpowiedzialność

- 1) Dyrekcja – patronat i zasoby
- 2) Zespół ds. jakości – analiza skarg, raportowanie, organizacja szkoleń
- 3) Ordynatorzy i pielęgniarki oddziałowe – egzekwowanie standardów
- 4) psycholog – realizacja szkoleń

9. Oczekiwane efekty

- 1) poprawa relacji personel–pacjent
- 2) wzrost zaufania pacjentów
- 3) zmniejszenie liczby skarg
- 4) lepsza atmosfera pracy
- 5) ograniczenie ryzyka prawnego i wizerunkowego

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku
mgr Maria Słota

Pełnomocnik Dyrektora
ds. Jakości
mgr Honorata Chomicka-Kruk 4