



Politika a program kontinuálního zvyšování kvality Nemocnice Tanvald, s.r.o. na rok 2024

V Tanvaldu 10. 01. 2024

Dagmar Kebrdlová
MUDr. Malikdin Andar
Mgr. Kateřina Charouz

Obsah

| | | |
|-------|--|---|
| 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 | 5 |
| 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 (dále ISZP)..... | 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 |

Přílohy

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 Tanvald, s.r.o. (dále TNV).

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

2. Rozsah platnosti

Tento program je závazný pro všechny zaměstnance TNV.

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.

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

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 TNV

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 (dále RK):

- se řídí svým Statutem Rady kvality, uvedeným v příloze č. 1,
- schvaluje indikátory kvality, způsob kontrolování a vyhodnocení výsledků
- schvaluje plán auditů zdravotnických pracovišť TNV
- 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 Rady kvality.

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 TNV 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 TNV.

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 TNV 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 TNV zabývá Resortními bezpečnostními cíli Ministerstva zdravotnictví České republiky, ze kterých částečně vycházejí i indikátory kvality TNV. Resortní bezpečnostní cíle jsou:

- Bezpečná identifikace pacientů
- Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizika
- Prevence záměny pacienta, výkonu, strany a místa při výkonech
- Prevence pádů
- Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
- Bezpečná komunikace
- Bezpečné předávání pacienta
- 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 TNV.

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 TNV. Nedílnou součástí zprávy je doporučení nápravných a preventivních opatření a způsob kontroly jejich naplnění.

Výběr indikátorů kvality v TNV 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 TNV 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 TNV na intranetovém portálu.

6.1. Spokojenost pacientů

Sledování spokojenosti pacientů je prováděno kontinuálně 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 TNV. Ze schránek jsou dotazníky vybírány pověřenou osobou a předány ředitelce pro ošetrovatelskou péči (dále ŘOP) TNV. 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 kontinuálně 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 TNV. Vyhodnocení spokojenosti zaměstnanců je prováděno 1x za dva roky nyní bude prováděno v roce 2025 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 TNV a po vyplnění je odevzdán ředitelce/li pro ošetrovatelskou péči (dále ŘOP), která/ý 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 F-I. Provedení kořenové analýzy vede ŘOP 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 TNV.

6.4. Infekce spojené se zdravotní péčí (dále ISZP)

Sledování ISZP se provádí dle interního předpisu „Postupy prevence a kontroly infekcí“. Sběr dat probíhá pomocí formuláře, který je odeslán epidemiologické sestře TNV, přehled je následně zaslán ŘOP. V nutných případech připravuje doporučení dalších postupů anebo opatření. Počet evidovaných ISZP je v grafické podobě 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 sekretariát TNV, které též stížnosti eviduje a archivuje. Aktuální vyhodnocování a řešení stížností se řídí interní směrnicí „Postup při přijímání a šetření stížností“. ŘOP provede souhrnnou analýzu tohoto indikátoru a 1x ročně předloží na jednání vedení TNV.

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 hlášeny ŘOP a 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 TNV, 1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality.

6.7. Pády

Pády v nemocnici TNV jsou hlášeny pomocí formuláře „Hlášení pádu pacienta“ umístěného na portále nemocnice TNV. Tento formulář je předán ŘOP TNV. V případě pádů se zraněním je toto řešeno okamžitě na úrovni pracoviště, kde pád vznikl a následně je nahlášeno. U závažných pádů (kategorie F-I) ŘOP vyhotovuje „Protokol nežádoucí události“, který dokladuje průběh šetření, závěry, doporučení a nápravná opatření, včetně doložení podpisů zúčastněných osob v rámci šetření.

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 TNV, 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 grafickou zprávou s počtem a závažností úrazů, která se publikuje na intranetu nemocnice a minimálně 1x ročně se provede souhrnná zpráva, prezentovaná vedení TNV, 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 1x ročně grafickou zprávou, která se publikuje na intranetu nemocnice a minimálně 1x ročně se provede souhrnná zpráva, prezentovaná vedení TNV, 1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality.

6.10. Indikátory klinické péče

Indikátory klinické péče jsou definovány metodickými pokyny lékařského ředitele.

7. Dodržování a hodnocení politiky kvality

Program politiky kvality a jeho dodržování je pravidelně hodnoceno a kontrolováno vedením TNV 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 TNV odpovídajícím za koordinační a koncepční činnosti v procesu kontinuálního zvyšování kvality péče nemocnice TNV.
2. Členy RK jmenuje a odvolává ředitel, zejména z řad zaměstnanců nemocnice TNV. Minimální počet členů je 5.
3. Složení Rady kvality:
 - Předseda Rady kvality – MUDr. Malikdin Andar
 - Koordinátor kvality – Mgr. Kateřina Charouz
 - Vedoucí auditní skupiny – Bc. Viktor Šimůnek
 - Člen – Dagmar Kebrdlová
 - Člen – Mgr. Lucie Hofmanová
 - Člen – Radka Strejcovská
4. Administrativní a organizační zajištění činnosti RK včetně archivace materiálů provádí ŘOP.
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 TNV stanovuje priority jednotlivých činností na úseku řízení kvality péče a zpracovává jejich harmonogram,
 - koordinuje přípravu k re-akreditaci TNV 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 TNV dle pokynů ředitele nemocnice, včetně systému vnitřních auditů,
 - pravidelně se seznamuje s výstupy hodnocení spokojenosti pacientů/klientů TNV analyzuje tyto výstupy a využívá je v procesu zvyšování kvality péče,
 - monitoruje stížnosti na kvalitu zdravotní péče v rámci TNV,
 - monitoruje a analyzuje nežádoucí události v rámci TNV,
 - předkládá ExComu TNV 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 TNV pracuje principem konsensu omnium (většinou hlasů). V případě, že ke konsensu nedojde, předkládá se návrh ExComu popsaným rozporem, resp. s uvedením variantního řešení.
- e) Výstupy z jednání RK předkládá řediteli nemocnice TNV koordinátor kvality.
- f) Na jednání RK se vztahují ustanovení TNV upravující mlčenlivost zaměstnanců nemocnice.
- g) K jednání RK mohou být přizváni s hlasem poradním zaměstnanci TNV, případně externí konzultanti, kteří nejsou členy Rady kvality.
- h) Z jednání RK se pořizuje zápis
- i) Funkční období RK je na dobu neurčitou.

Indikátory kvality 2024

Vedení nemocnice TNV 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 TNV byl přehodnocen a schválen Radou kvality.

| Indikátory kvality | Monitorování | Frekvence hodnocení | Odpovědná osoba za sběr a hodnocení dat |
|--|--------------|---------------------|--|
| Stížnosti a pochvaly | měsíčně | 1x ročně | sekretariát TNV a ŘOP |
| Spokojenost pacientů | kontinuálně | 1x ročně | ŘOP |
| Spokojenost zaměstnanců | kontinuálně | 1x za 2 roky | personální oddělení a ŘOP |
| Nežádoucí události | měsíčně | 1x ročně | ŘOP |
| Pády | měsíčně | 4x ročně | vrchní/staniční sestra NP a ŘOP |
| ISZP | měsíčně | 1x ročně | Epidemiologická sestra a ŘOP |
| Dekubity | měsíčně | 4x ročně | vrchní/staniční sestra NIP 1 a ŘOP |
| Úrazy zaměstnanců | měsíčně | 1x ročně | vrchní/staniční sestra Interny a ŘOP |
| Správnost vedení zdravotnické dokumentace | měsíčně | 1x ročně | vrchní/staniční sestra DIOP a lékařský ředitel |
| RTG – selhání, žádanky, rozostření pohybem | měsíčně | 1x ročně | vedoucí laborant RTG a ŘOP |
| Klinický indikátor (% pacientů s komplikací po zavedení PEG) | měsíčně | 1x ročně | ŘOP |
| Anesteziologická péče (% pacientů s komplikací po zavedení CŽK) | měsíčně | 1x ročně | vrchní/staniční sestra JIP |

Politika, program a cíle kvality TNV na rok 2024

Hodnoty:

Nemocnice Tanvald, pro vás již od roku 1889 – nemocnice s dlouholetou tradicí.

Motto:

Uděláme vše pro Váš návrat k Vaším blízkým.

Mise:

- **Poskytujeme** nejširší rozsah soudobé/moderní následné péče všem, kdo ji potřebují.
- **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.

Vize:

Chceme patřit k nejlepším pracovištím se širokým spektrem následné a rehabilitační péče doma i v zahraničí.

Cíle kvality na rok 2024

Celkové:

- Udržení špičkové kvality péče o pacienty (spokojenost pacientů – kontinuální sledování pomocí anonymního dotazníkového šetření)
- Revize Programu zdraví – zavedení nových edukačních materiálů s logem nemocnice
- Pokračovat ve screeningu kolorektálního karcinomu
- Udržování procesu GDPR
- Sledování klinického indikátoru anesteziologické péče (komplikace po zavedení CŽK ranné i pozdní)
- Dokončení rekonstrukce přízemí a suterénu nemocnice (hlavní vchod, sociální zařízení, chodba suterénu,...)
- Obnova přístrojového vybavení
- Zjednodušování procesů práce v nemocničním informačním systému, digitalizace ošetrovatelské a lékařské dokumentace

Cíle kvality dle Indikátorů kvality na rok 2024

Dle indikátorů:

1. Pády

- prahová hodnota $\leq 1,5$

2. Dekubity

- prahová hodnota $\leq 2,0$
- benchmark: podíl nově vzniklých dekubitů na OD na oddělení NIP a DIOP
- sestra pro hojení ran – pro celou nemocnici (nastavení jednotného postupu léčby – zvýší se vyhodnocení)

3. Nežádoucí události

- zvýšit počet hlášení o 10 %
- zvýšit počet hlášení skorochyb
- prahová hodnota hlášení NU ≤ 3 %
- zvýšit počet hlášení NU v provozech – úklid, stravovací provoz, recepce, ředitelství

4. ISZP

- zvýšit počet hlášení lékařem o 10 %
- zvýšit počet hlášení aktivním vyhledáváním
- benchmark: dezinfekce rukou
- benchmark: na oddělení NIP a DIOP
- prahová hodnota ≤ 7

5. RTG

- mechanické selhání – prahová hodnota ≤ 20 %
- špatně vyplněná žádanka
- pohyb pacienta ≤ 1 %

6. Klinický indikátor - % pacientů s komplikací po zavedení PEG

- prahová hodnota ≤ 10 % sledování raných i pozdních komplikací

7. Klinický indikátor anesteziolog. péče - % pacientů s komplikací po zavedení CŽK

- prahová hodnota ≤ 10 %

PROGRAM PODPORY ZDRAVÍ

Nemocnice Tanvald, s.r.o. podporuje program ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí pacientů i personálu. Na sestavování strategie a náplně programu se podílí ExCom TNV, lékařský ředitel, ŘOP, 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 TNV. Za realizaci projektů odpovídá ExCom ve spolupráci s koordinátorem kvality TNV a oddělením kvality VAMED - Mediterra a.s. Vyhodnocování účinnosti programu a jednotlivých projektů provádí Excom TNV.

Cíle programu na rok 2024:

Zaměstnanci – prevence bolestí zad, prevence obezity a podpora duševního zdraví

Pacienti/klienti – podpora odvykání kouření, nutriční poradenství, prevence civilizačních onemocnění

Široká veřejnost – programy zaměřené na zvyšování zdravotní gramotnosti

PODPORA ZDRAVÍ ZAMĚSTNANCŮ

- Program Chcete zhubnout – spolupráce s Interní ambulancí
- Psychologická poradna
- Akce zaměřené na podporu a budování interpersonálních vztahů a uvolnění stresu – zvýhodněné vstupy do divadel, vánoční večírek, vzdělávací akce
- Stravování možnost dietního stravování (bezlepkově, bezlaktózně apod.)
- Léčebně-preventivní péče formou využití rehabilitace a rehabilitačního cvičení
- V rámci vstupních prohlídek zavedení kontrolních odběrů na protilátky proti spalničkám a případné přeočkování
- Očkování proti Covid-19 pro zaměstnance
- Preventivní vyšetření zraku u zaměstnanců v Programu OKO-OPTIK „Zdravý zrak“
- Nabídka pobytů v termálních lázních Polsko
- Nabídka lázní Tauern Spa Kaprun určená pro zaměstnance skupiny VAMED

PODPORA ZDRAVÍ NAŠICH PACIENTŮ

- Zajištění konzultace v rámci snížení obezity,
- Prevence v rámci cévní poradny (unavené nohy)
- Aplikační ambulance pro infuzní analgetickou terapii
- Konzultace s psychologem

- Edukační materiály pro pacienty na odděleních i v ambulancích (zdravá životospráva, prevence obezity, prevence kouření, edukace diabetika, materiály pro poskytování péče v domácím prostředí, prevence před domácím násilím)
- Projekt návrat domů – edukace příbuzných o péči o pacienta v domácím prostředí
- Zajištění duchovních služeb pro pacienty u lůžka
- Zajištění konzultace pro odvykání kouření a odvykání alkoholu prostřednictvím edukačních materiálů
- Zavedení FIT menu dle metodického doporučení MZČR.

PROJEKTY ZAMĚŘENÉ NA ŠIROKOU VEŘEJNOST

- Programy zaměřené na zvyšování zdravotní gramotnosti veřejnosti
- Endoskopická ambulance – naše pracoviště je centrem pro screeningovou kolonoskopii
- Den zdraví Nemocnice Tanvald, s.r.o. – zaměření na prevenci (TK, P, váha, BMI, glykemie, šíření osvěty)
- Den otevřených dveří Nemocnice Tanvald, s.r.o. – představení nemocnice a jednotlivých oddělení veřejnosti s cílem zaměřením se na rizika, která mohou končit hospitalizací
- Spolupráce pedagogů a zdravotníků při rozšiřování výchovně-vzdělávacího procesu dětí na ZŠ (první pomoc, hygiena rukou)
- Spolupráce s MŠ – Jak si správně umýt ručičky
- Informování široké veřejnosti o fungování jednotlivých oddělení Nemocnice TNV formou článků v regionálním tisku a videospotů v Nemocnici TNV
- Spolupráce s intervenčním centrem pro osoby ohrožené domácím násilím (poradenství, edukační materiály, tabule)

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 zařaďte do jídelníčku denně zeleninu a ovoce
- nekuřte
- omezte alkoholické nápoje
- najděte si čas pro sebe, své koníčky, aktivní odpočinek zájmovou činností

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 TNV.** 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 nepodkořitelné 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 TNV zpracované interní dokumenty (směrnice a standardy operačních postupů).

Základní součástí Programu je sledování infekcí spojených se zdravotní péčí (surveillance). Výsledky jsou pravidelně předávány zodpovědným osobám v TNV. 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 TNV jako prioritní oblasti považuje prevenci a kontrolu:

- Infekce krevního řečiště včetně katéetrových, infekce močových cest, infekce dýchacích cest, GIT, infekce dekubitů, kolonizace
- Infekce vyvolané epidemiologicky významnými původci (např. Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, MRSA, COVID-19)

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 TNV 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, lékařského ředitele, ŘOP a ExCom, a kde je nutné spolupracuje s orgány veřejného zdraví.

Personální obsazení: epidemiologická sestra pověřená sledováním infekcí, ŘOP, lékař NIP a dle potřeby je rozšířen o další odborníky z praxe. Členy týmu jmenuje provozní ředitel. Vzhledem k velikosti TNV 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 vedená epidemiologickou sestrou. Veškeré podklady jsou uloženy u epidemiologické sestry.