



# **Politika a program kontinuálního zvyšování kvality v MEDITERRA Sedlčany, s.r.o. na rok 2018**

V Sedlčanech 11.1.2018

Ing. Filip Zítka  
MUDr. Sergej Jurčenko

## Obsah

1	Účel .....	3
2	Rozsah platnosti .....	3
3	Definice a použité zkratky .....	3
4	Program kvality v Nemocnici Sedlčany .....	4
4.1	Organizační struktura programu kvality.....	4
4.2	Kontrola programu.....	5
4.3	Výstupy Programu kvality .....	6
4.4	Zdroje Programu .....	6
4.5	Vzdělávání, komunikace .....	6
4.6	Resortní bezpečnostní cíle .....	6
4.7	Indikátory kvality .....	7
4.7.1	Spokojenost pacientů .....	7
4.7.2	Spokojenost zaměstnanců.....	8
4.7.3	Nežádoucí události .....	8
4.7.4	Nozokomiální nákazy .....	9
4.7.5	Stížnosti a pochvaly.....	9
4.7.6	Dekubity.....	9
4.7.7	Pády .....	9
4.7.8	Úrazy zaměstnanců .....	10
4.7.9	Kontrola zdravotnické dokumentace.....	10
4.7.10	Indikátory klinické péče .....	10
4.7.11	Stranová záměna .....	10
4.7.12	Postpunkční bolest hlavy.....	10
4.7.13	Neplánovaná extubace personálem.....	11
5	Dodržování a hodnocení politiky kvality.....	11

## Přílohy

Příloha č. 1 - Statut Rady kvality

Příloha č. 2 - Indikátory kvality

Příloha č. 3 - Koncepce auditů zdravotnických pracovišť

Příloha č. 4 - Plán auditů

Příloha č. 5 - Politika, program a cíle kvality

Příloha č. 6 - Program kvality

## 1 Účel

Účelem tohoto programu je popsat, jak standardizovat a zlepšovat kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče v Nemocnici Sedlčany, provozované společností MEDITERRA-Sedlčany s.r.o. (dále jen nemocnice).

Cílem programu je dosáhnout v celé nemocnici shody s platnou legislativou a akreditačními standardy. Cílem je především snaha nemocnice 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 nemocnice, zlepšovat kulturu organizace a zlepšovat způsoby řízení. Akreditace motivuje nemocnici 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 nemocnice.

## 2 Rozsah platnosti

Tento program je závazný pro všechny zaměstnance MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o.

## 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.

SMK	systém managementu kvality
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
ISZP	Infekce spojené se zdravotní péčí
NU	Nežádoucí události

## 4 Program kvality v Nemocnici Sedlčany

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.

### 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 nemocnice

### 4.1 Organizační struktura programu kvality

Poradním orgánem ExCom je Rada kvality.

#### Koordinátor kvality je:

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

### Rada kvality:

- se řídí svým Statutem Rady kvality, uvedeným v příloze č. 1,
- schvaluje indikátory kvality, způsob kontrolování a vyhodnocení výsledků a jejich zlepšení v příloze č. 2,
- schvaluje plán auditů zdravotnických pracovišť nemocnice (viz příloha č. 4.),
- 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).

Nástroje 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 vede vedoucí auditor a metodicky je řízen manažerem kvality a manažerem kvality pro skupinu VAMED-MEDITERRA.

Povinnosti, cíle a náplň činnosti auditní skupiny je podrobně popsána v koncepci auditů nemocnice viz Příloha č. 3.

## **4.2 Kontrola programu**

Kontrola naplňování programu kvality je prováděna Radou kvality nemocnice.

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

### **4.3 Výstupy Programu kvality**

Výstupy programu kvality jsou nejméně:

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

### **4.4 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 nemocnice MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o. a zahrnuty do finančního plánu.

### **4.5 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.

### **4.6 Resortní bezpečnostní cíle**

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

- Bezpečná identifikace pacientů
- Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti
- 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

## **4.7 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.

Sběr dat provádí proškolení pověřeni zaměstnanci v pravidelných intervalech dle přílohy č. 2. 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 Radě kvality ke schválení. Nedílnou součástí zprávy je doporučení nápravných a preventivních opatření a způsob kontroly jejich naplnění.

Výběr indikátorů kvality v nemocnici je prováděn podle míry rizikovosti, zjištěné v předchozím roce, každoročně přehodnocen na Radě kvality nejpozději 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 nemocnice 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 na intranetovém portálu.

### **4.7.1 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. Ze schránek jsou dotazníky vybírány pověřenou osobou a předány asistentce ředitelů. 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.

#### **4.7.2 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 na personální oddělení Nemocnice Sedlčany. Vyhodnocení spokojenosti zaměstnanců je prováděno 1x ročně a výsledky jsou prezentovány na Radě kvality.

#### **4.7.3 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 Sedlčany a po vyplnění je odevzdán ředitelce pro ošetrovatelskou péči, která dle závažnosti události zajistí prošetření události, provede její analýzu a dle potřeby stanovuje další nápravná nebo preventivní opatření. Dále hlášení předá manažerovi kvality.

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

Je zpracována u závažných NU - klasifikace G-I. Provedení kořenové analýzy vede a koordinuje koordinátor kvality 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 také odeslána všem vedoucím pracovníkům 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 Nemocnice Sedlčany.



#### **4.7.4 Nozokomiální nákazy**

Sledování nozokomiálních nákaz se provádí dle interního předpisu „Nozokomiální nákazy - jejich sledování a hlášení“. Sběr dat probíhá pomocí formuláře, který je odeslán sestře pro kontrolu infekcí a lékaři odpovědnému za evidenci a hodnocení dat. Ten také v případě nutnosti konzultuje evidované nozokomiální nákazy s klinickým mikrobiologem a/nebo s hygienikem. Následně v nutných případech připravuje doporučení dalších postupů a/nebo opatření. Počet evidovaných nozokomiálních nákaz je v grafické podobě 1x měsíčně odesílán na zdravotnická pracoviště.

Vyhodnocení výskytu nozokomiálních nákaz se provádí minimálně 2x ročně a je zpracováno v souhrnné zprávě, která je odeslána všem vedoucím pracovníkům nemocnice a projednána na Radě kvality. 1x ročně je vyhodnocení předkládáno koordinátorovi kvality nemocnice a manažerovi kvality VAMED-MEDITERRA.

#### **4.7.5 Stížnosti a pochvaly**

Sledování stížností provádí sekretariát ředitelství, který též stížnosti eviduje a archivuje. Aktuální vyhodnocování a řešení stížností se řídí interní směrnicí „Postup při přijímání a šetření stížností“. Asistentka ředitelů provede souhrnnou analýzu tohoto indikátoru a 1x ročně předloží na jednání vedení nemocnice při Radě kvality.

1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality VAMED-MEDITERRA.

#### **4.7.6 Dekubity**

Všechny zjištěné dekubity hlásí vrchní sestry 1x měsíčně koordinátorovi kvality

Vyhodnocení je prováděno minimálně 2x ročně, zveřejněno na intranetu nemocnice a 1x ročně je vyhodnocení předkládáno vedení nemocnice manažerovi kvality VAMED-MEDITERRA.

#### **4.7.7 Pády**

Pády v nemocnici jsou hlášeny pomocí formulářů „Hlášení pádu pacienta“ umístěných na intranetovém portále nemocnice. Tyto formuláře jsou předány ředitelce pro ošetrovatelskou péči nemocnice. V případě pádů se zraněním je toto řešeno okamžitě na úrovni pracoviště, kde pád vznikl a následně je nahlášeno i lékařskému řediteli a manažerovi kvality jako nežádoucí událost. Ředitelka pro ošetrovatelskou péči dále data předá koordinátorovi kvality a ten zpracuje pololetně grafickou zprávu s počtem a závažností pádů, kterou publikuje na intranetu nemocnice a minimálně 1x ročně pak provede souhrnnou zprávu. Tu prezentuje na Radě kvality a 1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality VAMED-MEDITERRA.

#### **4.7.8 Úrazy zaměstnanců**

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

#### **4.7.9 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 Nemocnice Sedlčany, 1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality Vamed Mediterra.

#### **4.7.10 Indikátory klinické péče**

Indikátory klinické péče jsou definovány metodickými pokyny lékařského ředitele.

#### **4.7.11 Stranová záměna**

Sledování a hodnocení výskytu stranové záměny při operačních výkonech je indikátor kvality chirurgické péče. Na oddělení JPL jej provádí vedoucí lékař JPL. V případě výskytu stranové záměny je tato nežádoucí událost zaznamenána lékařem na příslušný formulář Hlášení nežádoucí události a předá ho vedoucímu lékaři JPL. Ten formulář potvrdí, vyjádří se k události, případně navrhne nápravná opatření a dále předá manažerovi kvality. Ten zpracuje pololetně a ročně grafickou zprávu s počtem stranových záměn, kterou pak zahrne do Souhrnné analýzy indikátorů kvality a potom prezentuje na Radě kvality. 1x ročně je vyhodnocení předkládáno Radě kvality a manažerovi kvality pro skupinu VAMED-MEDITERRA.

#### **4.7.12 Postpunkční bolest hlavy**

Postpunkční bolest hlavy v souvislosti epidurání anestézii podané před operačním výkonem je indikátor kvality anesteziologické péče. Poranění přítomný lékař zaznamená do příslušného formuláře Hlášení nežádoucí události, který předá primáři NIP. Ten formulář potvrdí, vyjádří se k události, případně navrhne nápravná opatření a dále předá manažerovi kvality. Ten provede pololetní a roční grafickou analýzu a poté jí zahrne do Souhrnné analýzy indikátorů kvality, která je předložena Radě kvality a pro skupinu VAMED-MEDITERRA.

#### **4.7.13 Neplánovaná extubace personálem**

Neplánovaná extubace (TSK - tracheostomická kanyla, ETK - endotracheální kanyla) personálem je indikátor kvality intenzivní péče. V případě této události se zaznamená na formulář hlášení nežádoucí události. Událost je nahlášena vedoucímu lékaři oddělení intenzivní péče, kde se událost stala, a ten vše prošetří a navrhne nápravná opatření. Vyplněné hlášení je předáno manažerovi kvality k další analýze.

### **5 Dodržování a hodnocení politiky kvality**

Program politiky kvality a jeho dodržování je pravidelně hodnoceno a kontrolováno vedením Nemocnice Sedlčany na podkladě reportů, které manažer kvality zpracovává dle dodaných výsledků měření nejméně 1x ročně.

## **STATUT RADY KVALITY**

1. Rada pro kvalitu (dále RK) je koncepčním, poradním, výkonným a kontrolním orgánem ředitelů nemocnice MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o. (dále jen nemocnice) odpovídajícím za koordinační a koncepční činnosti v procesu kontinuálního zvyšování kvality péče Nemocnice Sedlčany.
2. Členy RK jmenuje a odvolává provozní ředitel, zejména z řad zaměstnanců nemocnice MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o. Minimální počet členů je 5.
3. Složení Rady kvality:
  - Předseda Rady kvality a koordinátor kvality - Mgr. Irena Hendrychová, DiS
  - Vedoucí auditní skupiny - Bc. Miroslava Kudrnová
  - Člen - Ing. Filip Zítka
  - Člen - MUDr. Sergej Jurčenko
  - Člen - Libor Ptáček
4. Administrativní a organizační zajištění činnosti RK včetně archivace materiálů provádí koordinátor kvality.
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 Nemocnice Sedlčany stanovuje priority jednotlivých činností na úseku řízení kvality péče a zpracovává jejich harmonogram,
  - koordinuje přípravu k reakreditaci Nemocnice Sedlčany 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 dle pokynů provozního ředitele nemocnice, včetně systému vnitřních auditů,
  - pravidelně se seznamuje s výstupy hodnocení spokojenosti pacientů/klientů nemocnice analyzuje tyto výstupy a využívá je v procesu zvyšování kvality péče,
  - monitoruje stížnosti na kvalitu zdravotní péče v rámci nemocnice,
  - monitoruje a analyzuje nežádoucí události v rámci nemocnice,

- předkládá ExComu nemocnice pravidelné informace o plnění harmonogramu procesu kontinuálního zvyšování kvality péče.

#### 6. Jednací řád Rady kvality:

- a) Jednání RK svolává předseda RK minimálně 2x ročně, mimo tyto pravidelné termíny pak na pokyn provozního ředitele nemocnice, 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 jím pověřený člen Rady kvality.
- c) Účast členů na jednáních RK je povinná.
- d) Při rozhodování o návrzích pracuje nemocnice principem konsensu omnium (většinou hlasů). V případě, že ke konsensu nedojde, předkládá se návrh ExComu nemocnice s popsáním rozporem, resp. s uvedením variantního řešení.
- e) Výstupy z jednání RK předkládá ExComu nemocnice koordinátor kvality.
- f) Na jednání RK se vztahují ustanovení nemocnice upravující mlčenlivost zaměstnanců nemocnice.
- g) K jednání RK mohou být přizváni s hlasem poradním zaměstnanci nemocnice, případně externí konzultanti, kteří nejsou členy Rady kvality.
- h) Z jednání RK se pořizuje zápis, který se zasílá všem jejím členům a řediteli nemocnice.
- i) Funkční období RK je na dobu neurčitou.

## Indikátory kvality 2018

Vedení nemocnice 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 byl přehodnocen a schválen na Radě kvality 23.2.2018.

Indikátory kvality	Monitorování/ hlášení	Frekvence hodnocení	Odpovědná osoba za sběr a hodnocení dat
Stížnosti	Průběžně	1x ročně	Ing. Filip Zítko
Spokojenost pacientů	ročně	1x ročně	Mgr. Irena Hendrychová
Spokojenost zaměstnanců	ročně	1x ročně	Mgr. Irena Hendrychová
Postpunkční bolest hlavy	průběžně	pololetně/ročně	Prim.MUDr. Sergej Jurčenko
Nežádoucí události	průběžně	pololetně/ročně	Mgr. Irena Hendrychová, DiS
Pády	průběžně	pololetně/ročně	Mgr. Irena Hendrychová, DiS
Starnová záměna	průběžně	pololetně/ročně	MUDr. Karel Pejša
Nozokomiální nákazy	průběžně	pololetně/ročně	Hana Zamrazilová
Dekubity	průběžně	pololetně/ročně	Mgr. Irena Hendrychová
Neplánovaná extubace	průběžně	Pololetně/ročně	Prim. MUDr. Sergej Jurčenko

## **Koncepce auditů zdravotnických pracovišť Nemocnice Sedlčany pro rok 2018**

Audity pracovišť jsou komplexní audity prováděné v rámci přípravy na reakreditaci Spojenou akreditační komisí České republiky (SAK ČR).

Auditní činnost se řídí podle koncepce auditů zdravotnických pracovišť nemocnice MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o., které vypracuje vedoucí auditní skupiny konkrétně na daný rok

Interní audit je systematický, nezávislý a dokumentovaný proces získávání důkazů z auditu a jeho objektivního hodnocení s cílem stanovit rozsah splnění kritérií auditu (kontrolní list).

Interní audity provádí proškolení interní auditoři nemocnice MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o.

Kontrolní listy jsou seznamy otázek, sestavené vedoucím auditní skupiny nemocnice a jsou základním podkladem pro provádění interních auditů v nemocnici MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o. Interní audity v nemocnici se provádí plánované a neplánované. Neplánované interní audity nejsou zahrnuty v koncepci auditů a provádí se na základě velké či opakující se neshody v procesu.

Interní auditoři vyhodnotí provedený interní audit, zaznamenají zjištěné neshody do patřičných formulářů a doporučí opatření ke zlepšení.

Vedoucí auditní skupiny provádí celkové měsíční hodnocení všech provedených auditů, kdy výsledky zaznamenává do grafu/tabulky, vyhledává rizikové procesy a doporučuje nápravná a preventivní opatření. Dále zpracuje 1 x ročně souhrnnou analýzu auditů a předloží ji Radě kvality.

Vedoucí auditní skupiny seznamuje vedoucí zaměstnance a ti potom seznamují své zaměstnance s výsledky interních auditů. Vedoucí auditní skupiny kontroluje dodržování navržených nápravných a preventivních opatření. Vedoucí zaměstnanci provádí školení zaměstnanců v problematice oblastech viz. **příloha č. 3 Koncepce auditů zdravotnických pracovišť.**

### Kontrola vedení zdravotnické dokumentace

Správné vedení zdravotnické dokumentace je prováděno dle směrnice „Kontrola zdravotnické dokumentace“ a „Vedení zdravotnické dokumentace“.

Sledování správného vedení zdravotnické dokumentace je rozděleno na dvě části a to na sledování lékařské zdravotnické dokumentace a sledování ošetrovatelské zdravotnické dokumentace.

Za správné vedení ošetrovatelské dokumentace odpovídají vrchní a staniční sestry oddělení, kontroluje a hodnotí vedoucí auditní skupiny MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o., zjištěné nedostatky řeší s vrchními a staničními sestrami jednotlivých oddělení. 1x ročně vyhodnocení prezentuje na úrovni vedení MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o.

Za správné vedení lékařské dokumentace odpovídají primáři a vedoucí lékaři oddělení, kontroluje a hodnotí lékařský ředitel MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o. Závažné nedostatky jsou lékařským ředitelem řešeny přímo s primáři jednotlivých oddělení. Vyhodnocení probíhá minimálně 1x ročně na jednání Rady kvality nemocnice.

1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality a Radě kvality pro skupinu VAMED-MEDITERRA.

### **Audity pracovišť nemají vliv na finanční ohodnocování pracovišť.**

#### **Cíl auditů:**

1. edukace zaměstnanců
2. vyhodnocení souladu systému MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o. s požadavky SAK ČR
3. bezpečí pacientů a zaměstnanců nemocnice MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o.
4. udržení a zvyšování kvality poskytované péče

#### **Plánované audity**

Audity budou probíhat na základě plánu vedoucího auditní skupiny a o přesných termínech budou vedoucí pracovišť informováni. Před zahájením auditu se auditní tým dohodne se zástupci auditovaného pracoviště nemocnice, kdo bude auditní tým doprovázet.

#### **Mimořádné (neplánované) audity**

Audity, které nejsou pracovišti předem ohlášeny, budou probíhat na všech zdravotnických pracovištích. Tyto audity slouží k ověření funkčnosti nastavených procesů v nemocnici.



### **Auditní komise:**

1. Audity provádí vedoucí auditní skupiny a určení zaměstnanci odborných profesí vyžádaných z příslušných úseků, kteří jsou jmenováni Radou pro kvalitu a řádně proškoleni v oblasti auditních činností.
2. Kontrola je prováděna na základě pověření provozního ředitele nemocnice.

### **Práva a povinnosti kontrolních pracovníků**

Kontrolní pracovníci jsou při provádění kontroly **oprávněni**:

1. písemně požadovat, aby zaměstnanci kontrolovaných organizačních jednotek nemocnice předložili ve stanovených lhůtách originální doklady a další písemnosti, týkající se zjišťovaných skutečností,
2. vstupovat do prostor v rámci areálu Nemocnice Sedlčany, které souvisí s předmětem kontroly,
3. vyžadovat ústní či písemná stanoviska, informace a vyjádření odpovědných pracovníků nemocnice pro potřeby kontrolní činnosti.

**Kontrolní pracovníci jsou** při provádění kontroly **povinni** zjistit skutečný stav věci a dále jsou povinni:

1. v případě zajištění dokladů písemně potvrdit jejich převzetí,
2. zajistit ochranu předložených originálních dokladů a pominou-li důvody jejich převzetí, doklady neprodleně vrátit,
3. pořizovat o výsledcích kontroly zápis,
4. zachovat mlčenlivost o zjištěných skutečnostech. Porušení tohoto ustanovení bude posuzováno jako porušení pracovní kázně.

### **Povinnosti zaměstnanců kontrolovaných organizačních jednotek**

Zaměstnanci kontrolovaných organizačních jednotek nemocnice jsou povinni vytvořit podmínky k provedení kontroly.

### **Prověřované oblasti:**

Audity pracovišť budou probíhat dle požadavků SAK ČR, zákonných požadavků a požadavků interních předpisů Nemocnice Sedlčany v těchto oblastech:

- BOZP, bezpečí a bezpečnost nemocničního prostředí, rezortní bezpečnostní cíle
- Evakuační plány a požární ochrana
- Hygienicko-epidemiologický režim, hygiena rukou
- Kontinuita poskytované péče - management bolesti, výživy
- Léčiva - předepisování, podávání a uchovávání léčiv
- Evidence a zacházení s návykovými léky a přípravky a zacházení s léčivy s vyšší mírou rizika
- Metrologie, evidence přístrojů a zaškolení
- Odpady a zacházení s prádlem
- Práva a edukace pacientů, bezpečí a intimita pacientů
- Kardiopulmonární resuscitace - léčiva, pomůcky, postup
- Řízení lidských zdrojů
- Řídící dokumentace
- Vedení zdravotnické dokumentace
- RBC

### **Výstup z auditu:**

O provedené kontrole se pořizuje zápis (záznam, zpráva nebo kontrolní protokol), který musí obsahovat:

1. předmět kontroly
2. termín provedení kontroly
3. kontrolované období
4. jména kontrolních pracovníků
5. stručné hodnocení kontrolované oblasti
6. zjištěné nedostatky včetně uvedení ustanovení předpisů, které byly porušeny

## 7. doporučení opatření k odstranění nedostatků

Zápis o provedené kontrole podepisují všichni kontrolní pracovníci, kteří kontrolu provedli.

Závěrečná zpráva je předána vedení kontrolovaného pracoviště nemocnice, obsahuje zápis nalezených neshod na pracovišti, které jsou v rozporu s vnitřními předpisy MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o.

### **Realizace výsledků kontroly:**

Zaměstnanci kontrolovaných organizačních jednotek nemocnice jsou povinni zjištěné nedostatky odstraňovat v rámci možností již v průběhu kontroly. U nedostatků závažnějšího charakteru musí být vedoucím kontrolovaného pracoviště přijata opatření k nápravě, a to konkrétní, adresná a termínovaná. O jejich přijetí je povinen vedoucí kontrolovaného pracoviště písemně informovat manažera kvality Nemocnice Sedlčany.

## PLÁN AUDITŮ NA ROK 2018

<b>LEDEN</b>	<b>AUDIT č. 1</b>	<b>Léčiva, předepisování, podávání a uchovávání léčiv</b> Léčiva s vyšší mírou rizika, návykové látky. Resuscitace - léčiva, pomůcky, postup
<b>ÚNOR</b>	<b>AUDIT č. 2</b>	<b>Vedení zdravotnické dokumentace</b>
<b>BŘEZEN</b>	<b>AUDIT č. 3</b>	<b>Sledování nežádoucích událostí</b> Kontinuita poskytované péče - sledování bolesti, nutriční péče Indikátory kvality
<b>DUBEN</b>	<b>AUDIT č. 4</b>	<b>BOZP, bezpečí a bezpečnost nemocničního prostředí</b> Evakuační plány a požární ochrana Vnitřní značení, označení místností
<b>KVĚTEN</b>	<b>AUDIT č. 5</b>	<b>Hygienicko epidemiologický režim, hygiena rukou, NN</b>
<b>ČERVEN</b>	<b>AUDIT č. 6</b>	<b>Metrologie, evidence přístrojů a zaškolení</b>
<b>ČERVENEC</b>	<b>AUDIT č. 7</b>	<b>Bezpečnostní vizita - ambulantní pracoviště</b>
<b>SRPEN</b>	<b>AUDIT č. 8</b>	<b>Strava a stravování pacientů, úklid, manipulace s prádlem</b> Odpady, Údržba a správa budov
<b>ZÁŘÍ</b>	<b>AUDIT č. 9</b>	<b>Spokojenost pacientů a zaměstnanců</b> Omezovací prostředky
<b>ŘÍJEN</b>	<b>AUDIT č. 10</b>	<b>Vyřizování stížností, Organizační řád</b> Spisový, archivační a skartační řád
<b>LISTOPAD</b>	<b>AUDIT č. 11</b>	<b>Práva pacientů, bezpečí a intimita</b> Informované souhlasy, Edukace pacientů
<b>PROSINEC</b>	<b>AUDIT č. 12</b>	<b>Řízení lidských zdrojů</b> Vedení zdravotnické dokumentace

## **Politika, program a cíle kvality MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o. na rok 2018**

### **Hlavní myšlenka:**

**Nemocnice Sedlčany - přátelská nemocnice**

### **Motto:**

S přáteli po boku jsou i zdravotní problémy snesitelnější.

### **Mise:**

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

### **Vize:**

V námi nabízeném spektru péče chceme nabídnout vysoce kvalitní odbornou péči, kterou budeme poskytovat laskavě a trpělivě při respektování všech práv a přání našich klientů.

### **Strategie:**

Soustředíme se na zdokonalování a kvalitativní růst naší péče a snažíme se neustále zvyšovat její standard. Nebudeme zapomínat ani na vytváření příjemného a přátelského prostředí na všech našich odděleních.

Cílem není být největší nemocnicí regionu, ani nemocnicí s nejširším nabízeným spektrem péče. Chceme ale být výborní v tom, co umíme. Naším cílem je proto zdokonalovat naše procesy a zvyšovat standard nabízených služeb i užívaných nástrojů (postupy, medicínská technika, vybavení budov).

**Zakládáme** si na domácím prostředí a individuálním přístupu ke klientům a jejich rodinám.

**Zaměstnáváme** lidi z našeho regionu.

**Vytváříme** přátelské prostředí pro pacienty, zaměstnance i okolí.

### **Cíle kvality na rok 2018:**

- Snížit počet poranění ostrým předmětem kontaminovaným biologickým materiálem o 10 %
- Snížit výskyt dekubitů vzniklých v nemocnici Sedlčany na oddělení NIP1 o 10 %
- Rekonstrukce atria, vytvoření posezení pro pacienty
- Nákup nových lůžek pacientů

- Stavební úpravy na oddělení DIOP, tak aby bylo zajištěno soukromí pacientů

Příloha č. 6

## **PROGRAM PODPORY ZDRAVÍ**

„Jsou tisíce chorob, ale jenom jedno zdraví.“ Karl Ludwig Borne

V Nemocnici Sedlčany podporujeme program zdravého životního stylu pacientů i personálu. Chceme Vám pomoci k navrácení zdraví a budeme Vás podporovat a pomáhat Vám osvojit si zdravý životní styl.

### **PODPORA ZDRAVÍ ZAMĚSTNANCŮ:**

- Komerční rehabilitace za zvýhodněnou cenu
- podpora aktivního sportu – Multisport benefit karta
- Pitný režim v teplých dnech;
- Stravování v závodní jídelně s možností z výběru z pěti jídel;
- Léčebně-preventivní péče;
- Školení BOZP;
- Pravidelné školení hygieny rukou;
- Očkování proti hepatitidě, chřipce ...
- Možnost návštěvy psychologa

### **PODPORA ZDRAVÍ NAŠICH PACIENTŮ**

- a) Naplňování bezpečnostních rezortních cílů:
  - Bezpečná identifikace pacientů,
  - Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizika,
  - Prevence pádů,
  - Prevence záměny pacienta,
  - Zavedení postupů hygieny rukou,
  - Bezpečná komunikace,
  - Bezpečné předávání pacientů,
  - Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů,
- b) Nutriční poradenství s nutričním terapeutem,
- c) Diabetologická ambulance - edukace diabetiků,
- d) Interní ambulance - edukace o pitném režimu a zdravém stravování,

- e) Edukační materiály pro pacienty na odděleních i v ambulancích,
- f) Zajištění duchovních služeb pro pacienty u lůžka,

### **PODPORA ZDRAVÍ VEŘEJNOSTI**

- Pravidelné Dny zdraví
- Cévní poradna - chirurgické konzilium ohledně žil dolních končetin;
- Endoskopická ambulance - naše pracoviště je centrem pro screeningovou kolonoskopii
- Nutriční ambulance - výživové poradenství
- Psychiatrická ambulance

### **VŠEOBECNÁ DOPORUČENÍ PRO ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL**

- Chodte na preventivní prohlídky - využijte možností preventivních programů pro screening nádorů rekta, melanomu, prostaty, prsu a dalších, preventivní vyšetření na glaukom a poruchy sítnice, prevenci kardiovaskulárních chorob a v neposlední řadě i prevenci poškození pohybového aparátu
- Udržujte si optimální tělesnou hmotnost a v případě nadváhy ji snižte i s odbornou pomocí našich odborníků;
- 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 a omezte alkoholické nápoje
- Vyvarujte se závislosti na alkoholu, drogách, lécích...