



# **Politika a program kontinuálního zvyšování kvality Nemocnice Sv. Zdislavy a.s. na rok 2021**

**Obsah**

Přílohy.....	2
1. Účel.....	3
2. Rozsah platnosti .....	3
3. Definice a použité zkratky .....	3
4. Program kvality.....	3
4.1. Definice programu kvality.....	4
4.2. Organizační struktura programu kvality.....	4
4.3. Kontrola programu.....	5
4.4. Výstupy Programu kvality .....	5
4.5. Zdroje Programu .....	5
4.6. Vzdělávání, komunikace .....	6
5. Resortní bezpečnostní cíle.....	6
6. Indikátory kvality .....	6
6.1. Spokojenost pacientů .....	7
6.2. Spokojenost zaměstnanců .....	7
6.3. Nežádoucí události.....	7
6.4. Infekce spojené se zdravotní péčí.....	8
6.5. Stížnosti a pochvaly .....	8
6.6. Dekubity .....	8
6.7. Pády.....	8
6.8. Úrazy zaměstnanců.....	9
6.9. Kontrola zdravotnické dokumentace .....	9
6.10. Indikátory klinické péče.....	9
7. Dodržování a hodnocení politiky kvality.....	9
Politika, program a cíle kvality NSZ na rok 2020 .....	14

**Přílohy**

Příloha č. 1 - Statut Rady kvality

Příloha č. 2 - Indikátory kvality

Příloha č. 3 - Politika, program a cíle kvality na rok 2019

Příloha č. 4 – Program podpory zdraví

Příloha č. 5 – Program prevence a kontroly infekcí

## 1. Účel

Účelem tohoto Programu je popsat, jak standardizovat a zlepšovat kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče v Nemocnici svaté Zdislavy, a.s. (dále jen NSZ).

Cílem Programu je dosáhnout v celé NSZ shody s platnou legislativou a akreditačními standardy. Cílem je především snaha NSZ poskytnout klientům i zaměstnancům nemocnice větší míru bezpečí, standardizovat (tj. zmenšovat nepodloženou a nežádoucí míru variability činností) a zkvalitňovat poskytování zdravotní péče, zajistit právní bezpečí NSZ, zlepšovat kulturu organizace a zlepšovat způsoby řízení. Akreditace motivuje NSZ k implementaci nových prvků řízení kvality zdravotnických i nezdravotnických činností, založených na analýze a dalším rozvoji existujících struktur a pracovních procesů.

Cílem zavedení akreditačních standardů je dosáhnout co nejlepší péče pro pacienty a co nejlepších pracovních podmínek pro zaměstnance NSZ.

## 2. Rozsah platnosti

Tento program je závazný pro všechny zaměstnance NSZ.

## 3. Definice a použité zkratky

**Systém managementu kvality** - zahrnuje všechny činnosti celého vedení, které stanovují politiku kvality, cíle a odpovědnosti a realizují je takovými prostředky, jako je plánování, řízení, zabezpečování a zlepšování kvality v rámci systému řízení kvality.

**Kvalita péče** - WHO definovala kvalitu jako souhrn výsledků, dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.

RK	Rada kvality
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ZZ	Zdravotnické zařízení
WHO	Světová zdravotnická organizace
IA	Interní audit
IK	Indikátor kvality
KZK	kontinuální zvyšování kvality
ExCom	Executive Committee

## 4. Program kvality

Řízení kvality představuje nikdy nekončící cykly zlepšování. Základní kroky cyklu neustálého zlepšování jsou: monitorování procesů, hledání slabých míst procesů, zavádění nápravných opatření a sledování jejich efektivnosti. Vyhodnocování kvality znamená měření a posuzování technických a interpersonálních aspektů péče.

#### 4.1. Definice programu kvality

Program zvyšování kvality definuje procesy kvality, určuje indikátory, průběžně vyhledává rizika, hodnotí je a na základě hodnocení provádí nápravná a preventivní opatření, která vedou dále ke zlepšení daných procesů.

Program stanovuje postupy zlepšování kvality, jejich plánování a implementaci.

Cílem programu je:

- a) zavést a udržovat program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb (dále jen program kvality),
- b) podstoupit akreditaci a následně pravidelné reakreditace dle standardů kvality k nezávislému a objektivnímu posouzení funkčnosti a efektivity programu,
- c) motivovat všechny zaměstnance k aktivní účasti na programu a zapojit je do společného úsilí o trvalé zvyšování kvality péče.

Principem je udržování kontinuálního zlepšování systému kvality, které vede k:

- trvalému zlepšování bezpečnosti a spokojenosti pacientů i zaměstnanců,
- zlepšování ekonomické stability,
- udržení a posílení dobré pověsti a image NSZ

#### 4.2. Organizační struktura programu kvality

Poradním orgánem ExCom v oblasti kvality je Rada kvality.

Koordinátor kvality je:

- v čele programu kvality,
- odpovědný za vedení a koordinaci zvyšování kvality,
- odpovědný za řízení procesů a dodržování zákonných norem,
- odpovídající za koordinaci procesu reakreditačního šetření,

Rada kvality:

- řídí se svým Statutem Rady kvality, uvedeným v příloze č. 1,
- schvaluje indikátory kvality, způsob kontrolování a vyhodnocení výsledků
- schvaluje plán auditů zdravotnických pracovišť NSZ
- analyzuje data získaná v rámci Programu kvality a navrhuje nápravná a preventivní opatření, zprávy předkládá ExCom, který je schvaluje,
- prezentuje dosažené výsledky a znalosti (školení zaměstnanců, semináře, intranet, porady).

Nástroji pro dosažení tohoto cíle jsou akreditační standardy a porady K.

Zaměstnanci:

- aktivně se účastní naplňování Programu kvality,
- dodržují postupy kvality a aktivně se účastní na zlepšování procesu zvyšování kvality,
- dodržují zákonné normy,
- účastní se pravidelných školení, seminářů.

Auditní skupina:

Je složena ze zaměstnanců nemocnice, především z vedoucích sester a lékařů. Auditní skupinu v nemocnici NSZ vede vedoucí auditor a metodicky je řízen manažerem kvality pro skupinu VAMED - MEDITERRA.

Povinnosti, cíle a náplň činnosti auditní skupiny je podrobně popsána v samostatném dokumentu

**4.3. Kontrola programu**

Kontrola naplňování programu kvality je prováděna Radou kvality NSZ

Průběžná kontrola plnění harmonogramu programu kvality je prováděna na poradách RK, kde hodnotíme:

- Cíle kvality
- Interní audit
- Kontrolu vedení zdravotnické dokumentace
- Indikátory kvality
- Ostatní provozní záležitosti

**4.4. Výstupy Programu kvality**

Výstupy programu kvality jsou nejméně:

- a) roční zpráva o naplňování programu kvality,
- b) analýza provedených interních auditů,
- c) hodnocení indikátorů kvality.

**4.5. Zdroje Programu**

**Zdroje finanční** - jsou zajištěny v rámci běžného provozu.

**Zdroje lidské** - jsou zajištěny v rámci běžných pracovních smluv a náplní práce jednotlivých zaměstnanců.

**Zdroje ostatní** - jsou definovány ExComem NSZ a zahrnuty do finančního plánu.

#### **4.6. Vzdělávání, komunikace**

Vzdělávání v otázkách kvality je nedílnou součástí akreditačního procesu. Správná komunikace mezi vedoucími zaměstnanci a zaměstnanci je základním předpokladem splnění akreditačních požadavků.

Komunikace je vedena:

- pomocí intranetu,
- v rámci schůzek, porad, seminářů,
- v rámci školicích akcí.

#### **5. Resortní bezpečnostní cíle**

V rámci Programu kontinuálního zvyšování kvality se NSZ zabývá Resortními bezpečnostními cíli Ministerstva zdravotnictví České republiky, ze kterých částečně vycházejí i indikátory kvality NSZ. Resortní bezpečnostní cíle jsou:

- Bezpečná identifikace pacientů
- Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikivosti
- Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
- Prevence pádů
- Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
- Bezpečná komunikace
- Bezpečné předávání pacientů
- Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů

#### **6. Indikátory kvality**

Výběr indikátorů kvality je určen podle požadavků legislativy, četnosti, míry rizikivosti a k problémům náchylné činnosti, které jsou v přímém vztahu ke kvalitě péče a bezpečí pacientů i personálu v nemocnici NSZ

Sběr dat provádí proškolení pověřeni zaměstnanci v pravidelných intervalech.

Koordinátor kvality pravidelně vyhodnocuje a analyzuje výsledky indikátorů kvality a publikuje je na intranetu. Vyhodnocení indikátorů provádí RK nejméně jednou ročně. Zprávu o vyhodnocení indikátorů předkládá koordinátor kvality ExComu NSZ. Nedílnou součástí zprávy je doporučení nápravných a preventivních opatření a způsob kontroly jejich naplnění.

Výběr indikátorů kvality v NSZ je prováděn podle míry rizikivosti, zjištěné v předchozím roce, každoročně přehodnocen na Radě kvality do února příslušného roku.

Indikátory kvality jsou navrhovány podle:

- požadavků platné legislativy;
- vlivu na péči a bezpečí pacientů;
- vlivu na spokojenost pacientů;

- vlivu na práva pacientů; ovlivnění nákladů;
- četnosti výskytu NN;
- dostupnosti (spolehlivých) dat;
- vlivu na spokojenost zaměstnanců.

Indikátory kvality NSZ na příslušný rok jsou uvedeny v příloze č. 2.

S výstupy z hodnocení indikátorů kvality (analýza výsledků, nápravná a preventivní opatření) budou vždy seznámeni všichni zaměstnanci nemocnice NSZ na intranetovém portálu.

### **6.1. Spokojenost pacientů**

Sledování spokojenosti pacientů je prováděno pomocí anonymních dotazníků, které jsou pacientům k dispozici na každém zdravotnickém pracovišti. Po vyplnění dotazníku, je pacientem vhozen do připravených schránek rozmístěných u recepce a na každém patře nemocnice NSZ. Ze schránek jsou dotazníky vybírány pověřenou osobou a předány hlavní sestře NSZ. Zde jsou následně pročteny a v případě zjištění závažných nedostatků či stížností jsou tyto hned projednávány a následně řešeny na Radě kvality.

Vyhodnocení spokojenosti pacientů je prováděno 1x ročně a výsledky prezentovány na Radě kvality.

### **6.2. Spokojenost zaměstnanců**

Sledování spokojenosti zaměstnanců je prováděno pomocí anonymních dotazníků, které jsou zaměstnancům k dispozici na každém pracovišti, nebo elektronickou cestou. Po vyplnění dotazníku, je zaměstnancem vhozen do připravené schránky příslušného oddělení. Příslušný vedoucí pracovník předá vyplněné dotazníky na personální oddělení NSZ. Vyhodnocení spokojenosti zaměstnanců je prováděno 1x ročně a výsledky jsou prezentovány na Radě kvality.

### **6.3. Nežádoucí události**

Sledování tohoto indikátoru probíhá za pomoci směrnice „Management nežádoucích událostí“. Ke sledování slouží formulář „Hlášení nežádoucích událostí“, který je dostupný na intranetovém portále nemocnice NSZ a po vyplnění je odevzdán hlavní sestře, která dle závažnosti události zajistí prošetření události, provede její analýzu a dle potřeby stanovuje další nápravná nebo preventivní opatření.

### **Analýza kořenových příčin (Root cause analysis-RCA)**

Je zpracována u závažných NU - klasifikace G-I. Provedení kořenové analýzy vede hlavní sestra v součinnosti s vedoucími jednotlivých oddělení dle toho, kde takováto událost vznikla.

Kroky kořenové analýzy:

- Sběr dat – hrubý chronologický souhrn související s událostí, rozhodnutí o účastnících, se kterými bude proveden rozhovor, rozhodnutí, na kterou oblast bude analýza zaměřena.

- Vyhodnocení – identifikace problému, určení závažnosti problému, určení příčin a podmínek,...
- Zvolení nápravného opatření pro všechny identifikované příčiny.
- Implementace nápravných opatření do praxe.
- Kontrola a zpětná vazba – efektivita nápravných opatření.

Všechny nežádoucí události jsou vyhodnocovány, zpracovávány do souhrnné analýzy a projednávány na každé Radě kvality.

Souhrnná analýza nežádoucích událostí je prezentována na intranetu nemocnice a 1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality pro skupinu VAMED – Mediterra. V případě závažných NU je manažer kvality informován ihned, jak je to možné, a to prostřednictvím vedení NSZ.

#### **6.4. Infekce spojené se zdravotní péčí**

Sledování nozokomiálních nákaz se provádí dle interního předpisu „Nozokomiální nákazy - jejich sledování a hlášení“. Sběr dat probíhá pomocí formuláře, který je odeslán epidemiologické sestře NSZ, přehled je následně zaslán hlavní sestře. V nutných případech připravuje doporučení dalších postupů a/nebo opatření. Počet evidovaných nozokomiálních nákaz je v grafické podobě 1x čtvrtletně prezentován na intranetu.

Vyhodnocení výskytu nozokomiálních nákaz se provádí minimálně 1x ročně a je zpracováno v souhrnné zprávě, a projednáno na Radě kvality. 1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality.

#### **6.5. Stížnosti a pochvaly**

Sledování stížností provádí hlavní sestra NSZ, která též stížnosti eviduje a archivuje. Aktuální vyhodnocování a řešení stížností se řídí interní směrnici „Postup při přijímání a šetření stížností“. Hlavní sestra provede souhrnnou analýzu tohoto indikátoru a 1x ročně předloží na jednání vedení NSZ

1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality pro skupinu VAMED - Mediterra, v případě závažné stížnosti je manažer kvality informován ihned.

#### **6.6. Dekubity**

Všechny nově vzniklé dekubity jsou formou nežádoucí události hlavní sestře pověřené sledováním dekubitů v nemocnici, ta 1x čtvrtletně prezentuje výsledky v grafické podobě na intranetu.

Vyhodnocení je prováděno z ročního výstupu a předkládáno vedení NSZ, 1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality.

#### **6.7. Pády**

Pády v nemocnici NSZ jsou hlášeny pomocí formulářů „Hlášení nežádoucí události“ a „Hlášení pádu pacienta“ umístěných na portále nemocnice NSZ. Tyto formuláře jsou předány hlavní sestře NSZ. V případě pádů se zraněním je toto řešeno okamžitě na úrovni pracoviště, kde pád vznikl a následně je nahlášeno. Výsledky sledování jsou zpracovávány čtvrtletně grafickou zprávou s počtem a závažností pádů, která se publikuje na intranetu nemocnice a minimálně 1x ročně se provede souhrnná zpráva, prezentovaná vedení NSZ, 1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality.



### **6.8. Úrazy zaměstnanců**

Úrazy zaměstnanců jsou sledovány externí firmou a hlášeny pomocí knih úrazů. Výsledky sledování jsou zpracovávány čtvrtletně grafickou zprávou s počtem a závažností úrazů, která se publikuje na intranetu nemocnice a minimálně 1x ročně se provede souhrnná zpráva, prezentovaná vedení NSZ, 1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality.

### **6.9. Kontrola zdravotnické dokumentace**

Kontrola zdravotnické dokumentace je prováděna a vyhodnocována dle samostatné směrnice. Výsledky sledování jsou zpracovávány 2x ročně grafickou zprávou, která se publikuje na intranetu nemocnice a minimálně 1x ročně se provede souhrnná zpráva, prezentovaná vedení NSZ, 1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality.

### **6.10. Indikátory klinické péče**

Indikátory klinické péče jsou definovány metodickými pokyny hlavního lékaře.

## **7. Dodržování a hodnocení politiky kvality**

Program politiky kvality a jeho dodržování je pravidelně hodnoceno a kontrolováno vedením NSZ dle dodaných výsledků měření nejméně 1x ročně.

## Příloha č. 1

**STATUT RADY KVALITY**

1. Rada pro kvalitu (dále RK) je koncepčním, poradním, výkonným a kontrolním orgánem ředitelů nemocnice NSZ odpovídajícím za koordinační a koncepční činnosti v procesu kontinuálního zvyšování kvality péče nemocnice NSZ
2. Členy RK jmenuje a odvolává ředitel, zejména z řad zaměstnanců nemocnice NSZ  
Minimální počet členů je 5.
3. Složení Rady kvality:
  - Předseda Rady kvality – MUDr. Igor Šimoník, MBA
  - Koordinátor kvality a vedoucí auditní skupiny – Bc. Jindřiška Šanderová
  
  - Člen – Ing. Eva Zobačová
  - Člen – MUDr. Jaroslav Tvarůžek
  - Člen – Bc. Petr Šubert
  - Člen - Mgr. Markéta Klímová
  - Člen -
  - Člen – MUDr. Marián Sandecký
  - Člen – MUDr. Tomáš Kočiš
  - Člen - MUDr. Iva Žáková
  - Člen – Eva Havlíčková
4. Administrativní a organizační zajištění činnosti RK včetně archivace materiálů provádí asistentka.
5. Rada pro kvalitu provádí zejména tyto činnosti:
  - naplňuje programové prohlášení Politiky kvality a tím i strategii zvyšování a řízení kvality,
  - na základě pokynů Excomu NSZ stanovuje priority jednotlivých činností na úseku řízení kvality péče a zpracovává jejich harmonogram,
  - koordinuje přípravu k re-akreditaci NSZ v souladu s akreditačními standardy,
  - připomínkuje dokumenty potřebné ke kontinuálnímu zvyšování kvality,
  - koordinuje edukační činnost v oblasti kontinuálního zvyšování kvality péče v rámci nemocnice,
  - plní další úkoly v oblasti kontinuálního zvyšování kvality péče v nemocnici NSZ dle pokynů ředitele nemocnice, včetně systému vnitřních auditů,
  - pravidelně se seznamuje s výstupy hodnocení spokojenosti pacientů/klientů NSZ analyzuje tyto výstupy a využívá je v procesu zvyšování kvality péče,
  - monitoruje stížnosti na kvalitu zdravotní péče v rámci NSZ,

- monitoruje a analyzuje nežádoucí události v rámci NSZ,
- předkládá ExComu NSZ pravidelné informace o plnění harmonogramu procesu kontinuálního zvyšování kvality péče.

#### 6. Jednací řád Rady kvality:

- a) Jednání RK svolává předseda RK kvality minimálně 2x ročně, nebo v případě, že o to požádá některý ze členů týmu Rady pro kvalitu, případně na podkladě nutného řešení závažné nežádoucí události
- b) Jednání RK řídí předseda, v jeho nepřítomnosti pověřený člen komise.
- c) Účast členů na jednáních RK je povinná.
- d) Při rozhodování o návrzích RK NSZ pracuje principem konsensu omnium (většinou hlasů). V případě, že ke konsensu nedojde, předkládá se návrh ExComu popsáním rozporem, resp. s uvedením variantního řešení.
- e) Výstupy z jednání RK předkládá řediteli nemocnice NSZ koordinátor kvality.
- f) Na jednání RK se vztahují ustanovení NSZ upravující mlčenlivost zaměstnanců nemocnice.
- g) K jednání RK mohou být přizváni s hlasem poradním zaměstnanci NSZ, případně externí konzultanti, kteří nejsou členy Rady kvality.
- h) Z jednání RK se pořizuje zápis
- i) Funkční období RK je na dobu neurčitou.

## Příloha č. 2

**Indikátory kvality 2020**

Vedení nemocnice NSZ stanovuje kritické, rizikové a k problémům náchylné činnosti, které jsou v přímém vztahu ke kvalitě péče a bezpečí pacientů i personálu (tzv. klíčové procesy). Výběr indikátorů kvality (klíčových procesů) v nemocnici NSZ byl přehodnocen a schválen Radou kvality

<b>Indikátory kvality</b>	<b>Monitorování</b>	<b>Frekvence hodnocení</b>	<b>Odpovědná osoba za sběr a hodnocení dat</b>
Stížnosti a pochvaly	měsíčně	1x ročně	Hlavní sestra
Spokojenost pacientů	ročně	1x ročně	Hlavní sestra
Spokojenost zaměstnanců	ročně	1x ročně	Personální oddělení
Nežádoucí události	měsíčně	1x ročně	Hlavní sestra
Pády	měsíčně	1x ročně	Hlavní sestra
Infekce spojené se zdravotní péčí	měsíčně	1x ročně	Epidemiologická sestra a hlavní sestra
Dekubity	měsíčně	1x ročně	Hlavní sestra
Úrazy zaměstnanců	měsíčně	1x ročně	projektový manažer
Správnost vedení zdravotnické dokumentace	měsíčně	1x ročně	Hlavní sestra a hlavní lékař
RTG - expozice, decentrace, pohyb klienta	měsíčně	1x ročně	Vedoucí laborant RTG
Ortopedická péče- % reoperací TEP pro komplikace,	měsíčně	1x ročně	lékař ortopedického oddělení
Ortopedická péče – komplikace hojení op.rány za hosp.	měsíčně	1x ročně	Staniční sestry ortop. odd. a ONP
Chirurgická péče - reoperace pro komplikace	měsíčně	1x ročně	lékař chirurgického odd.
JIRP – rehospitalizace pro komplikace v rámci jedné hospitalizace	měsíčně	1x ročně	Lékař-anesteziolog,

GEA – záchyt nově diagnostikovaných ca zažívacího traktu	měsíčně	1x ročně	Lékař/sestra GEA
Operační sály – popálení /jiná poškození pacienta	měsíčně	1x ročně	Staniční sestra OS
NIP/NSZ – komplikace PEG	měsíčně	1x ročně	Staniční sestra NIP

Příloha č. 3

## **Politika, program a cíle kvality NSZ na rok 2021**

### **Hodnoty:**

Nemocnice sv. Zdislavy, a.s. ctí hodnoty a potřeby klientů a zaměřuje se na jejich naplnění a poskytování bezpečné zdravotní péče.

### **Motto:**

Se srdcem pro pacienty

### **Mise:**

Věříme, že pro naše klienty jsou úsměv, laskavé slovo a přátelsky podaná ruka stejně důležité jako kvalitní odborná péče a špičkové vybavení.

### **Vize:**

Kontinuálně zvyšovat standard poskytované péče dle aktuálních vědeckých poznatků, respektovat individuální přání a potřeby pacientů.

### **Cíle kvality na rok 2021**

#### **Celkové:**

- **Revize programu zdraví**
- **Prevence závislostí**
- **Obměna lůžek a matrací**
- **Nákup cystoskopu s albaranovým můstkem**
- **Nákup operačního světla na OS, záložního zdroje na OS**
- **Rekonstrukce čističky - napojení na kanalizaci v plánu, udržitelnost provozu dle stávajících norem**
- **Rekonstrukce parkoviště, úprava komunikací**
- **Revitalizace stravovacího provozu, výměna oken, oprava fasády**
- **Rekonstrukce ambulantního traktu**
- **Zvyšovat kvalitu multikulturní péče**
- **Zlepšení interpersonální komunikace a vztahů**

**Dle indikátorů:****1. Pády**

- prahová hodnota  $\leq 1,5$

**2. Dekubity**

- prahová hodnota  $\leq 1,5$

**3. Nežádoucí události**

- - zvýšit počet hlášení skorochyb
- -

**4. Infekce spojené se zdravotní péčí**

- zvýšit počet hlášení lékařem
- benchmark dezinfekce rukou
- prahová hodnota  $\leq 5\%$

**5. RTG**

- špatná expozice - prahová hodnota 0,25%
- decentrace – prahová hodnota 0,5%
- pohybová neostrost - prahová hodnota 0,1%
- záměna klienta - prahová hodnota 0,01%
- porucha čtečky – prahová hodnota 0,05%

**6. Ortopedická péče u operací TEP**

- sledování a hodnocení nutnosti reoperace TEP pro komplikace časně (do 6 měsíců od operace) - prahová hodnota  $\leq 3\%$ ,

**7. Chirurgická péče**

- sledování % reoperací pro komplikace do 6 měsíců od operace – prahová hodnota  $\leq 3\%$
- rehospitalizace pro tutéž dg., komplikaci výkonu

**9. Pracovní úrazy**

- sledování úrazovosti zaměstnanců, příčin úrazů a podílu pracovních neschopností v závislosti na pracovním úrazu

**10. Stížnosti a pochvaly**

- počet oprávněných, neoprávněných a vyřízených stížností. Počet písemných pochval/ vyjádření spokojenosti

**11. Popálení/ jiná poškození pacienta na operačním sále**

- podíl pacientů, u kterých došlo k poškození v souvislosti s operačním zákrokem/ anestezií

**12. Komplikace hojení operační rány po ortopedické operaci vzniklé za hospitalizace na ortopedickém odd./ odd. následné péče**

- podíl pacientů, u kterých došlo ke komplikaci hojení operační rány

**14. GEA – záchyt nově kolonoskopicky/ gastrokopicky diagnostikovaných a histologicky potvrzených karcinomů zažívacího traktu****15. Správnost vedení zdravotnické dokumentace**

– prahová hodnota  $\geq 90\%$



Příloha č. 4 Program podpory zdraví

## PROGRAM PODPORY ZDRAVÍ

Nemocnice sv. Zdislavy a.s. podporuje program ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí pacientů i personálu. Na sestavování strategie a náplně programu se podílí ExCom NSZ, hlavní sestra, vedoucí pracovníci dotčených provozů, personální oddělení a pracovník pro marketing a komunikaci.

Program a materiální resp. finanční zajištění určené pro Program podpory zdraví schvaluje ExCom NSZ. Za realizaci projektů odpovídá ExCom ve spolupráci s koordinátorem kvality NSZ a oddělením kvality VAMED MEDITERRA a.s. Vyhodnocování účinnosti programu a jednotlivých projektů provádí Excom NSZ.

### Cíle programu na rok 2021:

**Zaměstnanci** – prevence obezity a podpora duševního zdraví

**Pacienti/klienti** – podpora odvykání kouření, nutriční poradenství

**Široká veřejnost** – programy zaměřené na zvyšování zdravotní gramotnosti

### PODPORA ZDRAVÍ ZAMĚSTNANCŮ:

- Vzdělávací aktivity s nutričním poradenstvím, prevence obezity
- Odborné semináře podpory duševního zdraví, zvládání krizových situací, prevence syndromu vyhoření
- Akce zaměřené na podporu a budování interpersonálních vztahů a uvolnění stresu
- Stravování v závodní jídelně, včetně nabídky zdravých pomazánek; možnost dietního stravování (bezlepkově, bezlaktózově apod.)
- Léčebně-preventivní péče formou komplexního vyšetření
- Podpora zaměstnanosti – spolupráce s Dětskou skupinou Rarášek, doprava
- nabídka lázní Tauern Spa Kaprun určená pro zaměstnance skupiny VAMED
- bezplatné testování hladiny protilátek Covid -19

### PODPORA ZDRAVÍ NAŠICH PACIENTŮ

- Nutriční poradenství s nutričním terapeutem,
- Interní ambulance – edukace o pitném režimu a zdravém stravování,
- Edukační materiály pro pacienty na odděleních i v ambulancích (zdravá životospráva, prevence obezity, prevence kouření, edukace diabetika a stomika, materiály pro poskytování péče v domácím prostředí)

- Zajištění duchovních služeb pro pacienty u lůžka
- Zajištění konzultace pro kuřáky v plicní ambulanci

### PROJEKTY ZAMĚŘENÉ NA ŠIROKOU VEŘEJNOST

- programy zaměřené na zvyšování zdravotní gramotnosti veřejnosti
- každoroční účast zaměstnanců na Dnech zdraví ve Velkém Meziříčí
- spolupráce se sportovci a sportovními týmy (např. reprezentanti-kadeti ve volejbalu, antigenní testování, zajištění zdravotního dohledu při sportovních akcích – HC Velké Meziříčí, Žďárská liga v požárním útoku)
- organizace letních táborů pro děti
- spolupráce pedagogů a zdravotníků při rozšiřování výchovně-vzdělávacího procesu dětí na ZŠ (první pomoc, hygiena rukou)
- opakované poskytování rozhovorů našich předních odborníků do médií, zejm. rozhlasové vysílání a tištěné tituly, ale i on-line poradna pro veřejnost vydávání tiskových zpráv na aktuální zdravotnická témata s cílem šíření osvěty ohledně konkrétních zdravotních potíží či složitých životních situací

### VŠEOBECNÁ DOPORUČENÍ PRO ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL

- chodte na preventivní prohlídky;
- redukujte svojí hmotnost, pokud máte nadváhu;
- pijte dostatek tekutin;
- omezte přísun soli na 5 – 6 gramů denně (prevence vysokého krevního tlaku);
- dodržujte pravidelnou tělesnou aktivitu, alespoň 3 – 4x týdně (cvičení, chůze, plavání,...)
- jezte pravidelně a zařadte do jídelníčku denně zeleninu a ovoce;
- nekuřte
- omezte alkoholické nápoje
- najděte si čas pro sebe, své koníčky, aktivní odpočinek zájmovou činností

příloha č. 5

## PROGRAM PREVENCE A KONTROLY INFEKČÍ

### Cíl programu

Cílem Programu je omezování rizika vzniku infekce při poskytování zdravotní péče u pacientů, profesionálních infekcí u zdravotnických i nezdravotnických pracovníků, případně dalších osob vystavených riziku infekce, a taktéž je zaměřen na správné a uvážlivé používání antibiotik Zejména s ohledem na profylaxi před operací. **Program má interdisciplinární charakter a je součástí Programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí NSZ.** Činnost programu zajišťuje zdravotnický personál specializovaný na prevenci a kontrolu infekcí.

### Činnost a funkce programu

Zajištění základních hygienických požadavků pro provoz zdravotnického zařízení vychází z odborně relevantních doporučení a platné legislativy. Tyto požadavky představují nepodkročitelné minimum opatření nezbytných pro účinnou prevenci a kontrolu infekcí. Zahrnují zejména používání dezinfekce, sterilizaci, zásady zacházení s jednorázovými pomůckami, úklid, přípravu, skladování a výdej stravy, sledování kvality vody, manipulace s krví a krevními deriváty, manipulace s prádlem, manipulace s infekčním odpadem, ostrými předměty a jehlami, preventivní dozor při opravách a rekonstrukcích, formulaci hygienických opatření v provozních řádech jednotlivých pracovišť i interní dokumentaci.

Pro zajištění opatření k eliminaci rizika přenosu infekcí se vychází ze zásad bariérového ošetřovacího režimu (hygiena rukou, používání rukavic, používání ochranných pomůcek), prevence poranění jehlou a ostrými předměty, zásady respirační hygieny, zacházení s lůžkovinami, zacházení s odpadem kontaminovanými krví či jinými tělesnými tekutinami, úklid a dezinfekce v místě poskytování zdravotní péče. Ke všem těmto oblastem má NSZ zpracované interní dokumenty (směrnice a standardy ošetřovatelské péče).

Základní součástí Programu je sledování infekcí spojených se zdravotní péčí (surveillance). Výsledky jsou pravidelně předávány zodpovědným osobám v NSZ. Obecně jsou výsledky využívány v režimu **časného varování** (v případě epidemiologicky závažných situací s nebezpečím z prodloužení) a režimu **dlouhodobého sledování** (analýzy a hodnocení trendů pro zhodnocení a zavedení nápravných opatření apod.).

Program NSZ jako prioritní oblasti považuje prevenci a kontrolu:

- Infekce v místě operačního výkonu, infekce krevního řečiště včetně katéetrových, infekce močových cest, infekce dýchacích cest, GIT, infekce dekubitů, kolonizace

- Infekce vyvolané epidemiologicky významnými původci (např. MRSA, SARS-COV -2, chřipka)

Na základě výsledků surveillance a výsledků zavedených opatření probíhá pravidelné **vzdělávání personálu** a to formou:

- Vstupního školení veškerého personálu nastupujícího do zdravotnického zařízení
- Periodických školení
- Cílené školení při mimořádných událostech (vychází z analýzy příčin závažných případů infekcí, zjištěných nedostatků, ukázek chybné praxe a zavedených úspěšných opatření).

Nedílnou součástí Programu je zajištění **informovanosti pacientů a jejich blízkých**, které je klíčové pro provádění prevence a kontroly infekcí (informování pacienta o specifických rizicích vzniku infekcí spojených s výkonem – informovaný souhlas, edukace pacienta a jeho blízkých atd.).

Vedení NSZ podporuje chod Programu zajištěním dostatečných podmínek a to zejména v oblasti personální, finanční, technické, ale i informační (např. propojování systémů pro rychlejší přenos výsledků).

Personálně je Program zajištěn týmem pro prevenci a kontrolu infekcí. Tým pravidelně sleduje výskyt infekcí, informuje vedoucí jednotlivých pracovišť, hlavního lékaře a provozního ředitele, a kde je nutné spolupracuje s orgány veřejného zdraví.

Personální obsazení: epidemiologická sestra pověřená sledováním infekcí, hlavní sestra, primář NIP, vedoucí lékař JIRP a dle potřeby je rozšířen o další odborníky z praxe. Členy týmu jmenuje provozní ředitel. Vzhledem k velikosti NSZ nejsou stanovené pravidelné schůzky, tým předkládá čtvrtletně výsledky sledování a operativně řeší v návaznosti urgentnost situace a je jeho povinností ihned informovat vedoucí jednotlivých pracovišť pro zavedení nezbytných opatření.

V případě výjimečné situace zpracuje tým přehlednou zprávu, kterou předkládá Radě kvality a ExCom. Většina dokumentace je v elektronické podobě uložena na portálu a dále vedena epidemiologickou sestrou. Veškeré podklady jsou uloženy na úseku chirurgické ambulance.