

# Politika a program kontinuálního zvyšování kvality Centra léčby pohybového aparátu, s.r.o. na rok 2023



Praha *M. 1. 2023*

MUDr. Jiří Váchal  
Ing. Jana Vacíková



## 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.....	6
5.	Resortní bezpečnostní cíle.....	6
6.	Indikátory kvality.....	6
6.1.	Spokojenost pacientů.....	7
6.2.	Spokojenost zaměstnanců.....	7
6.3.	Nežádoucí události.....	7
6.4.	Infekce spojené se zdravotní péčí (dále ISZP).....	8
6.5.	Stížnosti a pochvaly.....	8
6.6.	Dekubity.....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
6.7.	Pády.....	8
6.8.	Úrazy zaměstnanců.....	8
6.9.	Kontrola zdravotnické dokumentace.....	9
6.10.	Indikátory klinické péče.....	9
7.	Dodržování a hodnocení politiky kvality.....	9

## Přílohy

Příloha č. 1 – Koordinátor kvality a interní tým kvality

Příloha č. 2 - Plán auditů na rok 2023

Příloha č. 3 – Indikátory kvality

Příloha č. 4 - Politika, program a cíle kvality na rok 2023

Příloha č. 5 – Program podpory zdraví

Příloha č. 6 – Program prevence a kontroly infekcí

## 1. Účel

Účelem tohoto Programu je popsat, jak standardizovat a zlepšovat kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče v Centru léčby pohybového aparátu, s.r.o. (dále jen C.L.P.A.)

Cílem Programu je dosáhnout v C.L.P.A. shody s platnou legislativou a akreditačními standardy.

Zaměřujeme se především na zajištění vysoké míry bezpečí klientů i zaměstnanců společnosti, standardizaci a zkvalitňování poskytované zdravotní péče, zajištění právního bezpečí C.L.P.A., zlepšení kultury organizace a zlepšování způsobu řízení. Akreditaci jsme poprvé získali v roce 2015 a díky ní se snažíme o implementaci nových prvků řízení kvality zdravotnických i nezdravotnických činností, založených na analýze a dalším rozvoji existujících struktur a pracovních procesů. V roce 2023 se budeme připravovat na další reakreditaci v dubnu 2024.

Cílem zavedení akreditačních standardů je dosáhnout co nejlepší péče pro pacienty a co nejlepších pracovních podmínek pro zaměstnance C.L.P.A.

## 2. Rozsah platnosti

Tento program je závazný pro všechny zaměstnance C.L.P.A.

## 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 audity
IK	Indikátor kvality
KZK	kontinuální zvyšování kvality
ExCom	Executive Committee

## 4. Program kvality

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



#### 4.1. Definice programu kvality

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

Program stanovuje postupy zlepšování kvality, jejich plánování a implementaci.

Cílem programu je:

- a) zavést a udržovat program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb (dále jen program kvality),
- b) na základě získané akreditace podstupovat pravidelné audity 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:

- a) trvalému zlepšování bezpečnosti a spokojenosti pacientů i zaměstnanců,
- b) v rámci externích podmínek udržení dlouhodobé ekonomické stability,
- c) udržení a posílení dobrého jména C.L.P.A.

#### 4.2. Organizační struktura programu kvality

Poradním orgánem ExCom v oblasti kvality je Koordinátor 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,
- řídí se pravidly uvedenými v příloze č. 1,
- předkládá ExCom ke schválení indikátory kvality, způsob kontrolování a vyhodnocení výsledků
- předkládá ExCom ke schválení plán auditů zdravotnických pracovišť C.L.P.A. , viz příloha č. 2,
- 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 interního auditního týmu (Tým 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.

#### Interní auditní tým (Tým kvality)

Je složen ze zaměstnanců nemocnice, především z vedoucích sester a lékařů. Auditní tým v nemocnici C.L.P.A. vede Koordinátor kvality 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 Koordinátorem kvality.

Průběžná kontrola plnění harmonogramu programu kvality je prováděna na poradách auditního týmu a ExCom, 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) pololetní 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 C.L.P.A. 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 C.L.P.A. zabývá Resortními bezpečnostními cíli Ministerstva zdravotnictví České republiky, ze kterých částečně vycházejí i indikátory kvality C.L.P.A. 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

#### **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 C.L.P.A.

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 koordinátor kvality na půlroční bázi. Zprávu o vyhodnocení indikátorů předkládá koordinátor kvality ExComu. Nedílnou součástí zprávy je doporučení nápravných a preventivních opatření a způsob kontroly jejich naplnění.

Vhodnost indikátorů je každoročně posouzena na základě ročního vyhodnocení a koordinátor kvality je zodpovědný za případnou aktualizaci či doplnění sledovaných indikátorů kvality.

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 C.L.P.A. na příslušný rok jsou uvedeny v příloze č. 3.

S výstupy z hodnocení indikátorů kvality (analýza výsledků, nápravná a preventivní opatření) jsou vždy seznámeni všichni zaměstnanci C.L.P.A. na intranetovém portálu.

### **6.1. Spokojenost pacientů**

Sledování spokojenosti pacientů je prováděno pomocí anonymních dotazníků, které jsou pacientům k dispozici na každém zdravotnickém pracovišti. Po vyplnění dotazníku, je pacientem vhozen do připravených schránek rozmístěných u recepce anebo u sesteren lůžkových oddělení. Ze schránek jsou dotazníky vybírány pověřenou osobou a v určených termínech jsou předány ke zpracování ve VAMED MEDITERRA.

Vyhodnocení spokojenosti pacientů je prováděno 4x ročně, výsledky jsou předány ExCom. Celkové vyhodnocení za daný rok je pak součástí hodnocení indikátorů 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 koordinátorovi kvality. Vyhodnocení spokojenosti zaměstnanců je prováděno 1x ročně a výsledky jsou prezentovány na poradě týmu kvality a ExCom.

### **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 intranetu a po vyplnění je odevzdán provoznímu řediteli, který dle závažnosti události zajistí prošetření události, provede její analýzu a dle potřeby stanovuje další nápravná nebo preventivní opatření. U vybraných NÚ je počet za C.L.P.A. 1x ročně předáván do národního registru.

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

Je zpracována u závažných NU - klasifikace G-I, příp. u vybraných NU stupně F. Provedení kořenové analýzy vede provozní ředitel 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 poradě ExCom a interního týmu 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 NÚ je manažer kvality informován ihned, jak je to možné, a to prostřednictvím ExCom C.L.P.A.

#### **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 C.L.P.A, přehled je následně zaslán koordinátorovi kvality. V nutných případech připravuje doporučení dalších postupů a/nebo 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 poradě ExCom a interního týmu kvality. 1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality pro skupinu VAMED - Mediterra.

#### **6.5. Stížnosti a pochvaly**

Sledování stížností provádí sekretariát C.L.P.A, který též stížnosti eviduje a archivuje. Aktuální vyhodnocování a řešení stížností se řídí interní směrnici „Šetření požadavků a stížností“. Koordinátor kvality provádí souhrnnou analýzu tohoto indikátoru a 1x ročně předloží na poradě ExCom a interního týmu kvality.

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

#### **6.6. Pády**

Pády v lůžkové části C.L.P.A. jsou hlášeny pomocí formuláře „Hlášení pádu pacienta“ umístěného na intranetu. Za sběr dat jsou odpovědné staniční sestry lůžkových oddělení, které předávají podklad koordinátorovi kvality pro další analýzu. V případě pádů se zraněním je toto řešeno okamžitě na úrovni pracoviště, kde pád vznikl a následně je nahlášeno.

Pády v ambulantní části C.L.P.A. jsou hlášeny také na formuláři „Hlášení pádu pacienta“, za sběr dat je odpovědná manažerka rehabilitace a vedoucí ambulance. Pády ambulantní pacientů nejsou součástí výpočtu indikátoru, kde se počítá podíl pádu k hospitalizovaným pacientům.

Výsledky sledování jsou zpracovávány v rámci pololetního hodnocení, které je publikováno na intranetu nemocnice a minimálně 1x ročně se provede souhrnná zpráva, prezentovaná ExCom a týmu kvality, 1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality VAMED - Mediterra.



## **6.7. Úrazy zaměstnanců**

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

## **6.8. 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 ExCom a týmu kvality, 1x ročně je vyhodnocení předkládáno manažerovi kvality VAMED - Mediterra.

## **6.9. Indikátory klinické péče**

Indikátory klinické péče jsou definovány metodickými pokyny pro danou oblast.

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

Program politiky kvality a jeho dodržování je pravidelně hodnoceno a kontrolováno ExCom C.L.P.A. dle dodaných výsledků měření nejméně 1x ročně.

## KOORDINÁTOR KVALITY A INTERNÍ TÝM KVALITY

1. Koordinátor kvality a interní tým kvality odpovídají za koordinační a koncepční činnosti v procesu kontinuálního zvyšování kvality péče nemocnice C.L.P.A.
2. Koordinátora kvality a členy interního týmu kvality jmenuje a odvolává lékařský ředitel, zejména z řad zaměstnanců nemocnice C.L.P.A. Minimální počet členů je 4.
3. Pro rok 2023 je opět vedoucím auditní skupiny jmenována Štěpánka Svejková (vrchní sestra), Jindřiška Svítlová (staniční sestra ortopedie), Ing. Jana Vacíková (koordinátor kvality), MUDr. David Pařík (lékař ortopedie), Mgr. Petra Slezáková (manažer rehabilitace). Dále koordinátor kvality může využít následující osoby pro činnost v oblastech HR Martinu Urieovou, pro oblast sledování ISZP jsou jmenováni MUDr. Petr Kmošťák a Jana Müllerová, pro oblast SOP MUDr. Jiří Váchal jr., pro oblast fyzioterapie Mgr. Pavel Fuksa. Podporu týmu kvality vykonává Jitka Chválová.
4. Interní tým kvality řízený koordinátorem kvality provádí zejména tyto činnosti:
  - naplňuje programové prohlášení Politiky kvality a tím i strategii zvyšování a řízení kvality,
  - na základě pokynů Excomu stanovuje priority jednotlivých činností na úseku řízení kvality péče a zpracovává jejich harmonogram,
  - koordinuje přípravu k re-akreditaci 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 C.L.P.A. stanovené ExCom, včetně systému vnitřních auditů,
  - pravidelně se seznamuje s výstupy hodnocení spokojenosti pacientů/klientů C.L.P.A. analyzuje tyto výstupy a využívá je v procesu zvyšování kvality péče,
  - monitoruje stížnosti na kvalitu zdravotní péče v rámci C.L.P.A.,
  - monitoruje a analyzuje nežádoucí události v rámci C.L.P.A.,
  - předkládá ExComu pravidelné informace o plnění harmonogramu procesu kontinuálního zvyšování kvality péče.
5. Jednací řád:
  - a) Jednání svolává koordinátor kvality minimálně 2x ročně, nebo v případě, že o to požádá některý ze členů týmu, případně na podkladě nutného řešení závažné nežádoucí události
  - b) Jednání řídí koordinátor kvality, v jeho nepřítomnosti pověřený člen týmu.
  - c) Účast členů na jednáních je povinná.
  - d) Při rozhodování o návrzích se pracuje principem konsensu omnium (většinou hlasů). V případě, že ke konsensu nedojde, předkládá se návrh ExComu popsáním rozporu, resp. s uvedením variantního řešení.
  - e) Výstupy z jednání předkládá ExCom koordinátor kvality.



- f) Na jednání se vztahují ustanovení upravující mlčenlivost zaměstnanců nemocnice.
- g) K jednání mohou být přizváni s hlasem poradním zaměstnanci C.L.P.A., případně externí konzultanti, kteří nejsou členy týmu kvality.
- h) Z jednání se pořizuje zápis
- i) Funkční období je na dobu neurčitou.

## Koncepce auditů v C.L.P.A. na rok 2023

Audity pracovišť jsou komplexní audity prováděné v rámci přípravy na akreditaci Spojené akreditační komise České republiky (SAK ČR).

Audity probíhají dle Plánu interních auditů, který je vyhlášen na období jednoho kalendářního roku. Plán auditů lze operativně na základě zjištění rizika v procesu nebo postupu (stížnost, nežádoucí událost) doplnit o tzv. mimořádný interní audit.

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

### Cíl auditů:

- 1) edukace zaměstnanců
- 2) vyhodnocení souladu systému Centra léčby pohybového aparátu, s.r.o. (dále jen C.L.P.A.) s požadavky SAK ČR
- 3) zavedení best practices do procesů společnosti Centrum léčby pohybového aparátu, s.r.o.

#### a) **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, kdo bude auditní tým doprovázet.

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

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

### Auditní komise:

- j) Audity provádí vedoucí auditní skupiny a určení zaměstnanci odborných profesí vyžádaných z příslušných úseků, kteří jsou řádně proškoleni v oblasti auditních činností.
- k) Kontrola je prováděna na základě pověření lékařského nebo provozního ředitele.
- l) Vedoucí auditní skupiny připraví podklady nutné k provedení interního auditu tj. příslušný „**Kontrolní list**“, ve kterém jsou uvedeny oblasti, na které je audit zaměřen.



- m) Oblasti, dotazy k auditu v rámci C.L.P.A. jsou připravovány pracovním týmem složeným z provozního ředitele C.L.P.A., manažera kvality pro holding VAMED MEDITERRA a.s. a týmem interních auditorů. Interní auditoři se před provedením auditu seznámí s výsledky předchozích auditů. V průběhu auditu ověří provedení nápravných opatření a doporučení z předchozích auditů.

### **Personální zajištění auditů**

- a) Auditoři jsou vybráni tak, aby byla zajištěna jejich nezávislost a objektivnost. Interní auditor nesmí nést odpovědnost za činnosti, které jsou předmětem auditu. Interní audit mohou provádět i externí pracovníci.
- b) kvalifikační požadavky na pozici interního auditora kvality:
- středoškolské vzdělání
  - doklad ze školení pro interního auditora ve zdravotnictví, příp. jiný srovnatelný doklad o vzdělávání v oblasti interních auditů kvality (školení lze provést v rámci nemocnice)
  - znalost interních předpisů C.L.P.A.
  - orientace v zákonných normách dotýkajících se kontrolovaných oblastí
- c) Pověření k vykonávání činnosti interního auditora kvality a bezpečí je součástí osobního spisu, který je uložen na personálním oddělení. O zařazení mezi interní auditory rozhoduje provozní ředitel nemocnice. (případně manažer kvality pro holding VAMED MEDITERRA a.s.).
- d) K udržování znalostí a způsobilosti auditorů k provádění auditů podle požadavků legislativy slouží školení, které je prováděno min. 1x za 2 roky a to vlastními a v případě potřeby i externími školiteli.

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

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

1. písemně požadovat, aby zaměstnanci kontrolovaných organizačních jednotek předložili ve stanovených lhůtách originální doklady a další písemnosti, týkající se zjišťovaných skutečností,
2. vstupovat do prostor v rámci areálu C.L.P.A., které souvisí s předmětem kontroly,
3. vyžadovat ústní či písemná stanoviska, informace a vyjádření odpovědných pracovníků 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.
5. Absolvovat jako auditor v daném roce minimálně 3 interní audity.

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

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

#### **Prověřované oblasti:**

Audity pracovišť budou probíhat dle požadavků SAK ČR, zákonných požadavků a požadavků interních opatření C.L.P.A.:

- 1) **BOZP, bezpečí a bezpečnost nemocničního prostředí**
- 2) **Evakuační plány a požární ochrana**
- 3) **Hygienicko–epidemiologický režim, hygiena rukou**
- 4) **Kontinuita poskytované péče – sledování bolesti**
- 5) **Léčiva – předepisování, podávání a uchování léků**
- 6) **Odpady**
- 7) **Manipulace s prádlem**
- 8) **Práva pacientů, bezpečí a intimita pacientů**
- 9) **Resuscitace – léčiva, pomůcky, postup**
- 10) **Personalistika, lidské zdroje**
- 11) **Zdravotnická dokumentace**
- 12) **Ochrana osobních údajů**
- 13) **IT – ochrana údajů, práce s daty, kybernetická bezpečnost, ...**
- 14) **Strava, nutriční**
- 15) **Metrologie, zdravotnické přístroje**
- 16) **Rezortní bezpečnostní cíle MZČR**

#### **Výstup z auditu:**

Zjištění z interních auditů se zaznamenává do příslušných „**Kontrolních listů**“ formou bodového hodnocení:

- počet bodů 1 (požadavek splněn)
- počet bodů 0,5 (požadavek částečně splněn)
- počet bodů 0 (požadavek nesplněn)



Následně se o provedené kontrole 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) návrh opatření k odstranění nedostatků

Zápis o provedené kontrole podepisují všichni kontrolní pracovníci, kteří kontrolu provedli. Závěrečná zpráva je předána vedení pracoviště, obsahuje zápis nalezených neshod na pracovišti, které jsou v rozporu s vnitřními předpisy nemocnice.

#### **Realizace výsledků kontroly:**

Zaměstnanci kontrolovaných organizačních jednotek 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 oddělení kvality.

## PLÁN AUDITŮ NA ROK 2023

LEDEN	AUDIT č. 1	Značení skladů, kontrola teplot v místnostech (nasazení nových čidel) a lednicích atd., kontrola zápisu úklidů skladů a skutečný stav úklidu.
ÚNOR	AUDIT č. 2	Metrologie – BTK, revize stavu přístrojů, dokumentace, školení personálu
BŘEZEN	AUDIT č. 3	Odpady – oběh komunálních a infekčních odpadů, uložení, popisy, třídění, zápisy hmotností, kontrola sběrného místa
DUBEN	AUDIT č. 4	ISZP Nežádoucí události Pády
KVĚTEN	AUDIT č. 5	Resortní bezpečnostní cíle Omezovací prostředky, postup při ohrožení pacienta, jiné osoby. Handicapovaní pacienti.
ČERVEN	AUDIT č. 6	Anestezie. Konzilia a ÚPS. Příjem, překlad a propuštění pacienta. Resuscitace: léčiva, pomůcky, postup KPR. PBP – operační sál.
ČERVENEC	AUDIT č. 7	BOZP a PO <b>nácvik evakuace.</b>
SRPEN	AUDIT č. 8	Identifikace pacientů. Práva a edukace pacientů a jejich blízkých. Práva pacientů, bezpečí a intimita Informované souhlasy Vnitřní řád
ZÁŘÍ	AUDIT č. 9	Léčiva, návykové látky – soulad zdravotní dokumentace (lékař, sestra), uložení léků, kontrola expirací atd.
ŘÍJEN	AUDIT č. 10	Indikátory kvality. Stížnosti. Dodržování vydaných SOP
LISTOPAD	AUDIT č. 11	Bariérový ošetrovací režim. Hygienické zabezpečení rukou ve zdravotní péči. Provozní řád a SPHE.
PROSINEC	AUDIT č. 12	Vedení zdravotnické dokumentace (kontrola stavu – lékař, sestra, fyzioterapeut). Hodnocení a výstupy z auditní činnosti za rok 2023.

Plán auditů je možno změnit dle potřeb a nařízení EXCom a manažera kvality pro skupinu VAMED MEDITERRA, a.s.

### Indikátory kvality na rok 2023

Vedení nemocnice C.L.P.A. stanovuje kritické, rizikové a k problémům náchylné činnosti, které jsou v přímém vztahu ke kvalitě péče a bezpečí pacientů i personálu (tzv. klíčové procesy). V průběhu roku 2022 plánujeme nadefinovat nové klinické indikátory kvality.

Indikátory kvality	Monitorování	Frekvence hodnocení	Odpovědná osoba za sběr a hodnocení dat
Stížnosti a pochvaly	měsíčně	1x ročně	Sekretariát / Koordinátor kvality
Spokojenost pacientů	ročně	1x ročně	Koordinátor kvality
Spokojenost zaměstnanců	ročně	1x ročně	Koordinátor kvality
Nežádoucí události	měsíčně	pololetně	Staniční sestry / Koordinátor kvality
Pády	měsíčně	pololetně	Staniční sestry / Koordinátor kvality
ISZP	měsíčně	pololetně	Epidemiologická sestra / Koordinátor kvality
Úrazy zaměstnanců	měsíčně	pololetně	Vedoucí jednotlivých oddělení + sekretariát / Koordinátor kvality
Správnost vedení zdravotnické dokumentace	měsíčně	pololetně	Koordinátor kvality a lékařský ředitel
Komplikace po operacích	měsíčně	pololetně	Lékařský ředitel
Komplikace po TEP	měsíčně	pololetně	Lékařský ředitel
Komplikace po podané anestezii	měsíčně	pololetně	Lékař-anesteziolog, koordinátor kvality
LCA komplikace	měsíčně	pololetně	Manažer rehabilitace



## POLITIKA, PROGRAM A CÍLE KVALITY C.L.P.A. na rok 2023

### Hodnoty:

C.L.P.A. je špičkové pracoviště zaměřené na sportovní traumatologii a ortopedické operativy, následnou lůžkovou i ambulantní rehabilitaci.

### Motto:

Kvalitní péče pro všechny naše pacienty.

### Mise:

**Poskytujeme** specializovanou ortopedickou a rehabilitační péči v nejvyšší kvalitě na moderně zařízeném klinickém pracovišti.

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

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

### Vize:

Chceme patřit k nejlepším specializovaným ortopedickým klinikám a rehabilitačním pracovištím doma i v zahraničí.

### Cíle kvality na rok 2023

#### Celkové:

- Udržení špičkové kvality péče o pacienty (spokojenost pacientů)
- Příprava na zavedení elektronické zdravotní dokumentace (nasazení nových modulů ve FONS, příprava na el. ošetřovatelskou dokumentaci), analýza procesů a jejich úprava v el.formě
- Sledování materiálů a jejich návaznost do NIS

#### Dle indikátorů:

<b>1. Pády</b> prahová hodnota $\leq 1$	<b>2. Nežádoucí události</b> - zvýšit počet hlášení skorochyb - prahová hodnota $\leq 3\%$
<b>3. ISZP</b> - zvýšit počet hlášení lékařem o 10%	<b>4. Zdravotnická dokumentace</b> - zavedení nových modulů - chybovost do 10%
<b>5. Komplikace po operacích (všech, jen TEP)</b> - zvýšit počet hlášení lékařem o 10%	<b>6. RHB indikátory</b>

## PROGRAM PODPORY ZDRAVÍ

C.L.P.A. podporuje program zdravého životního stylu pacientů i personálu. Program Podpory zdraví sestavuje koordinátor kvality ve spolupráci s vrchní sestrou a manažerem rehabilitace. Program a materiální zdroje určené pro Program podpory zdraví schvaluje ExCom C.L.P.A. Za realizaci projektů odpovídá koordinátor kvality ve spolupráci s týmem kvality. Vyhodnocování účinnosti programu a jednotlivých projektů provádí Excom C.L.P.A.

### PODPORA ZDRAVÍ ZAMĚSTNANCŮ:

- Multisport Benefit – podpora aktivního sportování pro zaměstnance
- zaměstnanecké slevy na wellness procedury (C.L.P.A. i Malvazinky)
- psychologická poradna (Malvazinky)

### PODPORA ZDRAVÍ NAŠICH PACIENTŮ

- možnost využití fitness a wellness programů ambulantní RHB C.L.P.A. (mj. zdravotní cvičení, cvičení pro seniory, jóga s fyzioterapeutem, pilates s fyzioterapeutem)
- zajištění duchovních služeb pro pacienty u lůžka

### PROJEKTY ZAMĚŘENÉ NA ŠIROKOU VEŘEJNOST

- účast na sportovních akcích (lékařská podpora na J&T Banka Prague/Ostrava Open, lékařské a fyzioterapeutické zázemí pro Laver Cup)
- spolupráce se sportovními týmy (rugbyová reprezentace, fotbalová reprezentace do 21 let, basketball Nymburk)

### 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 a omezte alkoholické nápoje.

příloha č. 6

## **PROGRAM PREVENCE A KONTROLY INFEKČÍ**

**Program je zpracován ve Směrnici II-SN-5/2017**