



Kraśnik, dn. 17.07.2025

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTÓW

Ograniczenie liczby upadków pacjentów

Okres realizacji: lata 2025 – 2027

1. Uzasadnienie programu

Analiza zdarzeń niepożądanych za I półrocze 2025 wykazała, że **upadki pacjentów były najczęstszym zdarzeniem (44,1%)**, występowały głównie w **salach chorych i łazienkach**, dotyczyły w dużej mierze pacjentów w wieku podeszłym, z zaburzeniami orientacji, po lekach wpływających na świadomość i ciśnienie tętnicze.

niepożądane I połowa 2025 roku

Zdarzenia te generują ryzyko urazów, wydłużenia hospitalizacji, powikłań oraz roszczeń prawnych.

2. Cel główny programu

Zmniejszenie liczby upadków pacjentów o minimum 30% do końca 2027 roku (w odniesieniu do danych bazowych z I półrocza 2025).

3. Cele szczegółowe

- 1) Wprowadzenie jednolitego systemu monitorowania ryzyka upadku u 100% pacjentów.
- 2) Standaryzacja działań profilaktycznych zależnych od poziomu ryzyka.
- 3) Uwzględnienie **farmakoterapii** jako obowiązkowego elementu oceny ryzyka.
- 4) Oznakowanie pacjentów opaskami według stopnia ryzyka.
- 5) Ograniczenie liczby upadków z urazem o min. **50%**.
- 6) Poprawa nadzoru i odpowiedzialności personelu.

4. Zakres programu

Program obejmuje wszystkie oddziały szpitalne oraz pracownie, w których przebywają pacjenci hospitalizowani.

5. System monitoringu ryzyka upadku

5.1. Ocena ryzyka – obowiązkowo:

- 1) przy przyjęciu pacjenta

- 2) po każdym upadku
- 3) po zmianie stanu klinicznego
- 4) po modyfikacji farmakoterapii (leki uspokajające, nasenne, hipotensyjne, przeciwbólowe, psychotropowe)

Ocena obejmuje m.in.:

- 1) wiek i sprawność ruchową,
- 2) stan świadomości i orientację,
- 3) choroby neurologiczne, omdlenia, niedociśnienie,
- 4) farmakoterapię,
- 5) potrzebę asysty przy przemieszczaniu się.

6. System oznaczania pacjentów

- 1) **Opaska czerwona – wysokie ryzyko upadku**
- 2) **Opaska żółta – średnie ryzyko upadku**
- 3) **Brak opaski – brak istotnego ryzyka**

Oznaczenie musi być widoczne i odnotowane w dokumentacji.

7. Standard postępowania według poziomu ryzyka

WYSOKIE RYZYKO (opaska czerwona)

- 1) obowiązkowa asysta przy wstawaniu i toalecie
- 2) dzwonek zawsze w zasięgu ręki
- 3) łóżko w najniższym położeniu, barierki, maty antypoślizgowe
- 4) kontrola pacjenta minimum co 1–2 godziny
- 5) analiza farmakoterapii przez lekarza
- 6) odnotowanie interwencji w dokumentacji

ŚREDNIE RYZYKO (opaska żółta)

- 1) instruktaż pacjenta
- 2) pomoc przy przemieszczaniu według oceny pielęgniarki
- 3) kontrola co 2–3 godziny
- 4) wzmożona obserwacja po lekach

BRAK RYZYKA

- 1) standardowy nadzór
- 2) ponowna ocena przy każdej zmianie stanu

8. Działania organizacyjne

- 1) Powołanie **koordynatora ds. profilaktyki upadków**.
- 2) Opracowanie **karty obserwacji pacjenta z ryzykiem upadku**.
- 3) Przeglądy środowiska: łazienki, oświetlenie nocne, poręczce, łóżka.

- 4) Stała współpraca lekarz–pielęgniarka–farmaceuta.

9. Harmonogram

I połowa 2025

- 1) zatwierdzenie programu
- 2) szkolenia personelu
- 3) wdrożenie kart oceny i opasek

II połowa 2025

- 1) monitoring ilości upadków

lata 2026- 2027

- 1) utrwalenie procedur
- 2) porównanie z danymi bazowymi
- 3) raport końcowy
- 4) decyzja o kontynuacji / rozszerzeniu programu

10. Wskaźniki monitorowania

- 1) liczba upadków / 1000 osobodni
- 2) liczba upadków z urazem
- 3) % pacjentów z udokumentowaną oceną ryzyka
- 4) % pacjentów oznakowanych prawidłowo

Raportowanie: co miesiąc do Zespołu ds. Jakości.

11. Odpowiedzialność

- 1) Dyrekcja – nadzór strategiczny
- 2) Zespół ds. jakości – analiza danych
- 3) Ordynatorzy i pielęgniarki oddziałowe – realizacja programu
- 4) Personel medyczny – codzienna profilaktyka i dokumentacja

12. Oczekiwany efekt

- 1) spadek liczby upadków $\geq 30\%$
- 2) poprawa bezpieczeństwa pacjentów
- 3) ograniczenie urazów i powikłań
- 4) poprawa jakości opieki i wizerunku szpitala

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku
mgr Maria Słota

Pełnomocnik Dyrektora
ds. Jakości
mgr Honorata Chomicz-Kruk

