

# Zavádění akreditačních standardů SAK v nemocnicích Zdravotnického holdingu Plzeňského kraje, a.s.

Ing. Bc. Martina Pátá

22.6.2016

8. výroční odborná konference SAK „Lidé a prostředí jako faktor bezpečí zdravotních služeb“

# Obsah

- Nemocnice Skupiny ZHPK
- Projekt Akreditace dle standardů SAK
  - příprava, analýza
  - společné konzultační semináře
  - tvorba dokumentů
  - ukazatele kvality
  - zpětná vazba
- Výhody spolupráce se SAK, o.p.s.

# Nemocnice Skupiny ZHPK, a.s.

- 4 nemocnice akutní péče
- 2 nemocnice následné péče
- cca **1750 zaměstnanců**  
(z toho 260 lékařů, 1120 NLZP)
- **1 118 lůžek** (55 intenzivní, 592 standard, 471 následné a dlouhodobé péče a sociální)
- 128 ambulancí
- 16 velkých operačních sálů a další zákrokové
- 5 lékáren



# Hlavní aktivity ZHPK, a.s.

**Řídící role, sjednocování agend** – ekonomické, personální, TH, nákupy aj.

- **Personalistika** – jednotná personální a mzdová evidence, personální plány, program náboru a udržení zdravotnických pracovníků, eliminace nežádoucí migrace
- **Zdrav. pojišťovny** – výkaznictví pro DRG, projekt DRG Restart, jednání se ZP o korekcích sazeb úhrady a navýšení úhrad oproti úhradové vyhlášce
- **Jednotná účetní evidence** vč. majetku i revizí přístrojů
- **Konsolidace zajištění lékařenských služeb**
- **Programy zvyšování kvality péče**
- **Rozvoj integrovaných IS**
- **Jednotná vnější komunikace, marketing**



Akreditační šetření  
(prosinec 2014)

Předakreditační šetření  
(září 2014)

První společná  
konzultace (září 2013)

Zahájení přípravy 1. pol.  
2013

Rozhodnutí o cíli získat  
certifikát kvality (2012)

# Průběh projektu

## Příprava

Jmenování hlavního koordinátora

Jmenování týmů

- management
- oborové týmy
  - lékařská péče
  - ošetrovatelská péče
- epidemiologie (PPKI)
- laboratorní služby
- oblast hospodářsko-technická

Analýza standardů SAK

Analýza stavu „připravenosti“

Zpracování harmonogramu, včetně tvorby vnitřních předpisů, povinných auditů a školení

Proškolení interních auditorů

Nastavení komunikace, sdílení (Intranet ZHPK)

## Realizace

Pravidelné společné konzultační semináře

Nastavování procesů

Tvorba vnitřních předpisů

Audity kvality

Ukazatele kvality

- národní sady z k-dávek (výkonnostní, výsledkové, ...)
- spokojenosti
- výskytu infekcí
- ukazatele z flexibilních formulářů (nežádoucí události, NN)

Klinické doporučené postupy

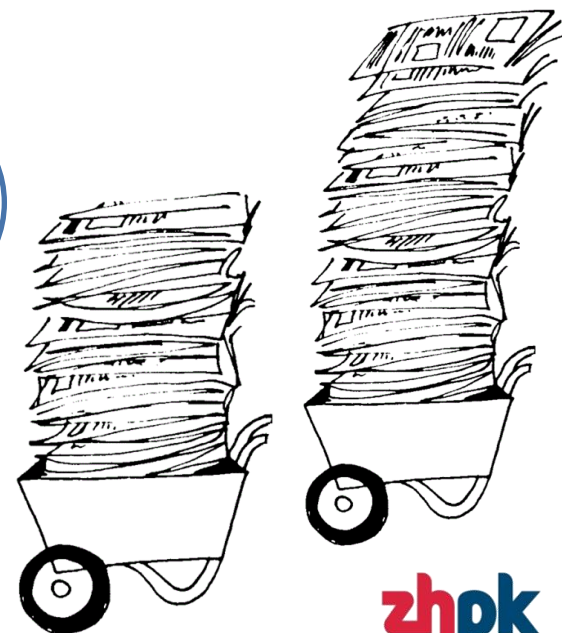
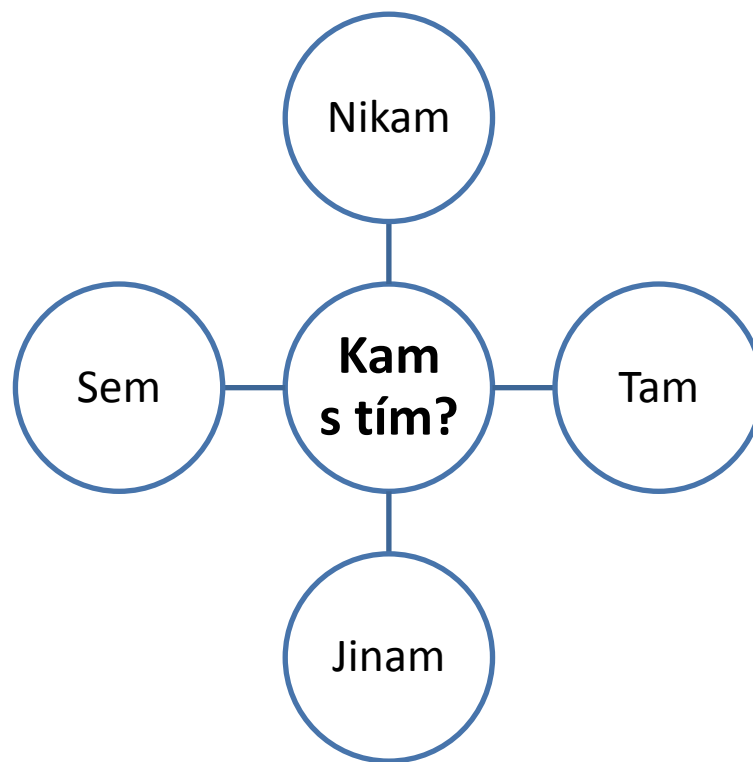
## Akreditační šetření

Předakreditační šetření

Akreditační šetření

Řízená nebo zřízená dokumentace?

# Dokumenty a vnitřní předpisy



# Analýza standardů SAK

- Kapitola
- Číslo standardu
- Standard
- Úkol
- Povinný dokument ano/ne
- Název dokumentu

*Kontingenční tabulka*

- Typ dokumentu
  - Strategický/koncepční dokument – Strategický plán nemocnice (poslání, vize, cíle, strategie), Program řízení kvality a bezpečí, Management rizik (krizová připravenost)
  - Hlavní dokument (směrnice, standardy)
  - Navazující dokument (např. Evakuační plán, Systémová analýza rizik stavební práce)
  - Navazující projekt (např. informované souhlasy v NIS)
  - Záznamy

# Analýza standardů SAK – ukázka

Typ dokumentu	Název dokumentu	Č.	Standard	Úkol
2. Hlavní dokument	SME Léčiva	2	Bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv	Zajistit bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv
		7.1.	Léky jsou správně a bezpečně skladovány	Léčiva – předepisování, objednávání, skladování, podávání apod.
		7.2.	Objednávání, předepisování a podávání léků probíhá v nemocnici dle stanovených postupů	
		7.3.	Nemocnice stanoví minimální náležitosti úplné ordinace léku pro hospitalizované pacienty	
		7.4.	Léky se pacientům podávají podle ordinace	
		7.5.	Skladování a užívání léků donesených do nemocnice pacienty nebo jejich blízkými a manipulace s bezplatnými vzorky léků probíhají v souladu s legislativou a vnitřními předpisy nemocnice	



# Analýza standardů SAK – ukázka

Č.	Standard	Typ dokumentu	Název dokumentu	Úkol
1	Bezpečná identifikace pacientů	1. Strategický dokument	Program řízení kvality a bezpečí	Bezpečná identifikace pacientů
		2. Hlavní dokument	Standard Identifikace pacientů	Zavést pravidla pro identifikaci pacientů
2	Bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv	1. Strategický dokument	Program řízení kvality a bezpečí	Bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv
			SME Léčiva	Zajistit bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv
		2. Hlavní dokument	SME Nežádoucí události	Systém sledování, řešení a vyhodnocování nežádoucích událostí (včetně neshod), preventivních opatření k jejich předcházení
3	Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech	1. Strategický dokument	Program řízení kvality a bezpečí	Zpracovat postup pro prevenci záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech
		2. Hlavní dokument	Standard Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech	Zpracovat postup pro prevenci záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech
4	Prevence pádů pacientů	1. Strategický dokument	Program řízení kvality a bezpečí	Prevence pádů pacientů
			SME Řízení péče	Provést hodnocení pacienta včetně rizik
		2. Hlavní dokument	SME Vedení a nakládání se zdravotnickou dokumentací	Záznam hodnocení pacienta včetně rizik
			Flexibilní formuláře	Provést hodnocení pacienta včetně rizik
		4. Navazující projekt	Ukazatele kvality	Sledování a analýza výsledků pádů pacientů
5	Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče	1. Strategický dokument	Program řízení kvality a bezpečí	Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.
		2. Hlavní dokument	SME Program prevence a kontroly infekcí + navazující dokumenty (tabulka A)	Program prevence a kontroly infekcí v nemocnicích
6	Bezpečná komunikace	1. Strategický dokument	Program řízení kvality a bezpečí	Bezpečná komunikace
		2. Hlavní dokument	Standard Pravidla pro ústní a telefonickou komunikaci při ordinování léčiv a hlášení výsledků vyšetření pacientů	Pravidla pro ústní a telefonickou komunikaci při ordinování léčiv a hlášení výsledků vyšetření pacientů
7	Bezpečné předávání pacientů	1. Strategický dokument	Program řízení kvality a bezpečí	Bezpečné předávání pacientů
		2. Hlavní dokument	Standard Bezpečné předávání pacientů v rámci nemocnice a mimo nemocnici	Zajistit bezpečné předávání pacientů v rámci nemocnice a mimo nemocnici

# Přehled povinných školení a auditů

Č.	Standard	Téma	Frekvence	Skupina zaměstnanců	Související dokument	Školení
5	Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.	Hygienu rukou, nemocniční hygiena	1x	všichni	SME Program prevence a kontroly infekcí	Vstupní školení
5	Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.	Hygienu rukou, nemocniční hygiena	pravidelně	vybrané skupiny/kategorie zaměstnanců	SME Program prevence a kontroly infekcí + navazující dokumenty (příloha A)	Stanovit
13.4.	Všichni pracovníci jsou při nástupu zapracováni dle potřeb nemocnice a s ohledem na jejich náplň práce a požadavky legislativy.	Školení v rámci adaptačního procesu	1x	všichni	SME Řízení lidských zdrojů	Vstupní školení
13.6.	Nemocnice má vypracován plán bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) pro všechna pracoviště včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek.	Školení BOZP	1x	všichni	SME Řízení lidských zdrojů	Vstupní školení

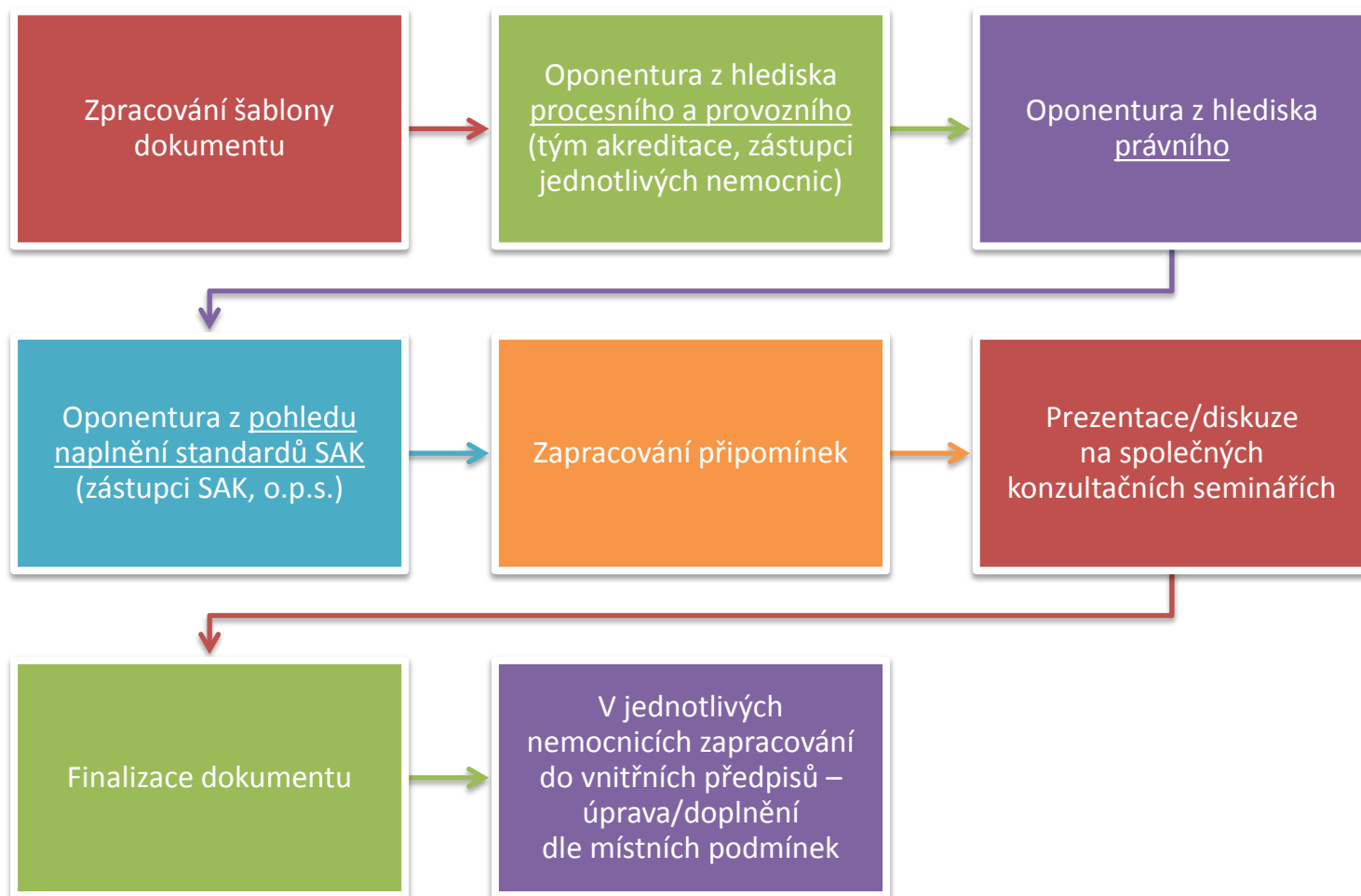
Číslo	Název	Požadavek
08.III	Nemocnice stanoví metody a postupy spojené s rizikem infekcí a určí jednotný postup pro hygienicko-epidemiologicky významné situace za účelem snižování rizika infekce pro pacienty i pracovníky.	Stanovené postupy jsou v nemocnici předmětem dohledu a kontroly.
09.VII	Vedení nemocnice odpovídá za služby zajištěné smluvními dodavateli.	Výsledky dohledu, kontroly, či jiných sbíraných dat o kvalitě klinických i neklinických služeb zajišťovaných smluvními dodavateli jsou pravidelně analyzovány a využívány pro rozhodování o dalším využívání těchto služeb.
09.VIII	V nemocnici je zaveden program podpory zdraví.	Účinnost programu podpory zdraví se v nemocnici sleduje a vyhodnocuje. Výsledky jsou využívány k zvyšování účinnosti programu.
10.III	Zdravotnická péče se v nemocnici poskytuje dle doporučených klinických postupů, standardů a protokolů.	Účinnost zavedených doporučených klinických postupů, standardů či protokolů je po nezbytně dlouhou dobu sledována, v případě neuspokojivých výsledků jsou tyto postupy přehodnocovány.
10.IV	V nemocnici probíhá interní audit kvality a bezpečí poskytovaných služeb, tato činnost je plánovaná a dokumentovaná a provádějí ji k tomu pověřené a kvalifikované osoby.	Interní audit probíhá v celé nemocnici a zahrnuje všechny oblasti poskytovaných služeb.
10.V	V nemocnici probíhá sběr a analýza dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb.	1. V nemocnici probíhá sběr a analýza dat o kvalitě v klíčových klinických oblastech, minimálně však v rozsahu písmen a) až f) účelu standardu. 2. V nemocnici probíhá sběr a analýza dat o kvalitě v klíčových neklinických oblastech, minimálně však v rozsahu písmen g) a h) účelu standardu.
10.VI	V nemocnici je zaveden účinný postup sledování nežádoucích událostí.	Výsledky analýzy nežádoucích událostí se využívají k trvalému zvyšování bezpečí poskytovaných služeb.
11.II	Nemocnice zajistí ochranu před požárem či zakouřením pro pacienty, návštěvy a pracovníky.	Všechny komponenty prevence požáru či zakouření jsou pravidelně prověřovány minimálně v rozsahu písmen i) až k) účelu standardu. Nemocnice školí všechny pracovníky v jejich roli v programu prevence a zakouření při nástupu a dále v pravidelných intervalech. Znalosti a dovednosti personálu jsou pravidelně prověřovány.
11.III	Nemocnice zajistí bezpečí a bezpečnost prostředí a osob.	Prostředí je předmětem pravidelných kontrol z hlediska bezpečí a bezpečnosti.
11.V	Nemocnice zajistí trvalé zásobování elektřinou, pitnou vodou a medicínálními plyny.	Náhradní zdroje a způsoby zásobování jsou pravidelně prověřovány a testovány z hlediska dostupnosti a funkčnosti.
11.VI	Nemocnice zajistí bezpečný a spolehlivý provoz zdravotnických přístrojů, zdrojů ionizujícího a neionizujícího záření a měřidel.	Všechny zdravotnické přístroje, zdroje ionizujícího a neionizujícího záření a měřidla, která se v nemocnici používají, mají platné doklady o revizích, kalibracích, ověřeních, validacích, bezpečnostních technických kontrolách i dalších preventivních úkonech s ohledem na platnou legislativu a požadavky výrobce.
11.VII	Nemocnice plánuje a prověřuje reakci na pravděpodobné vnější či vnitřní krizové situace.	Nemocnice prověřuje reakce na identifikované zásadní krizové situace minimálně jednou za dva roky.
12.V	Nemocnice provádí kontrolu zdravotnické dokumentace včetně úplnosti a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv.	V nemocnici probíhají pravidelné audity zdravotnické dokumentace.
12.VI	Nemocnice zajistí zabezpečení informací.	Sleduje se dodržování předpisu.

# Akreditační standardy pro nemocnice – požadavky na vnitřní předpis

Kapitola/standard	SAK požadován vnitřní předpis	Šablona dokumentu ZHPK <sup>1</sup>
<b>I. Resortní bezpečnostní cíle</b>		
1 Bezpečná identifikace pacientů	ano	Standard Identifikace pacientů
2 Bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv	ano	Standard Bezpečná manipulace s rizikovými léčivy
3 Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech	ano	Standard Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech
4 Prevence pádů pacientů	ano	SME Řízení a organizace péče
5 Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče	ano	Standard Hygiena rukou
6 Bezpečná komunikace	ano	Standard Bezpečná komunikace - pravidla pro ústní a telefonickou komunikaci při ordinování léčiv a hlášení výsledků vyšetření pacientů
7 Bezpečné předávání pacientů	ano	SME Řízení a organizace péče
<b>II. Práva pacientů a jejich edukace</b>		
2.1. Každý pacient je při přijetí do nemocnice vhodnou formou seznámen se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace.	ano	SME Řízení a organizace péče Informační leták Práva a povinnosti pacienta Vnitřní řád
2.2. Všichni pacienti jsou informováni o svých právech a povinnostech způsobem a jazykem, kterému rozumí	ne	
2.3. Při poskytování zdravotní péče se respektují spirituální potřeby pacientů	Ne	SME Řízení a organizace péče
2.4. Při poskytování zdravotní péče se respektuje důstojnost a soukromí pacientů	Ne	Informační leták Práva a povinnosti pacienta
2.5. Nemocnice podporuje právo pacienta a jeho blízkých podílet se na poskytování zdravotní péče	ano	SME Řízení a organizace péče Informační leták Práva a povinnosti pacienta
2.6. Veškeré výkony se provádějí se souhlasem pacienta	ano	SME Vedení a nakládání se zdravotnickou dokumentací
2.7. Pacienti jsou přiměřeně informováni o povaze onemocnění, o navrhované léčbě a o poskytovatelích zdravotní péče takovým způsobem, aby se mohli podílet na rozhodování o poskytované péči	navazuje na 2.6.	
2.8. Omezovat volný pohyb pacienta je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a jeho okolí a s ohledem na právní řád ČR	ano	SME Používání omezovacích prostředků
2.9. V nemocnici je zaveden účinný systém edukace pacientů a jejich blízkých	ano	SME Edukace pacientů a jejich blízkých
2.10. Při edukaci pacientů pracovníci nemocnice vzájemně spolupracují	ne	
2.11. V nemocnici je v souladu s platnou legislativou zaveden postup přijímání a řešení stížností pacientů a jejich blízkých	ano	SME Přijímání, evidence a vyřizování stížností
<b>III. Dostupnost a kontinuita péče</b>		
3.1. V průběhu celé hospitalizace je vždy stanoven pracovník, který odpovídá za koordinaci veškeré péče o pacienta	ano	SME Řízení a organizace péče
3.2. Nemocnice stanoví a realizuje postup pro zajištění kontinuity péče pacientům a pro zajištění koordinace činnosti zdravotnických pracovníků	ano	SME Řízení a organizace péče
3.3. Při poskytování zdravotní péče nemocnice odstraňuje mechanické, jazykové, kulturní a ostatní bariéry bránící dostupnosti zdravotní péče či jejímu vlastnímu poskytování	ano	SME Řízení a organizace péče
3.4. Při propuštění či při zajišťování další péče jsou pacienti, případně jejich blízcí, srozumitelným způsobem informováni	Ne	obsaženo ve SME Řízení a organizace péče
3.5. Nemocnice spolupracuje s poskytovateli ambulantních zdravotnických služeb, se zařízeními následně a dlouhodobé péče, s lékaři primární péče, agenturami domácí péče s cílem zajistit svým pacientům včas a správně další péči	Ne	obsaženo ve SME Řízení a organizace péče
3.6. Každé předání pacienta mezi směny, mezi různými typy péče či mezi jednotlivými pracovišti se provádí kompetentním pracovníkem kompetentnímu pracovníkovi. Při předání pacienta na jiné pracoviště bude proveden záznam v dokumentaci pacienta a bude provedeno předání pacienta kompetentním pracovníkem kompetentnímu pracovníkovi	ano	SME Řízení a organizace péče

<sup>1</sup> Neobsahuje podrobnosti k vedení záznamů k danému standardu.

# Proces tvorby vnitřních předpisů



Typ dokumentu a kód

Název dokumentu

Účinnost od:		Revize:	text.např. 1x za 2 roky
Rozsah působnosti:	text Pracoviště, kde se budou zaměstnanci dokumentem řídit, pracovní pozice zaměstnanců, kteří se budou dokumentem řídit.		

### Obsah

*Červeně – vysvětlující texty, nebudou součástí dokumentu. Kurzíva není určena pro psaní textu dokumentu.*

*Přehled názvů jednotlivých kapitol, doporučené uvádět u dokumentů delších než 4 strany*

1	Účel a předmět .....	2
2	Pojmy a zkratky .....	2
2.1	Pojmy .....	2
2.2	Zkratky .....	2
3	Související interní a externí dokumenty .....	2
4	Nadpis 1 .....	2
4.1	Nadpis 2 .....	2
4.1.1	Nadpis 3 .....	2
5	Přílohy .....	2
6	Zpracovatelský tým .....	2
7	Oponenti .....	3
8	Rozdělovník .....	3

KOHO se to týká?

CO má dělat?

JAK to má dělat?

KAM to má poslat?

KDY to má dělat?

Ověřil (SO): titul, j. příjmení, titul	Garant dokumentu: titul, j. příjmení, titul	Vedoucí ZT/datum: titul, j. příjmení, titul /XX.XX.XXXX/titul, j. příjmení, titul /XX.XX.XXXX/	Schválil/datum: titul, j. příjmení, titul /XX.XX.XXXX/
---	--	---	---

Strana 1 (celkem 3)

# Základní pravidla

- potřebnost dokumentu (řízený dokument versus záznam)
- obsah
- písmo a grafická úprava
  - formuláře nejsou součástí dokumentu
  - konkrétnost
- verzování dokumentů
- označování změn



# Aktualizace dokumentů

- Změny textu **černým písmem** jsou v další verzi uvedeny **modrou kurzívou** (barva RGB 0/0/255). Změny návodných textů, textů určených k doplnění (tzn. **červenou kurzívou**) a smazaných textů, jsou v další verzi šablony zvýrazněny **žlutě**.

## 7 Pokyny pro transport odpadů z místa vzniku do shromaždiště

Všechny shromažďovací prostředky musí být řádně a pevně uzavřeny.

Shromažďovací prostředky s odpadem nesmí být odkládány bez dozoru na místech, která nejsou k odkládání odpadu určena. Za toto zodpovídá **kdo**.

**Kdo** přebírá odpad na jednotlivých pracovištích minimálně 1x za 24 hodin nebo podle potřeby pracoviště, odkud je odnášejí na určená shromaždiště odpadů a ukládají do uzamykatelných kontejnerů a zabezpečených prostor **kde v areálu ZZ, uvést odkaz na mapu areálu s vyznačenými jednotlivými shromaždišti/úložišti**.

Každý shromažďovací prostředek, v němž jsou soustřeďovány odpady, musí být označen nápisem – plast, sklo, komunální odpad, **infekční odpad nebezpečný odpad** apod.

Shromažďovací prostředky v místě shromaždiště (kontejnery, **pytle**) musí být **dle vyhlášky č. 83/2016 Sb. od 1.6.2016** označeny: **názvem a číslem odpadu dle Katalogu odpadů**.

- **Kód odpadu, např. 180103;**
- **NEBEZPEČNÝ ODPAD;**

# Harmonogram – přehled dokumentů pro implementaci SAK

Termín/plán	Název dokumentu	Vedoucí ZT**	Stav/termín dokončení***	Poznámka
hotovo	Laboratorní příručka			
	Dotazníky spokojenosti pacientů			
	SME Organizace kardiopulmonální resuscitace a první pomoci			
	SME Používání omezovacích prostředků			
	SME Program prevence a kontroly infekcí (navazující dokumenty – ve zpracování, viz níže tab. Hygiena nemocničního prostředí a protiepidemická opatření)			
	SME Přijímání, evidence a vyřizování stížností			
	Informační leták Práva a povinnosti pacientů a jejich blízkých			
12.2013	SME Nutriční péče	MPA	hotovo/7.2.2014	
1.2014	Etický kodex zaměstnanců	JKO	hotovo/28.2.2014	oponováno přednostou Ustavu etiky 3. LF UK Mgr. et Mgr. Markem Váchou, PhD.
	Náplně práce (doporučení)	RLO	konzultační seminář SAK (doporučení)	
	Organizační řád	GHU	hotovo/7.7.2014	
	SME Interní audit kvality a bezpečí	IGA	zasláno k připomínkám do 22/10.7.2014	předpokládaný termín 7/14
	SME Léčiva* (úprava názvu na Zacházení s léčivými přípravky)	RLO	zasláno SAK/7.7.2014	předpokládaný termín 7/14
	SME Nákup zboží a služeb, organizace veřejných zakázek – vydáno jako Řídící pokyn 6/2013 Jednotný postup při realizaci veřejných zakázek	MGA	hotovo/27.11.2013	vydáno jako Řídící pokyn
	SME Poskytování OOPP a mycích, čistících a dezinfekčních prostředků	RLO	hotovo/9.6.2014	
	SME Příprava, skladování, distribuce stravy a výživových produktů (PR kuchyně?)	-	zrušeno (informace jsou součástí PRO kuchyně a KACCAP)	
	SME Řízení lidských zdrojů	GHU/RLO	KN	předpokládaný termín 6/14
	Standard Pravidla pro ústní a telefonickou komunikaci při ordinování léčiv a hlášení výsledků vyšetření pacientů* (úprava názvu na Bezpečná komunikace - pravidla pro ústní a telefonickou komunikaci při ordinování léčiv a hlášení výsledků vyšetření pacientů)	MPA	hotovo/26.2.2014	
	Vnitřní řád	IGA	hotovo/7.4.2014	
2.2014	Hodnocení pacienta včetně rizik + flexibilní formuláře (FF)	MPA	hotovo/leden 2014	FF distribuovány do NIS
	SME Edukace pacientů a jejich blízkých	RLO	hotovo/14.5.2014	
	SME Nežádoucí události*	MPA	bude zpracováno po zavedení hlášení v NIS (STAPRO)	předpokládaný termín 8/14
	SME Řízení dokumentů a záznamů	MPA	návrh SME zpracován	závisí na vybrané dokumentačním systému ZZ

## Šablony dokumentů SAK

### Navigace

- [Kalendář](#)
- [Nový obsah](#)

Pozn. v závorce je uvedena verze šablony/dokumentu a datum umístění na Intranet, červeně jsou označeny novinky (změny od předchozí aktualizace stránky)

[Jak pracovat se šablonami dokumentů \(2.5.2014\)](#)

[Harmonogram přípravy dokumentů pro implementaci SAK \(10.9.2014\)](#)

[Přehled informací a podkladů k SAK](#)

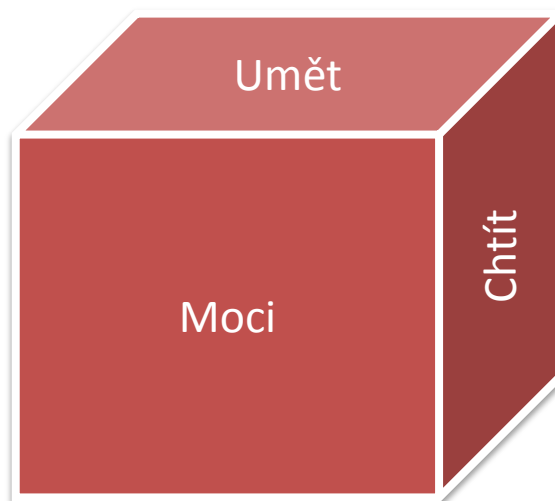
Koncepční a strategické dokumenty	<a href="#">Etický kodex Skupiny Zdravotnický holding Plzeňského kraje (verze 01/28.2.2014)</a> <a href="#">Strategický plán nemocnice – poslání, vize, cíle, strategie (vzorový dokument, pracovní verze/5.8.2014)</a>
Řády	<a href="#">Vnitřní řád (verze 01/7.4.2014)</a> <a href="#">Organizační řád_SRO (verze 01/7.7.2014)</a> <a href="#">Organizační řád_AS (verze 01/7.7.2014)</a> <a href="#">Dokumentační řád (verze 0.13)</a> <a href="#">Spisový a skartační řád (verze 1.0/27.7.2015)</a>
Směrnice	<a href="#">Program řízení kvality a bezpečí (verze 0.03/2.12.2014)</a> <a href="#">Nutriční péče (verze 02.02/19.11.2015)</a> <a href="#">Organizace kardiopulmonální resuscitace a první pomoci (verze 01/20.1.2014)</a> <a href="#">Používání omezovacích prostředků (verze 01/20.1.2014; formuláře)</a> <a href="#">Program prevence a kontroly infekcí (verze 01/28.2.2014)</a> <a href="#">Přijímání, evidence a vyřizování stížností (verze 01/20.1.2014)</a> <a href="#">Edukace pacientů a jejich blízkých (verze 01/14.5.2014)</a> <a href="#">Poskytování osobních ochranných prostředků, mycích, čisticích a dezinfekčních prostředků (OOPP) (verze 01.01/7.7.2014)</a> <a href="#">Traumatologický plán (verze 01/7.7.2014)</a> <a href="#">Metrologický řád (verze 01/21.7.2014)</a> <a href="#">Používání technických zařízení a přístrojové techniky (verze 02/23.6.2015)</a> <a href="#">Vedení a nakládání se zdravotnickou dokumentací (verze 01/21.7.2014)</a> <a href="#">Řízení a organizace péče (verze 01/21.7.2014)</a> <a href="#">Zacházení s léčivými přípravky (verze 01/22.7.2014)</a> <a href="#">Řízení lidských zdrojů (verze 01/13.8.2014)</a> <a href="#">Interní audit kvality a bezpečí (verze 01/20.8.2014)</a> <a href="#">BOZP (verze 01/2.9.2014)</a>



# Společné konzultační semináře (9)

TERMÍN	PROGRAM
18.09.2013 (úvodní konzultace)	1. Integrační aktivity ZHPK a společné využívání IT 2. SAK – výklad nových standardů 3. Implementace standardů SAK ve Skupine ZHPK
23.10.2013	Dokumenty připomínkované SAK – diskuze nad připomínkami a poznámkami <ul style="list-style-type: none"> <li>• Používání omezovacích prostředků + formuláře Oznámení o použití omezovacího prostředku a Záznam o použití omezovacího prostředku (OP)</li> <li>• Přijímání, evidence a vyřizování stížností</li> <li>• Organizace kardiopulmonální resuscitace a první pomoci</li> </ul> Ukazatele kvality Diskuze k vybraným tématům <ul style="list-style-type: none"> <li>• zdravotnická dokumentace (rozsah vstupního vyšetření, záznamů, zkratky, informovaný souhlas),</li> <li>• zdravotnické prostředky, záznamy o používání u třídy IIb, III,</li> <li>• sledování nozokomiálních infekcí,</li> <li>• adaptační proces.</li> </ul>
10.01.2014	Nutriční péče, Informované souhlasy, Program prevence a kontroly infekcí v nemocnici
12.03.2014	Vnitřní řád, Práva a povinnosti pacientů, Etický kodex, Bezpečná komunikace, Nutriční péče, Identifikace pacientů, ...
09.04.2014	Bolest, Bezpečnost při používání rizikových léčiv, Nutriční péče (verze 1.02), Řízení a organizace péče, Audity ZHPK, ...
11.06.2014	Indikátory kvality, Zacházení s léčivými přípravky, Metrologický řád, Edukace pacientů a jejich blízkých, ...
10.09.2014	Nakládání s odpadem, Organizace požární ochrany, Zabezpečení BOZP, Nakládání s chemickými látkami, KDP, ...
22.10.2014	Informace ke zjištění z proběhlých předakreditačních šetření – kompetence zdravotnických pracovníků, vedení zdravotnické dokumentace, bolest, léčiva, převodová tabulka (standard – vnitřní dokumenty), ...
29.10.2014	Řízení kompetencí lékařů

# Ukazatele kvality



# Ukazatele kvality obecně

- **Datové zdroje**

- administrativní data (výkazy pro ZP a data národní statistiky – ÚZIS)
  - standardizovaná a validovaná na národní úrovni,
  - jejich pořízení je „zadarmo“,
  - dostupná v dlouhých časových řadách,
  - méně specifická pro konkrétní otázky kvality.
- data nově sbíraná pro vyhodnocování konkrétních oblastí kvality (nežádoucí události, epidemiologie)

- **Klasifikace ukazatelů podle:**

- oblasti: vztažené k celé oblasti (PK), k jednotlivým nemocnicím, k provozním jednotkám (oddělení, pracoviště, obory),
- období: kalendářní rok, čtvrtletí, měsíc,
- klinických oblastí, které jsou ukazateli hodnoceny (mortalita, rehospitalizace, výkony vhodné pro sledování objemu, výkony vhodné pro sledování podílu různých postupů – přirozený porod/Císařský řez, sledování výskytu infekcí, sledování nežádoucích událostí a sledování spokojenosti pacientů).

# Ukazatele kvality v praxi

- Ukazatele jsou spočítány ve stanoveném termínu,
- jsou identifikovány nepříznivé výsledky,
- je podáno doporučení k nápravě do příštích období.
- **Výsledky jsou projednány s vedením nemocnice a dotčených oddělení s konkrétními úkoly a opatřeními.**

# Program prevence a kontroly infekcí

## Skupiny ZHPK – ukazatele kvality

- Hlavním podkladem pro sledování jsou nálezy z mikrobiologických vyšetření.

Jednotlivé nálezy jsou hodnoceny epidemiologem ve spolupráci s pověřenými pracovníky pro kontrolu infekcí v jednotlivých nemocnicích.

Název indikátoru	Definice indikátoru/pracoviště
<b>INFEKCE SPOJENÉ SE ZDRAVOTNÍ PÉČÍ</b>	
<b>Počty infekcí sledovány průběžně, indikátor hodnocen 1x ročně.</b>	
Incidence infekcí MRSA	1. Poměr počtu infekcí MRSA vzniklých během hospitalizace v nemocnici k celkovému počtu ukončených hospitalizací v nemocnici na 1000 ukončených hospitalizací. 2. Poměr počtu infekcí MRSA vzniklých během hospitalizace v nemocnici k celkovému počtu ošetřovacích dnů v nemocnici na 1000 ošetřovacích dnů. <i>Všechna zdravotnická pracoviště</i>
Incidence infekcí Clostridium difficile	3. Poměr počtu infekcí Cl. difficile vzniklých během hospitalizace v nemocnici k celkovému počtu ukončených hospitalizací v nemocnici na 1000 ukončených hospitalizací. 4. Poměr počtu infekcí Cl. difficile vzniklých během hospitalizace v nemocnici k celkovému počtu ošetřovacích dnů v nemocnici na 1000 ošetřovacích dnů. <i>Všechna zdravotnická pracoviště</i>
Incidence primárních a sekundárních infekcí krevního řečiště	5. Poměr počtu infekcí krevního řečiště vzniklých během hospitalizace v nemocnici k celkovému počtu ukončených hospitalizací v nemocnici na 1000 ukončených hospitalizací. 6. Poměr počtu infekcí krevního řečiště vzniklých během hospitalizace v nemocnici k celkovému počtu ošetřovacích dnů v nemocnici na 1000 ošetřovacích dnů. <i>Všechna zdravotnická pracoviště</i>
Incidence infekcí krevního řečiště včetně katérových infekcí při zavedeném centrálním katétru	7. Poměr počtu infekcí krevního řečiště při zavedeném centrálním cévním katétru vzniklých během hospitalizace v nemocnici k celkovému počtu všech dní všech pacientů se zavedeným centrálním katétreem na 1000 katérových dnů. <i>Všechna zdravotnická pracoviště kromě NNP Svatá Anna a NNP LDN Horažďovice</i>
Incidence ventilátorové pneumonie	8. Poměr počtu případů ventilátorové pneumonie k celkovému počtu dnů prováděné plicní ventilace u všech pacientů na 1000 dnů plicní ventilace. <i>ARO/JIP/DIP/DIOP</i>
Incidence infekcí v místě chirurgického výkonu v procentech	9. Poměr počtu infekcí v místě chirurgického výkonu po určitém výkonu k celkovému počtu sledovaných chirurgických výkonů (skupina kolorektální výkony, otevřené repozice a osteosyntézy, totální endoprotézy kyčelního a kolenního kloubu) na 100 výkonů. <i>Všechna zdravotnická pracoviště</i>
Incidence infekcí močových cest související s močovým katétreem	10. Poměr počtu infekcí močových cest souvisejících s močovým katétreem vzniklých během hospitalizace v nemocnici k celkovému počtu všech dní všech pacientů se zavedeným močovým katétreem na 1000 katérových dnů. <i>Zdravotnická pracoviště Nemocnice následné péče Svatá Anna</i>
<b>HYGIENA RUKOU</b>	
Spotřeba dezinfekčních prostředků na ruce	11. Poměr počtu litrů dezinfekčních prostředků na ruce (spotřeba) v nemocnici k celkovému počtu ošetřovacích dnů v nemocnici na 1000 ošetřovacích dnů. <i>Všechna zdravotnická pracoviště</i>

# Ukazatele z k-dávek (ukázka)

- objemové
- mortalitní
- utilizace

## Legenda a vysvětlivky:

**Referenční hodnoty** jsou vypočítány pro každý typ zdravotnického zařízení (RV0,RV1,RV2,RV3). V tabulce je pro každé zdravotnické zařízení zobrazena referenční hodnota stejného typu a celková referenční hodnota. Ukazatel mortalita je standardizován podle věku a pohlaví. Výsledná hodnota je uvedena jako **standardizovaná mortalita**.

Ukazatel utilizace je standardizován podle věku a pohlaví. Výsledná hodnota je uvedena jako **standardizovaná utilizace**.

Barevný symbol zobrazený u standardizované mortality (utilizace) má následující význam:

**červená barva** - ukazatel standardizovaná mortalita (utilizace) je ve sledovaném zdravotnickém zařízení statisticky významně horší než populační hodnota (s 95% spolehlivostí)

**žlutá barva** - nelze konstatovat, že ukazatel standardizovaná mortalita (utilizace) je ve sledovaném zdravotnickém zařízení statisticky významně horší nebo lepší než populační hodnota (s 95%-ní spolehlivostí)

**zelená barva** - ukazatel standardizovaná mortalita (utilizace) je ve sledovaném zdravotnickém zařízení statisticky významně lepší než populační hodnota (s 95%-ní spolehlivostí)

Pro ukazatele tyou volume má barevný symbol význam:

**červená barva** - počet případů ve sledovaném zdravotnickém zařízení je menší než 75% referenční hodnoty

**žlutá barva** - počet případů ve sledovaném zdravotnickém zařízení je větší než 75%, ale menší než 125% referenční hodnoty

**zelená barva** - počet případů ve sledovaném zdravotnickém zařízení je větší než 125% referenční hodnoty.

## Seznam hodnocených ukazatelů

### Hrudní chirurgie

[Počet hospitalizovaných pro bronchogenní karcinom plic](#)

### Neurologie

[Počet případů hospitalizace pro CMP](#)

[Nemocniční mortalita u CMP způsobených mozkovým krvácením](#)

[Počet případů hospitalizace pro ischemickou CMP](#)

[Počet případů hospitalizace pro TIA](#)

[Nemocniční mortalita u CMP](#)

[Nemocniční mortalita u ischemické CMP](#)

### Interní lékařství

[Nemocniční mortalita u akutního infarktu myokardu](#)

[Nemocniční mortalita u městnavého srdečního selhání](#)

[Nemocniční mortalita u pneumonie](#)

### Gastroenterologie a hepatologie

[Nemocniční mortalita u krvácení do trávicího traktu](#)

### Chirurgie

[Podíl operací žlučníku a žlučových cest laparoskopicky](#)

[Počty případů s výkony na žlučníku a žlučových cestách](#)

[Počet výkonů primární operace kýly u dětí do 15 let](#)

[Počet resekčních výkonů na prsu](#)

[Nemocniční mortalita po resekčních výkonech na štítné žláze a příštítných tělískách](#)

[Počet resekčních výkonů na štítné žláze a příštítných tělískách](#)

[Počet resekčních výkonů na tlustém střevě a konečníku](#)

[Nemocniční mortalita po resekčních výkonech na tlustém střevě a konečníku](#)

[Počet výkonů resekce nebo amputace rekta](#)

[Nemocniční mortalita po resekcí nebo amputaci rekta](#)





[Podíl amputací rekta z počtu amputací a resekcí rekta pro Ca](#)

[Počet výkonů amputace konečníku sec. Miles](#)

[Počet výkonů na játrech](#)

[Nemocniční mortalita po výkonech na játrech](#)

# Počet případů hospitalizace pro CMP

Rok	Počet případů	Referenční hodnota	Graf
2010	157	105	
2011	114	109	
2012	112	109	
2013	106		

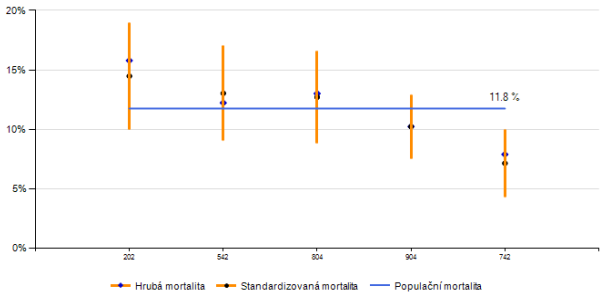
## Doplňková měření

	2010		2011		2012	
Parametr	Naměřená hodnota	Ref. hodnota	Naměřená hodnota	Ref. hodnota	Naměřená hodnota	Ref. hodnota
Podíl překladů	33,1%	33,4%	40,4%	33,3%	34,8%	33,3%
Podíl překladů do akutní péče	8,3%	10,3%	7,9%	11,1%	5,4%	11,1%
Podíl překladů do LDN	21,7%	20,4%	29,0%	19,3%	27,7%	19,3%
Průměrný věk případů	74,6	73,4	74,3	73,5	75,2	73,5
Průměrný počet bodů na případ	24 444	27 220	23 758	34 109	25 445	34 109
Průměrná ošetrovací doba případu	10,7	10,1	11,4	9,9	9,9	9,9
Průměrná hodnota ZUP na případ	385 Kč	1 256 Kč	1 012 Kč	1 622 Kč	776 Kč	1 622 Kč

## Parametry případů, rok 2013

Parametr	Naměřená hodnota
Počet případů	106
Podíl překladů	46,2%
Podíl překladů do akutní péče	9,4%
Podíl překladů do LDN	34,0%
Průměrný věk případů	74,2
Průměrný počet bodů na případ	18 139
Průměrná ošetrovací doba případu	9,2
Průměrná hodnota ZUP na případ	353 Kč

Počty případů odpovídají od roku 2011 referenčním hodnotám.  
Hodnoty ekonomických parametrů jsou příznivé.





Počet případů s operací pro zlomeninu distálního radia

Rok	Počet případů	Referenční hodnota	Graf
2010	27	15	
2011	36	18	
2012	38	18	
2013	56		

Doplňková měření

Parametr	2010		2011		2012	
	Naměřená hodnota	Ref. hodnota	Naměřená hodnota	Ref. hodnota	Naměřená hodnota	Ref. hodnota
Podíl překladů	0,0%	2,9%	0,0%	5,1%	0,0%	5,1%
Podíl překladů do akutní péče	0,0%	0,7%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%
Podíl překladů do LDN	0,0%	2,0%	0,0%	4,1%	0,0%	4,1%
Průměrný věk případů	46,5	50,7	53,9	53,8	58,8	53,8
Průměrný počet bodů na případ	24 169	17 330	16 517	20 318	17 515	20 318
Průměrná ošetrovací doba případu	8,7	6,4	4,9	6,3	5,4	6,3
Průměrná hodnota ZUP na případ	11 599 Kč	5 784 Kč	12 370 Kč	8 580 Kč	13 806 Kč	8 580 Kč

Parametry případů, rok 2013

Parametr	Naměřená hodnota
Počet případů	56
Podíl překladů	5,4%
Podíl překladů do akutní péče	3,6%
Podíl překladů do LDN	1,8%
Průměrný věk případů	55,2
Průměrný počet bodů na případ	17 324
Průměrná ošetrovací doba případu	5,6
Průměrná hodnota ZUP na případ	12 356 Kč

Počty případů jsou výrazně vyšší, než RH, hodnoty ekonomických ukazatelů jsou nepříznivé v kategorii průměrné hodnoty ZUP na případ.



# Zpětná vazba

- interpretace a požadavky jednotlivých auditorů

## 4. Bezpečnostní listy, Písemná pravidla pro nakládání s nebezpečnými chemickými látkami

Požadavek/doporučení: Některými auditory požadovány pouze bezpečnostní listy, některými jak bezpečnostní listy, tak pravidla pro nakládání s nebezpečnými chemickými látkami

Vyjádření ZHPK: Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v § 44a požaduje „*písemná pravidla o bezpečnosti, ochraně zdraví a ochraně životního prostředí při práci s těmito chemickými látkami a chemickými přípravky.*“

---

*Pravidla musí být volně dostupná zaměstnancům na pracovišti a musí obsahovat zejména informace o nebezpečných vlastnostech chemických látek a chemických přípravků, se kterými zaměstnanci nakládají, pokyny pro bezpečnost, ochranu zdraví a ochranu životního prostředí, pokyny pro první předlékařskou pomoc a postup při nehodě. Text pravidel je právnická osoba nebo fyzická osoba oprávněná k podnikání povinna projednat s orgánem ochrany veřejného zdraví příslušným podle místa činnosti. Proto by měl mít zaměstnanec k dispozici jak bezpečnostní listy, tak pravidla.*

### Ad. 4. Bezpečnostní listy, písemná pravidla pro nakládání s nebezpečnými chemickými látkami

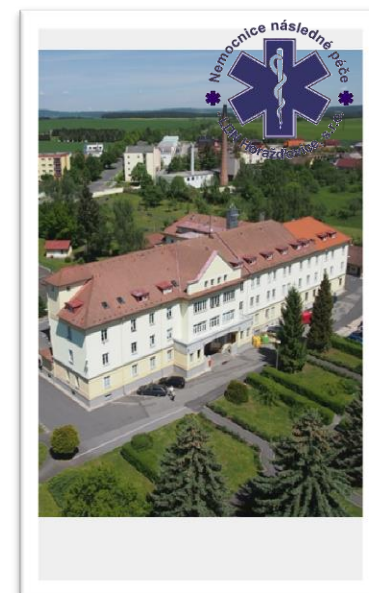
Tento komentář zdůrazníme na interpretačních seminářích našich auditorů a konzultantů. Je pravdou, že někteří mají příslušná pravidla a bezpečnostní listy za jeden dokument, ve skutečnosti se však jedná o dva nezávislé zdroje informací, jeden pochází od výrobce příslušné chemické látky, druhý vypracovává nemocnice dle zákona č. 268/2000 Sb.

# Pohled ZHPK na výhody spolupráce se SAK, o.p.s.

- **společné konzultační semináře**
  - edukace – systematické, postupné a koordinované seznamování pracovníků nemocnic s požadavky akreditačních standardů i s metodou vlastního šetření,
  - možnost diskuze nad vybranými tématy a
  - sdílení nejlepší praxe mezi zapojenými subjekty
- **dosažení značného sjednocení dokumentů, metod zajišťování kvality péče i manažerského chování**
- možnost kdykoliv kontaktovat odborníky SAK o.p.s. e-mailem, telefonicky s žádostí o radu či pomoc při řešení otázek vztahujících se k přípravě na akreditaci
- přítomnost erudovaných odborníků SAK o.p.s. – **postupná změna názoru** pracovníků nemocnic na systém řízení kvality a bezpečí poskytované péče a vlastní akreditační proces **pozitivním směrem**



**zhpk**  
**ZDRAVOTNICKÝ HOLDING PLZEŇSKÉHO KRAJE**



**PLZEŇSKÝ KRAJ**