



Politika a program kontinuálního zvyšování kvality Nemocnice Sv. Zdislavy a.s. na rok 2024

V Mostišti 28.02.2024

MUDr. Jaroslav Tvarůžek
Ing. Eva Zobačová

Obsah:

| | | |
|-------|---|----|
| 1. | Účel | 4 |
| 2. | Rozsah platnosti | 4 |
| 3. | Definice a použité zkratky | 4 |
| 4. | Program kvality | 4 |
| 4.1. | Definice programu kvality | 5 |
| 4.2. | Organizační struktura programu kvality | 5 |
| 4.3. | Kontrola programu | 6 |
| 4.4. | Výstupy Programu kvality..... | 6 |
| 4.5. | Zdroje Programu | 6 |
| 4.6. | Vzdělávání, komunikace..... | 7 |
| 5. | Resortní bezpečnostní cíle | 7 |
| 6. | Indikátory kvality..... | 7 |
| 6.1. | Spokojenost pacientů | 8 |
| 6.2. | Spokojenost zaměstnanců..... | 8 |
| 6.3. | Nežádoucí události | 8 |
| 6.4. | Infekce spojené se zdravotní péčí (ISZP)..... | 9 |
| 6.5. | Stížnosti a pochvaly..... | 9 |
| 6.6. | Dekubity..... | 9 |
| 6.7. | Pády | 10 |
| 6.8. | Úrazy zaměstnanců | 10 |
| 6.9. | Kontrola zdravotnické dokumentace..... | 10 |
| 6.10. | Indikátory klinické péče | 10 |
| 7. | Dodržování a hodnocení politiky kvality | 10 |
| | Politika, program a cíle kvality NSZ na rok 2024..... | 14 |

Příloha č. 1 - Statut Rady kvality

Příloha č. 2 - Indikátory kvality

Příloha č. 3 - Politika, program a cíle kvality na rok 2024

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 |
| HQ | holding |

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 reakreditaci v 2024 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 RK.

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 ExCom 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 rizika
- Prevence záměny pacienta, výkonu, strany a místa 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 rizikovosti 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 ExCom NSZ. Nedílnou součástí zprávy je doporučení nápravných a preventivních opatření a způsob kontroly jejich naplnění.

Výběr indikátorů kvality v NSZ je prováděn podle míry rizikovosti, 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 ISZP;
- 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 hospitalizovaných pacientů je prováděno pomocí anonymních dotazníků, které jsou pacientům poskytovány v papírové formě. Průzkum je prováděn vždy za čtvrtletí. Po vyplnění dotazníku je pacientem vhozen do připravených schránek rozmístěných u recepce a na každém patře nemocnice. Ze schránek jsou dotazníky vybírány pověřenou osobou a předány hlavní sestře NSZ, která zajistí jejich odeslání na HQ k vyhodnocení. Výsledek vyhodnocení je zasílán ExCom a hlavní sestře, závažné nedostatky/stížnosti jsou hned projednávány a řešeny na Radě kvality. Souhrnné 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. Po vyplnění dotazníku, je zaměstnancem vhozen do připravené schránky příslušného oddělení. Příslušný vedoucí pracovník předá vyplněné dotazníky hlavní sestře NSZ, která zajistí jejich odeslání na HQ k vyhodnocení. Výsledek vyhodnocení je zasílán ExCom a hlavní sestře. Vyhodnocení spokojenosti zaměstnanců je prováděno 1x za 2 roky 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.

6.3.1 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 (ISZP)

Sledování ISZP se provádí dle interního předpisu „ISZP - 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 ISZP je v grafické podobě 1x čtvrtletně prezentován na intranetu.

Vyhodnocení výskytu ISZP 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 hlášeny pomocí formulářů „Dekubity“ a „Hlášení 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 je souhrnná zpráva prezentovaná vedení NSZ, 1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality.

6.8. Úrazy zaměstnanců

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

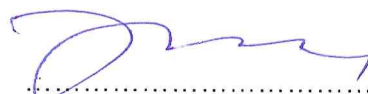
6.10. Indikátory klinické péče

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.

Datum: 28.02.2024



MUDr. Jaroslav Tvarůžek
Provozní ředitel



Ing. Eva Zobačová
Finanční ředitel

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
 - Quality manager pro skupinu Vamed Mediterra a.s. – Mgr. Zuzana Jardekyová, 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 – MUDr. Marián Sandecký
 - Člen – MUDr. Tomáš Kočíš
 - 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 ExCom 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 ExCom 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 ExCom popsáním rozporu, resp. s uvedením variantního řešení.
- e) Výstupy z jednání RK předkládá ExCom 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 2024

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

| Indikátory kvality | Monitorování | Frekvence hodnocení | Odpovědná osoba za sběr a hodnocení dat |
|--|---------------------|----------------------------|--|
| Pády | měsíčně | 1x ročně | Hlavní sestra |
| Dekubity | měsíčně | 1x ročně | Hlavní sestra |
| Nežádoucí události | měsíčně | 1x ročně | Hlavní sestra |
| Infekce spojené se zdravotní péčí | měsíčně | 1x ročně | Epidemiologická sestra a hlavní sestra |
| Pracovní úrazy | měsíčně | 1x ročně | Projektový manažer |
| Ortopedická péče- % re-operací TEP pro komplikace, | měsíčně | 1x ročně | Lékař ortopedického oddělení |
| Chirurgická péče - re-operace pro komplikace | měsíčně | 1x ročně | Lékař chirurgického oddělení |
| RTG - expozice, decentrace, pohyb klienta | měsíčně | 1x ročně | Vedoucí laborant RTG |
| Operační sály – popálení /jiná poškození pacienta | měsíčně | 1x ročně | Staniční sestra OS |
| GEA – záchyt nově diagnostikovaných ca zažívacího traktu | měsíčně | 1x ročně | Lékař/sestra GEA |
| Stížnosti a pochvaly | měsíčně | 1x ročně | Hlavní sestra |
| Spokojenost pacientů | čtvrtletně | čtvrtletně | Hlavní sestra |
| Spokojenost zaměstnanců | 1x za 2 roky | 1x za 2 roky | Hlavní sestra a personální oddělení |
| Správnost vedení zdravotnické dokumentace | měsíčně | 1x ročně | Hlavní sestra a hlavní lékař |

Příloha č. 3

Politika, program a cíle kvality NSZ na rok 2024

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 2024

Celkové: Revize programu zdraví

- **Prevence závislostí**
- **Zvyšovat kvalitu multikulturní péče**
- **Zlepšení interpersonální komunikace a vztahů**

Investice

| Oddělení | Investice |
|------------------------------------|---|
| NIP | Plicní ventilátor SV 300 |
| Operační sál ortopedie | TZ podlah |
| Administrativa | Vybudování zasedací místnosti |
| Ortopedie, JIP | Vybudování šaten |
| Dílny, rehabilitace, operační sály | Výměna oken a dveří + venkovní žaluzie |
| Kuchyň | Vzduchotechnika |
| Kuchyň | TZ stropu a osvětlení |
| NsZ celkově | Renovace serverů a úložišť - virtualizace |
| NsZ celkově | Archivace dokumentace - EZD do NIS |
| Operační sál ortopedie | Operační stůl |
| Operační sál chirurgie | Plazmový sterilizátor |
| Operační sál chirurgie | Artroskopická optika |
| Operační sál chirurgie | Anesteziologický systém |
| Ambulance interní | Tělesný analyzátor |

Dle indikátorů:

1. Pády

Při příjmu je u každého pacienta vyhodnoceno riziko pádu dle standardizované škály a dle míry rizika jsou ihned nastavena ve spolupráci s pacientem preventivní opatření. K přehodnocení rizika pádu dochází na akutní péči po 10 dnech, na následných lůžkách po měsíci a při změně stavu pacienta.

Pokud k pádu dojde, jsou nastavená opatření přehodnocena a znovu nastavena. Pacient je opakovaně edukován o rizicích pádu a jejich předcházení. Pacienti mají k dispozici tištěný leták s jasnými pravidly pro prevenci pádů při jejich hospitalizaci, ev. pro prevenci pádů v domácí péči.

- prahová hodnota $\leq 1,5$

2. Dekubity

Při přijetí je u každého pacienta zhodnocené riziko dle hodnotící škály Nortonové, při zjištění rizika (pacient má 25 bodů a méně) je zahájena prevence vzniku dekubitů. Další hodnocení probíhá v závislosti na době hospitalizace pacienta na oddělení – v akutní péči přehodnocení po 10 dnech, na následných lůžkách po měsíci a při zhoršení stavu pacienta.

Na odděleních jsou k dispozici polohovací pomůcky i antidekubitní matrace. Důležitá je aktivizace pacientů, správná hygienická péče, ošetřování kůže, pravidelná kontrola predilekčních míst a dodržování polohovacího plánu.

Nemocnice má vyškolené specialistky pro hojení ran, které lze pozvat ke konzultaci a ověření správnosti postupu při hodnocení defektů a jejich léčbě.

– prahová hodnota $\leq 1,5$

3. Nežádoucí události

Nežádoucí události jsou hlášeny dle nastaveného systému na tištěném formuláři. Formulář vyhodnocuje a schvaluje hlavní sestra, ev. žádá o doplnění informací oprávněnou osobou – což je zpravidla vedoucí úseku. Závažné nežádoucí události hlásí HQ manažerka kvality. Od roku 2019 je povinností všech poskytovatelů zdravotní péče předat do registru ÚZIS agregovaná data o počtu nežádoucích událostí.

4. Infekce spojené se zdravotní péčí

Na základě sledování a vyhodnocení infekcí se zdravotní péčí (ISZP) jsou zaváděna preventivní opatření praktická a v případě potřeby i ve formě vnitřních dokumentů. Cílem je:

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

5. Pracovní úrazy

Sledování úrazovosti zaměstnanců, příčin úrazů a podílu pracovních neschopností v závislosti na pracovním úrazu.

6. Ortopedická péče u operací TEP

Indikátor kvality péče ortopedického oddělení, sleduje výskyt významných komplikací po výkonech totální endoprotéza kyčelního kloubu a totální endoprotéza kolenního kloubu v NSZ do 6 měsíců.

Za významné komplikace TEP jsou považovány DG: T81x Komplikace výkonů, nezařazené jinde a T84x Komplikace vnitřních ortopedických protetických pomůcek, implantátů a štěpů a zánětlivé komplikace nebo operační revize TEP

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

7. Chirurgická péče - reoperace

Indikátor kvality péče na chirurgickém oddělení sleduje výskyt neplánovaných reoperací provedených do 6 měsíců v souvislosti s předchozí operací na tomto oddělení. Předchozí operace je definována jako první operace nebo předchozí reoperace u stejného pacienta. Ze sledovaného počtu jsou vyloučeny reoperace plánované, reoperace na párových orgánech (pokud nejde o operaci na stejnostranném orgánu) a reoperace v případech, kdy diagnóza nebo zvolený terapeutický postup reoperaci vyžadují.

- sledování % re-operací pro komplikace do 6 měsíců od operace – prahová hodnota $\leq 3\%$

8. RTG

Indikátorem kvality je počet zjištěných neshod z celkového počtu vyšetření v procentech

- 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%

9. Popálení/ jiná poškození pacienta na operačním sále

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

10. GEA – záchyt nově kolonoskopicky/ gastrokopicky diagnostikovaných a histologicky potvrzených karcinomů zažívacího traktu

11. Stížnosti a pochvaly

Všechny stížnosti byly důkladně ve spolupráci s odděleními a vedením prošetřeny, na základě faktů vyhodnoceny a napraveny. Sledujeme počet oprávněných, neoprávněných a vyřízených stížností. Dále sledujeme počet písemných pochval jako vyjádření spokojenosti

12. Hodnocení spokojenosti pacientů

Hodnocení probíhá na vlastních dotaznících každé čtvrtletí, následně jsou dotazníky zpracované na holdingu Vamed-Mediterra, a.s., nemocnice obdrží výsledný benchmark v rámci nemocnic holdingu.

13. Hodnocení spokojenosti zaměstnanců

Probíhá na vlastních dotaznících, které jsou vyhodnocované 1x za 2 roky.

14. Správnost vedení zdravotnické dokumentace

– prahová hodnota $\geq 92\%$

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 2024:

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 zvýhodněných lázeňských pobytů určená pro zaměstnance skupiny VAMED MEDITERRA

PODPORA ZDRAVÍ NAŠICH PACIENTŮ

- Nutriční poradenství s nutričním terapeutem, 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

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, vyvarujte se stresu

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 ošetrovacího 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 ošetrovatelské 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 prodlení) 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.

