

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ SATYSFAKCJI PACJENTÓW SZPITALA ŚW. ROCHA W OZIMKU W 2025 ROKU

Badanie zostało przeprowadzone we współpracy z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia przy użyciu narzędzia PASAT IKP. Pacjentom udostępniono anonimową ankietę zgodną ze wzorem opublikowanym przez Ministerstwo Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej. Badanie opinii i doświadczeń pacjentów szpitalnych ma charakter ciągły, przeprowadzane jest po wypisie pacjenta lub w dniu wypisu ze Szpitala, w sposób zapewniający swobodę wyrażenia opinii, ankiety są dostępne w wersji elektronicznej oraz papierowej.

Dane uwzględnione w analizie pochodzą z okresu 01.01.2025 do 31.12.2025.

Zwrotnie otrzymaliśmy 995 ankiet na 1998 zakończonych hospitalizacji (nie uwzględniając zakończonych zgonem), co daje **globalną zwrotność dla szpitala 49,8%**

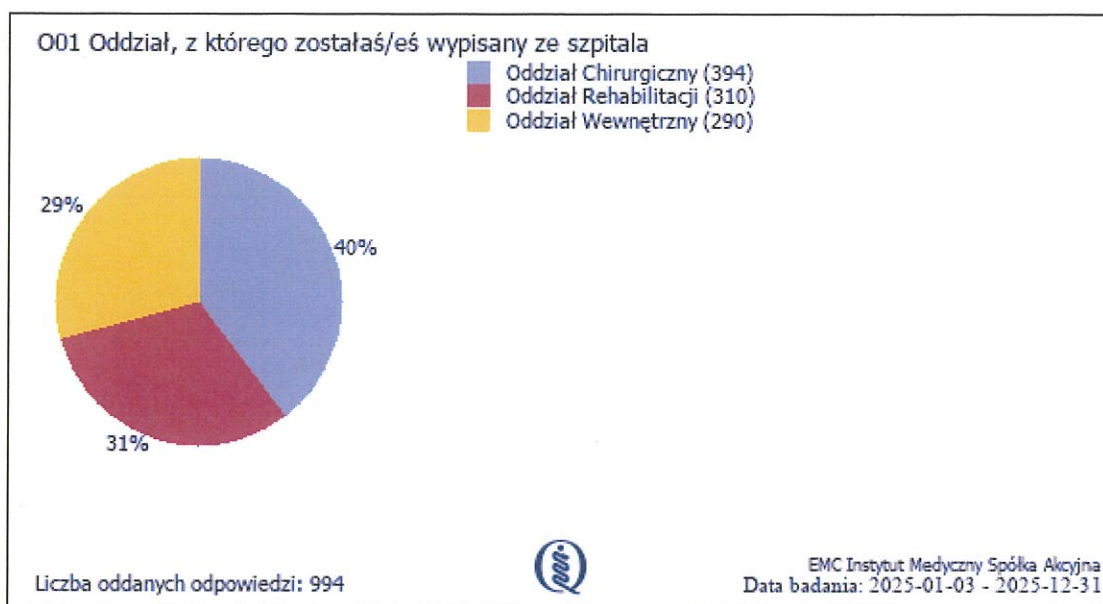
Zwrotność dla poszczególnych oddziałów wyniosła:

Oddział Wewnętrzny – 290 ankiet na 1000 wypisanych daje zwrotność na poziomie około 29%

Oddział Chirurgiczny – 394 ankiety na 597 wypisanych daje zwrotność na poziomie około 66%

Oddział Rehabilitacji - 310 ankiet na 401 wypisanych daje zwrotność na poziomie około 77%

Udział pacjentów poszczególnych oddziałów w badaniu:



Oceny poszczególnych obszarów zostały wyrażone przy użyciu wskaźnika NPS

Wskaźnik NPS mieści się w przedziale od -100 do 100, jego wartości interpretuje się następująco:

- **0-30:** wynik poprawny,
- **30-50:** wynik dobry,
- **50-70:** wynik bardzo dobry,
- **Powyżej 70:** wynik doskonały.

Badanie PASAT IKP obejmowało ocenę następujących elementów doświadczenia pacjenta:

- sprawność procesu przyjęcia do szpitala;
- uwzględnianie zdania pacjenta w procesie leczenia;
- opiekę i zaangażowanie personelu medycznego;
- próby zmniejszania bólu poprzez podanie leków;
- zrozumiałość informacji dotyczących stanu zdrowia i procesu leczenia;
- zrozumiałość zaleceń i informacji dotyczących dalszego leczenia po wypisie;
- wyżywienie;
- czystość sal, korytarzy i łazienek;
- respektowanie praw, szczególnych uprawnień i potrzeb pacjenta;
- prawdopodobieństwo polecenia szpitala rodzinie lub znajomym;
- uwagi pacjentów w pytaniu otwartym.

Analiza jakościowa komentarzy obejmuje Oddział Chirurgiczny, Oddział Rehabilitacji oraz Oddział Wewnętrzny.

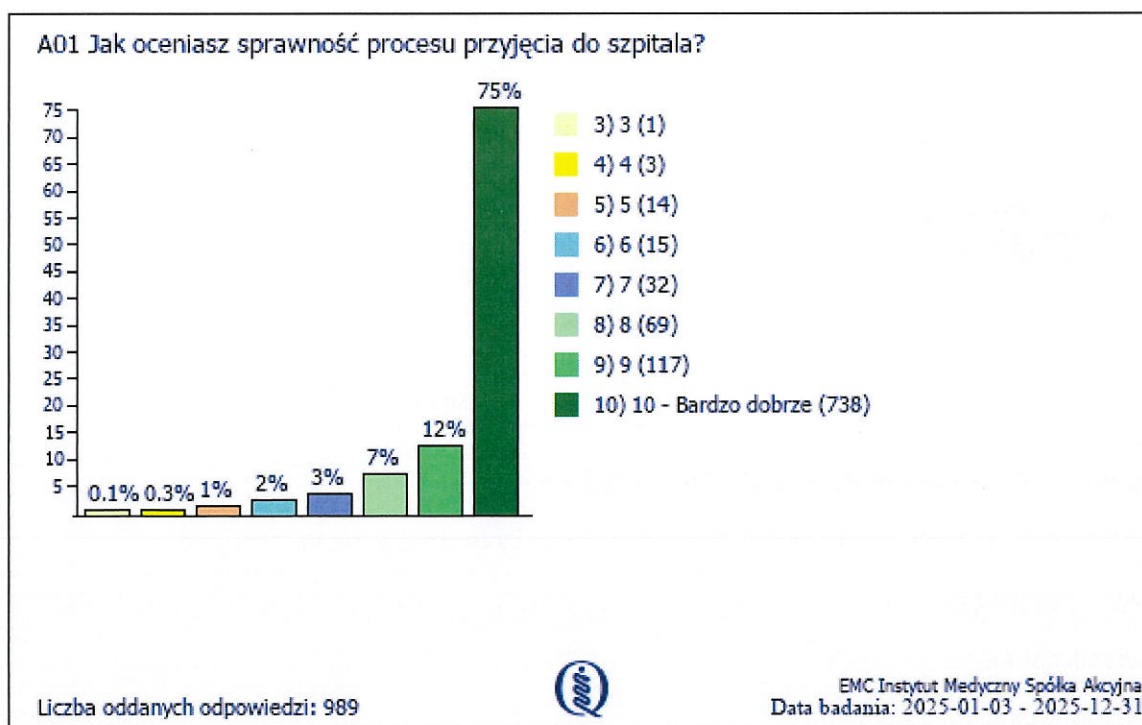
Metodyka analizy i ustalania priorytetów

W analizie uwzględniono powtarzalność uwag, ich występowanie na więcej niż jednym oddziale oraz potencjalny wpływ na bezpieczeństwo, jakość opieki, komfort hospitalizacji i organizację świadczeń.

Raport źródłowy opisuje zastosowanie analizy Pareto-Lorenza do ustalania priorytetów poprawy jakości poprzez kumulowanie nieprzychylnych głosów i wybór kilku problemów, których rozwiązanie może istotnie ograniczyć liczbę negatywnych ocen. W niniejszym opracowaniu wykorzystano tę logikę do uporządkowania działań, bez dopisywania wartości liczbowych niewidocznych w dostępnej treści raportu.

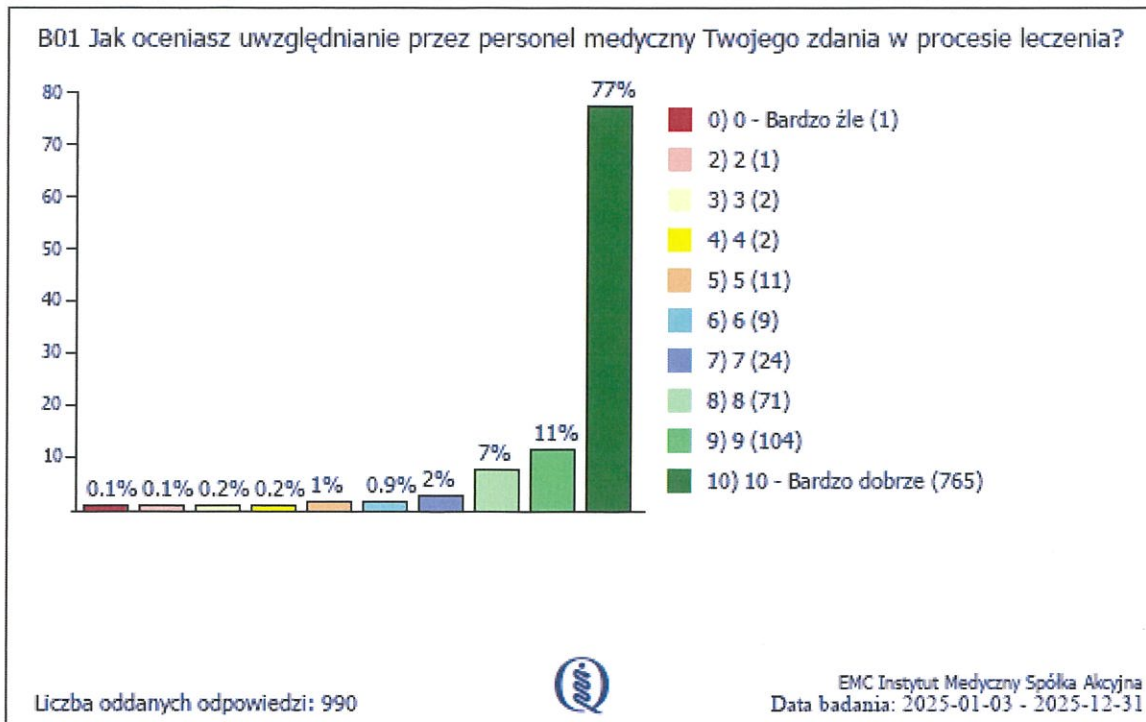
WYNIKI BADANIA

OCENA SPRAWNOŚCI ZAPISU I ORGANIZACJI WIZYT

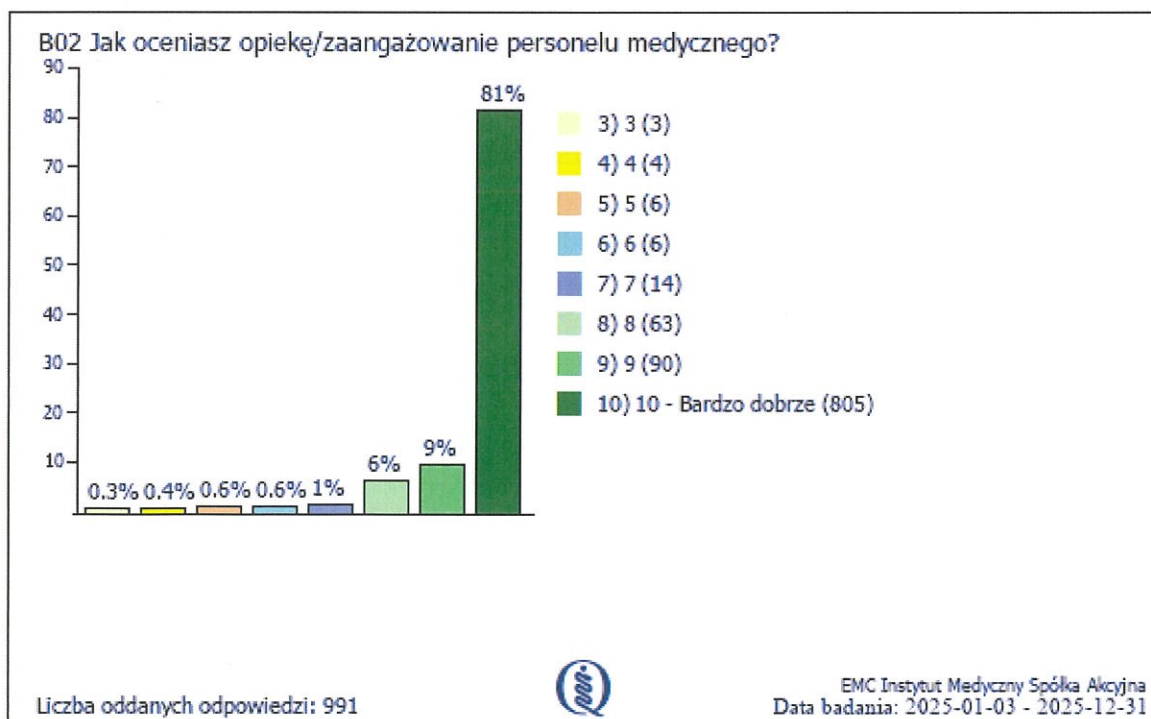


Wskaźnik sprawności przyjęcia (spp): **83,11**

OCENA ZAANGAŻOWANIA PERSONELU MEDYCZNEGO

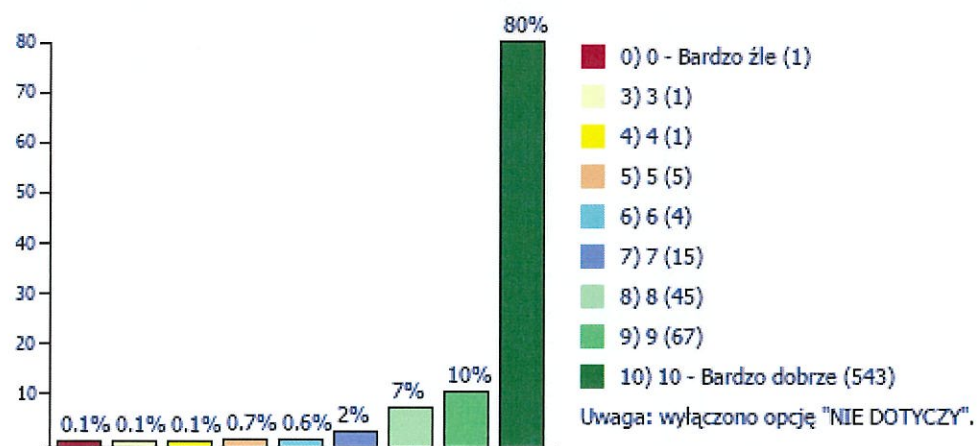


Wskaźnik uwzględnienia zdania pacjenta (uzd): **85,15**



Wskaźnik opieki personelu medycznego (opm): **88.11**

B03 Jak oceniasz próby zmniejszania bólu poprzez podanie leków?



Liczba oddanych odpowiedzi: 682

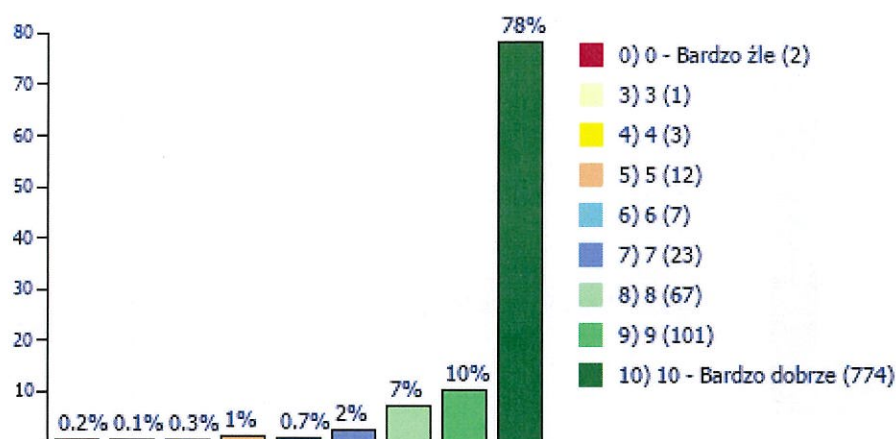


EMC Instytut Medyczny Spółka Akcyjna
Data badania: 2025-01-03 - 2025-12-31

Wskaźnik oceny próby zmniejszania bólu (bol): **83.3**

OCENA KOMUNIKACJI

C01 Jak oceniasz zrozumiałość przekazywanych informacji dotyczących Twojego stanu zdrowia i procesu leczenia podczas pobytu w szpitalu?



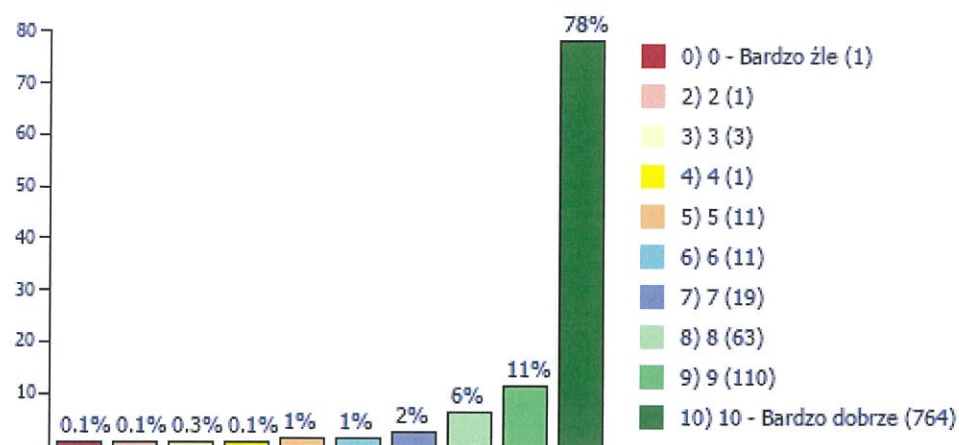
Liczba oddanych odpowiedzi: 990



EMC Instytut Medyczny Spółka Akcyjna
Data badania: 2025-01-03 - 2025-12-31

Wskaźnik zrozumienia przekazywanych informacji dot. stanu zdrowia (zin): **83.47**

C02 Jak oceniasz zrozumiałość informacji przekazanych przez personel medyczny dotyczących zaleceń lekarskich i dalszego procesu leczenia po opuszczeniu szpitala?



Liczba oddanych odpowiedzi: 984

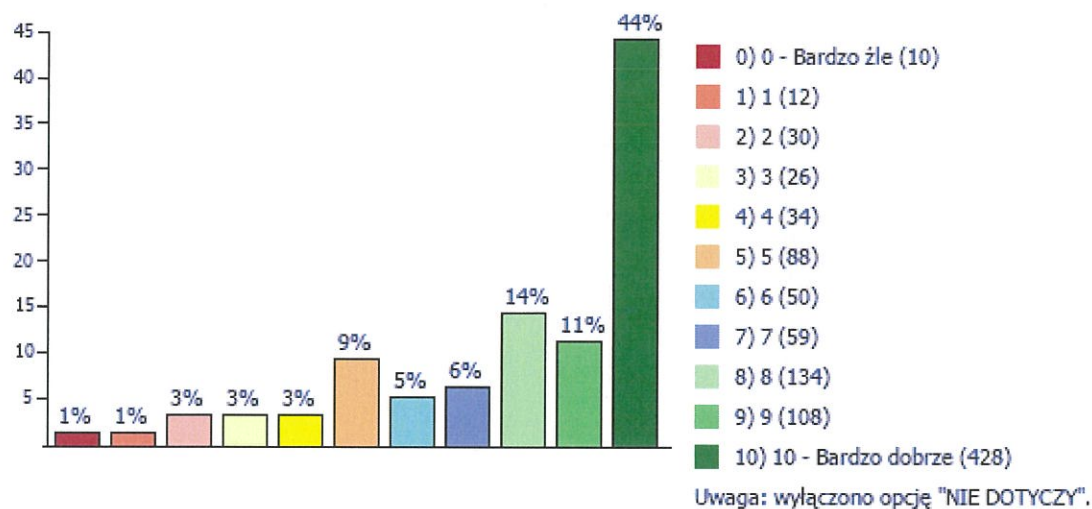


EMC Instytut Medyczny Spółka Akcyjna
Data badania: 2025-01-03 - 2025-12-31

Wskaźnik zrozumiałości informacji dot. zaleceń lekarskich (zal): **86.07**

OCENA WARUNKÓW I WYPOSAŻENIA

D01 Jak oceniasz wyżywienie w szpitalu?



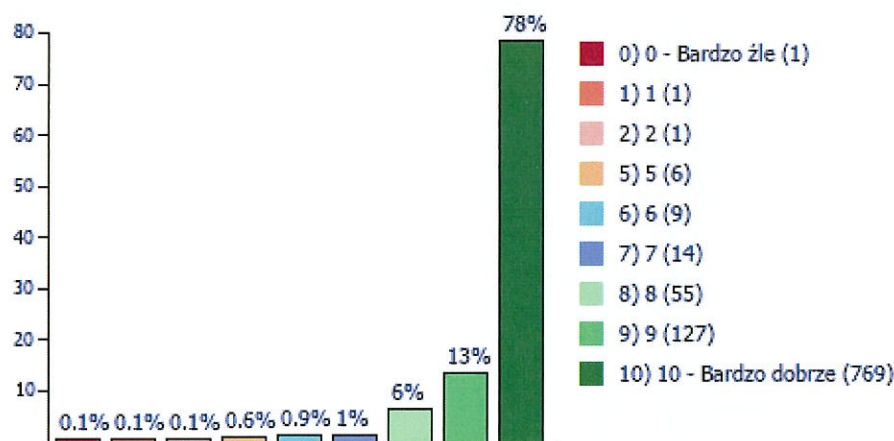
Liczba oddanych odpowiedzi: 979



EMC Instytut Medyczny Spółka Akcyjna
Data badania: 2025-01-03 - 2025-12-31

Wskaźnik oceny żywienia (zyw): **37.52**

D02 Jak oceniasz czystość w salach, na korytarzach, w łazienkach?



Liczba oddanych odpowiedzi: 983

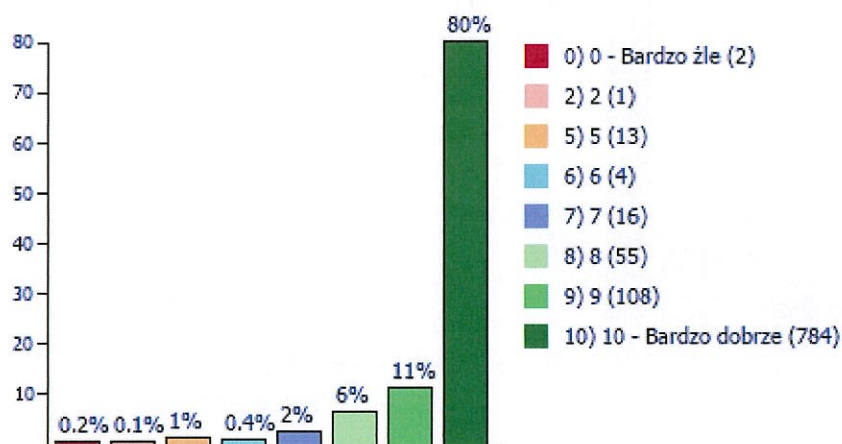


EMC Instytut Medyczny Spółka Akcyjna
Data badania: 2025-01-03 - 2025-12-31

Wskaźnik oceny czystości (czy): **86.4**

OCENA RESPEKTOWANIA UPRAWNIĘĆ I SZCZEGÓLNYCH POTRZEB PACJENTA

E01 Jak oceniasz respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb?



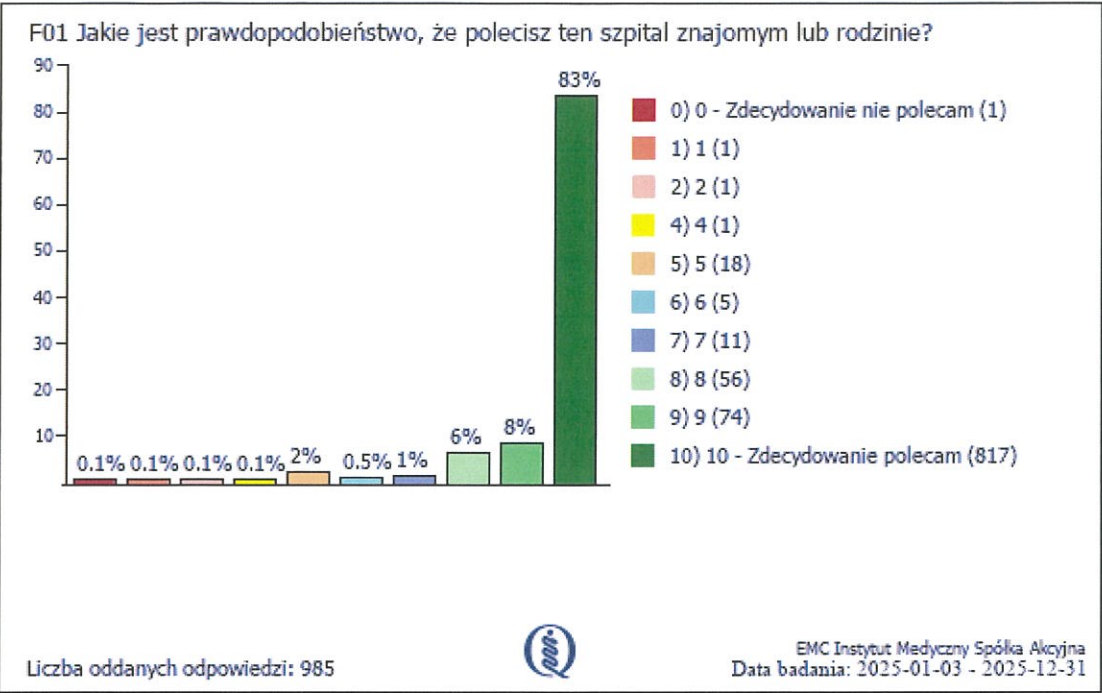
Liczba oddanych odpowiedzi: 983



EMC Instytut Medyczny Spółka Akcyjna
Data badania: 2025-01-03 - 2025-12-31

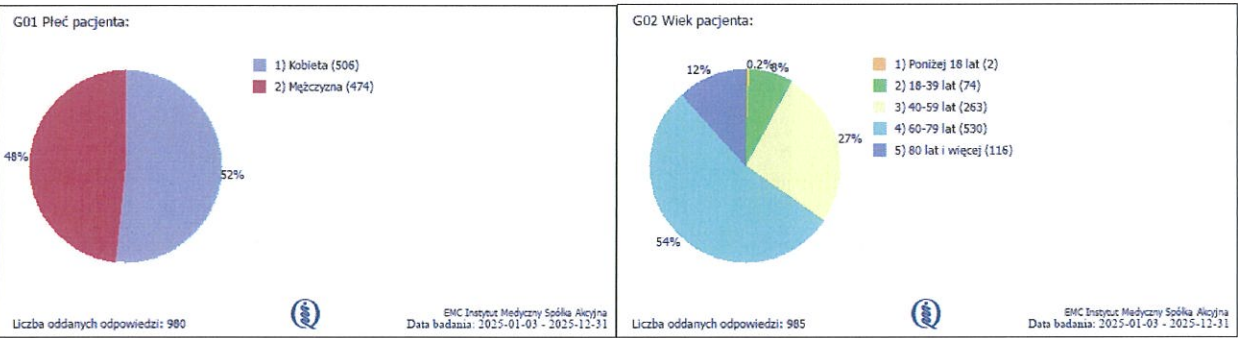
Wskaźnik respektowania praw pacjenta i szczególnych uprawnień (rpp): **87.71**

REKOMENDACJA DLA PLACÓWKI



Wskaźnik NPS rekomendacji szpitala (nps): 87.97

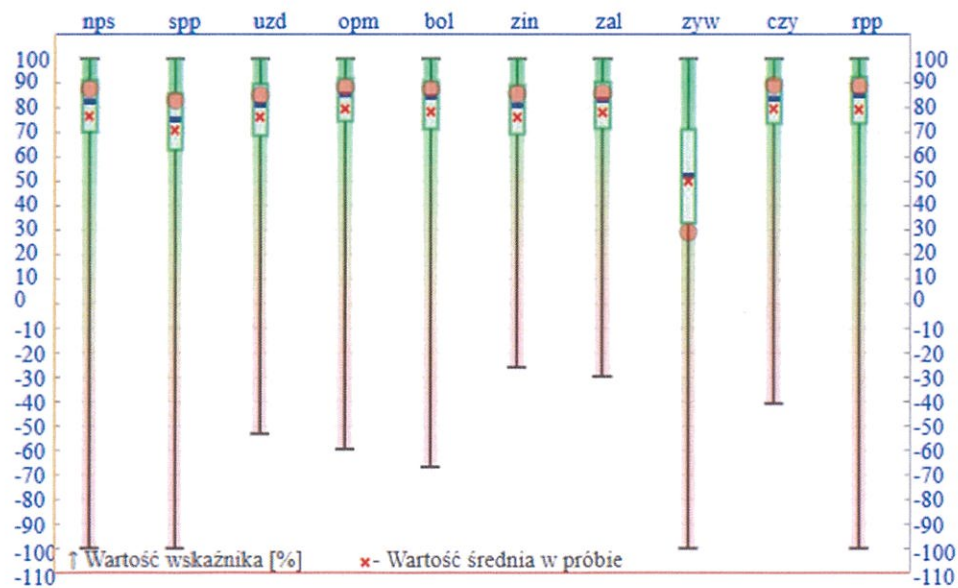
METRYCZKA



SZPITAL ŚW. ROCHA W OZIMKU NA TLE INNYCH SZPITALI BIORĄCYCH UDZIAŁ W BADANIU PASAT IKP

W badaniu PASAT IKP uczestniczy około 250 polskich szpitali o różnym stopniu referencyjności.

Dane uwzględnione w porównaniu pochodzą z okresu 01.01.2025 do 31.12.2025.

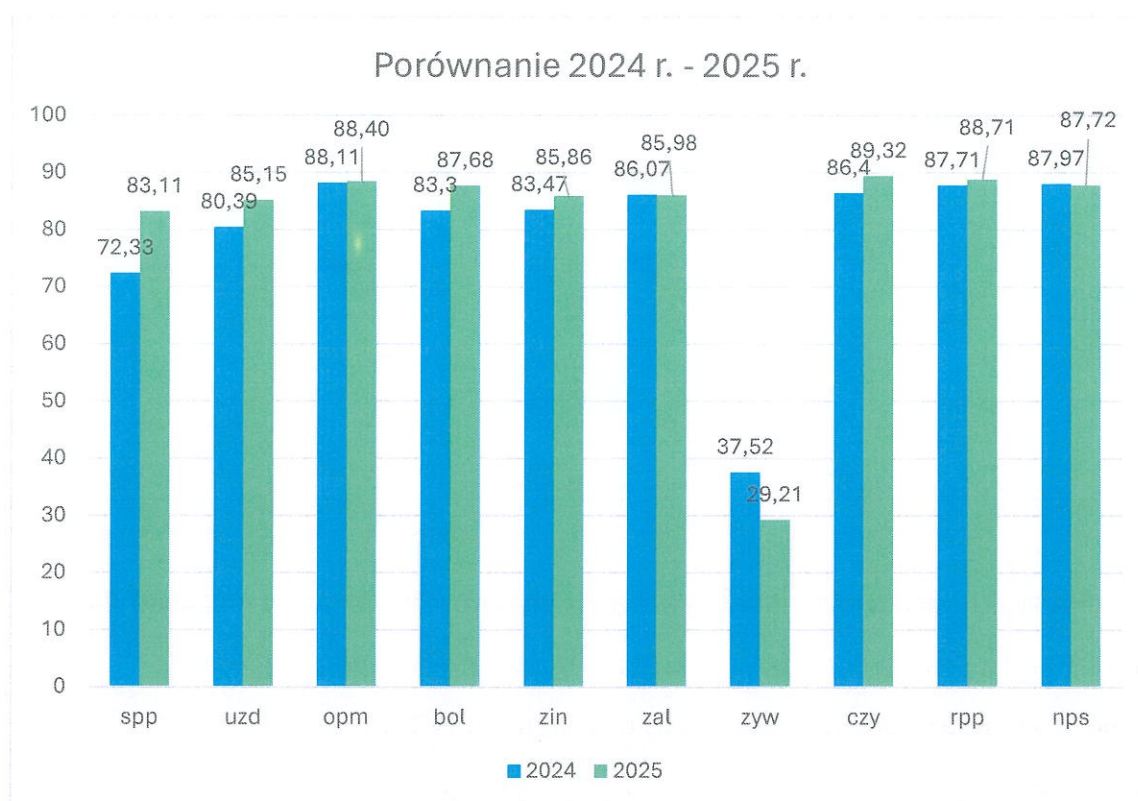


Czerwony punkt symbolizuje wartość wskaźnika dla Szpitala Św. Rocha w Ozimku.

Legenda wskaźników:

- **nps :87,72: Wskaźnik NPS rekomendacji szpitala**
- spp :83,11: Wskaźnik sprawności przyjęcia
- uzd: 85,15: Wskaźnik uwzględnienia zdania pacjenta
- opm :88,40: Wskaźnik opieki personelu med.
- bol :87,68: Wskaźnik oceny próby zmniejszania bólu
- zin :85,86: Wskaźnik zrozumienia przekazywanych informacji dot. stanu zdrowia
- zał :85,98: Wskaźnik zrozumiałości informacji dot. zaleceń lekarskich
- **zyw :29,21: Wskaźnik oceny żywienia**
- czy :89,32: Wskaźnik oceny czystości
- rpp :88,71: Wskaźnik respektowania praw pacjenta i szczególnych uprawnień

Oceny Szpitala Św. Rocha w Ozimku dla większości wskaźników są ocenami doskonałymi, ponadto w porównaniu z innymi szpitalami są one wyższe niż przeciętne oceny w próbie. Wyjątek stanowi ocena żywienia, która wprawdzie dla większości szpitali jest zdecydowanie gorsza od oceny pozostałych obszarów, ale dla Szpitala Św. Rocha w Ozimku jest też niższa niż przeciętna. Należy z tego wnioskować, że żywienie pacjentów jest obszarem, który wymaga doskonalenia.



Aktualne narzędzie jest stosowane od 2024r przez co analiza trendów obejmuje wyłącznie porównanie „rok do roku”.

WNIOSKI

NAJMOCNIEJSZE STRONY PLACÓWKI:

Profesjonalizm, empatia i zaangażowanie personelu

Najbardziej konsekwentnie pojawiającą się mocną stroną jest pozytywna ocena pracy personelu. Pacjenci podkreślają profesjonalizm, życzliwość, kulturę osobistą, troskę, pomocność i zaangażowanie lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów oraz personelu pomocniczego.

Jakość rehabilitacji

Na Oddziale Rehabilitacji szczególnie wysoko oceniane są kompetencje i zaangażowanie fizjoterapeutów, dopasowanie rehabilitacji do potrzeb pacjenta, motywowanie do ćwiczeń oraz zauważalne efekty terapii.

Atmosfera i poczucie zaopiekowania

W komentarzach powtarzają się opinie o przyjaznej atmosferze oraz poczuciu wsparcia. Pacjenci wskazują, że sposób komunikowania się i podejście personelu sprzyjają dobremu samopoczuciu podczas hospitalizacji.

Ogólna satysfakcja

W wielu wypowiedziach występują podziękowania, deklaracje wysokiego zadowolenia oraz gotowość do polecenia placówki innym osobom. Jest to istotny zasób organizacji, który należy utrzymywać i wzmacniać.

Wskaźnik NPS (Net Promoter Score)

Wskaźnik NPS obliczono na podstawie pytania F01: „Jakie jest prawdopodobieństwo, że polecisz ten szpital znajomym lub rodzinie?”. W raporcie odnotowano 985 odpowiedzi. Zgodnie ze standardową metodą NPS za promotorów przyjęto odpowiedzi 9–10, za neutralnych 7–8, a za krytyków 0–6.

Promotorzy (9–10): 891 osób, tj. 90,5%; neutralni (7–8): 67 osób, tj. 6,8%; krytycy (0–6): 27 osób, tj. 2,7%. $NPS = \% \text{ promotorów} - \% \text{ krytyków} = 90,5\% - 2,7\% = +87,7 \text{ pkt}$ (po zaokrągleniu: +88).

Interpretacja na potrzeby systemu jakości: wynik wskazuje na bardzo dużą przewagę pacjentów deklarujących wysoką gotowość do polecenia placówki nad pacjentami krytycznymi. Wskaźnik należy monitorować w kolejnych okresach w tej samej metodologii, analizując jednocześnie komentarze krytyków i osób neutralnych w celu identyfikacji przyczyn obniżających doświadczenie pacjenta.

OBSZARY WYMAGAJĄCE POPRAWY

Wyżywienie pacjentów

Priorytet: WYSOKI

Szczególnie na Oddziale Rehabilitacji pojawiają się liczne krytyczne uwagi dotyczące smaku i jakości posiłków, monotonii, wielkości porcji, temperatury, sposobu podania oraz małej ilości świeżych warzyw i owoców. Jednocześnie występują pojedyncze opinie pozytywne, dlatego rekomendowana jest obiektywizacja oceny poprzez audyt usługi i dalszy monitoring.

Dostęp do ciepłej wody i stan sanitariatów

Priorytet: WYSOKI

Na różnych oddziałach powtarzają się zgłoszenia dotyczące zimnej lub letniej wody, słabego ciśnienia, problemów z odpływami, zalewania pomieszczeń prysznicowych oraz nieprzyjemnych zapachów. Powtarzalność wskazuje na problem wymagający działań technicznych.

Dostępność personelu

Priorytet: DO MONITOROWANIA

Przy bardzo wysokiej ocenie jakości pracy personelu pojawiają się uwagi o zbyt małej obsadzie, zwłaszcza w godzinach popołudniowych i nocnych. Wymaga to analizy zabezpieczenia dyżurowego w odniesieniu do liczby i potrzeb pacjentów.

Komunikacja z pacjentem

Priorytet: DO MONITOROWANIA

Dominują opinie pozytywne, jednak występują pojedyncze zgłoszenia dotyczące niewystarczającego wyjaśnienia przebiegu zabiegu, procesu leczenia lub informacji przy wypisie, a także niewłaściwego sposobu komunikacji wybranych osób.

PLAN DZIAŁAŃ DOSKONALĄCYCH

Obszar	Działanie	Priorytet	Odpowiedzialny	Termin	Miernik / dowód skuteczności
Ciepła woda i sanitariaty	Kompleksowy przegląd instalacji, odpływów i sanitariatów; harmonogram napraw.	Wysoki	Dział techniczny: Anna Czapkowska	DO 31.03.2026	WYKONANIE NIEZBĘDNYCH NAPRAW; SPADEK LICZBY ZGŁOSZEŃ DOTYCZĄCYCH WODY I SANITARIATÓW
Wyżywienie	Audyt realizacji usługi żywienia, jadłospisów, temperatury i sposobu podawania posiłków; przegląd wymagań wobec dostawcy.	Wysoki	Administracja: Dietetyk: Anna Wilczyńska-Duszyńska Dyrektor d.s. pielęgniarstwa: Małgorzata Ziewiecka	DO 31.12.2026	ROZPOCZĘCIE PROCESU ZMIANY DOSTAWCY ŻYWIENIA
Obsada personelu	Analiza obsady zmian popołudniowych i nocnych względem liczby i potrzeb pacjentów.	Monitorowanie	Pielegnarka koordynująca Oddziału Wewnętrznego: Joanna Kajdana Dyrektor d.s. pielęgniarstwa: Małgorzata Ziewiecka	DO 31.12.2026	ZATRUDNIENIE DODATKOWEJ LICZBY PERSONELU (OPIEKUN MEDYCZNY, PIELEGNIARKA)
Komunikacja	Przypomnienie standardów informowania pacjenta przed zabiegiem, po zabiegu i przy wypisie; omówienie zgłoszeń z zespołami.	Monitorowanie	Pełnomocnik ds. Jakości: Anna Górecka	DO 30.06.2026	POTWIERDZENIE DZIAŁAŃ- WYNIKI KOLEJNEGO BADANIA;
NPS / skłonność do polecenia	Monitorowanie NPS w kolejnych okresach; analiza odpowiedzi krytyków (0–6) i neutralnych (7–8) wraz z komentarzami otwartymi.	Monitorowanie	Pełnomocnik ds. Jakości: Anna Górecka	Co najmniej raz w roku / zgodnie z cyklem PASAT IKP	NPS LICZONY TĄ SAMĄ METODĄ;

MONITOROWANIE SKUTECZNOŚCI DZIAŁAŃ

- analiza kolejnych wyników PASAT IKP i porównanie trendów w zidentyfikowanych obszarach;
- okresowa analiza uwag, skarg i wniosków pacjentów według oddziałów i kategorii problemu;
- kontrola realizacji planu działań oraz dokumentowanie dowodów wykonania;
- przedstawianie statusu działań kierownictwu placówki - utworzenie projektu poprawy jakości „Żywienie dla zdrowia - optymalizacja i organizacji posiłków szpitala w oparciu o opinie pacjentów oraz obowiązujące standardy” w przypadku braku poprawy – analiza przyczyn nieskuteczności i modyfikacja działań.
- monitorowanie wskaźnika NPS oraz udziału promotorów, neutralnych i krytyków z zachowaniem stałej metodologii obliczeń;

Termin przeglądu skuteczności działań: 31.12.2026

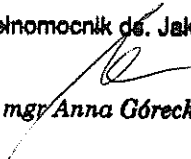
WNIOSKI DLA KIEROWNICTWA

Wskaźnik NPS dla badanego okresu wynosi **+87,7 pkt (po zaokrągleniu +88)**, przy 90,5% promotorów, 6,8% osób neutralnych i 2,7% krytyków. Wynik należy traktować jako wskaźnik doświadczenia pacjenta i monitorować jego trend w kolejnych cyklach badania.

Analiza wskazuje, że najważniejszym zasobem placówki jest kapitał ludzki: profesjonalizm, empatia i zaangażowanie personelu oraz wysoka ocena zespołu rehabilitacyjnego. Działania doskonalące powinny chronić ten atut, a jednocześnie koncentrować się na powtarzających się problemach infrastrukturalnych i organizacyjnych.

Za priorytetowe uznaje się: jakość wyżywienia, dostęp do ciepłej wody i stan sanitariatów. Następnie należy realizować działania dotyczące wyposażenia sal, dostępności personelu i komunikacji z pacjentem.

Pełnomocnik ds. Jakości


mgr Anna Górecka

14.01.2026

