

VYHODNOCENÍ INDIKÁTORŮ KVALITY ZA ROK 2023

Na základě programu zvyšování kvality poskytované péče v Psychiatrické nemocnici Brno, který byl projednán a odsouhlasen vedením nemocnice se provádí roční vyhodnocení získaných ukazatelů kvality.

V roce 2023 bylo metodickým pokynem náměstka ředitele pro LPP 2/2023 stanoveno šest indikátorů kvality, a to:

1. Spokojenost pacientů s poskytovanými zdravotními službami
2. Nežádoucí události
3. Kontinuální vzdělávání zaměstnanců
4. Dekubity
5. Snižování počtu dlouhodobě hospitalizovaných SMI bez OL
6. Zdravotnická dokumentace

Ad 1. Sledování IK spokojenost pacientů

Pro vyhodnocení a zpracování indikátoru kvality č.1 slouží dotazníky spokojenosti pacientů. Dotazníky jsou k dispozici na lůžkových stanicích, denním stacionáři a ambulancích v PNB. Výsledky vyhodnocení indikátoru jsou uveřejňovány na webových stránkách nemocnice jednou ročně. Dotazníky jsou hodnoceny měsíčně pracovištěm ošetřovatelské péče. Plnění připomínek nemocných je realizováno po vyhodnocení, pokud možno ihned. Mezi realizovaná opatření roku 2023 patří humanizace prostředí stanic, rozšíření nabídky volnočasových aktivit, nákup stolních her, rozšíření využití tělocvičny a divadelního sálu, oprava altánů v areálu nemocnice, modernizace lůžek a vybavení na pokojích nemocných, úprava rozsahu vycházek a návštěv pro pacienty.

Ad 2. Sledování IK nežádoucí události

Pro vyhodnocení a zpracování indikátoru kvality č.2 slouží hlášení nežádoucích událostí (dále jen NU) v programu ISpP HIPPO.

V rámci nežádoucích událostí sledujeme klasifikaci NU – zdraví a život ohrožující stavy pacientů, ohrožení zdraví a života personálu a situace ohrožující životy lidí a majetek. Závažné události jsou hlášeny vedení nemocnice.

Od 01. 04. 2012 je Psychiatrická nemocnice Brno zapojena do „Národního systému anonymního hlášení nežádoucích událostí“ (ÚZIS ČR).

Celkový počet nežádoucích událostí:

- v roce 2021 bylo celkem 436 z nichž bylo 37 závažných
- v roce 2022 bylo celkem 476 z nichž bylo 34 závažných
- v roce 2023 bylo celkem 592 z nichž bylo 37 závažných

Měsíční přehled NU s navrženými opatřeními je předáván vedoucím pracovníkům na poradách, ostatní pracovníci jsou informováni zápisem z porady. Opatření jsou navržena vedoucími pracovníky jednotlivých pracovišť přímo v záznamu NU.

Grafické srovnání vyhodnocení indikátoru č. 2 je uveřejněno na intranetu Psychiatrické nemocnice Brno, a to jednou ročně.

Sledování, hlášení, výstupy a opatření NU se řídí metodickým pokynem náměstka ředitele pro LPP č. 1/2022. V rámci nemocnice taktéž probíhají kontroly zápisů NU ve zdravotnické dokumentaci pacientů.

Počty nežádoucích událostí podle klasifikace v roce 2021, 2022 a 2023

Nežádoucí události	rok 2021	rok 2022	rok 2023
Pády	138	175	146
Svévolné opuštění nemocnice	47	69	89
Agrese - pacient, pacient	28	8	27
Agrese - napadení personálu	24	21	35
Zcizení majetku	27	18	16
Drobná zahoření	2	3	1
Infekční nemoci	23	13	37
Pochybení při podání léků	1	4	4
Užití nedovolených látek	48	53	123
Poranění o jehlu	2	4	3
Poškození majetku nemocnice	44	29	31
Sebepoškození	23	30	45
Suicidium - pokus	4	5	9
Náhlé úmrtí	1	1	3
ostatní	24	43	23
Počet NU celkem	436	476	592

Opatření k zamezení pádu:

- soulad s rezortním bezpečnostním cílem č. 4;
- vstupní screening pro určení zvýšeného rizika pádu a jeho přehodnocení u rizikových pacientů v souladu s ošetrovatelským standardem 100/21;
- provádění analýz míst a situací při pádu pracovištěm ošetrovatelské péče;
- vybavení stanic protiskluznou podlahovou krytinou;
- vybavení stanic novými nemocničními lůžky;
- cílené kontroly rizikových nemocných;
- edukace pacientů.

Opatření k omezení svévolného opuštění nemocnice:

- edukace a motivace pacientů;
- poučení o právech pacientů;
- možnost diagnosticko-terapeutických vycházek;
- psychosociální podpora pacientů;
- naplňování vyhlášky č. 92/2012 Sb. o požadavcích technického a věcného vybavení.

Opatření k omezení agrese:

- školení zaměstnanců ve strategii snižování užívání omezovacích prostředků a deeskalačních technikách;
- školení personálu v přístupech k duševně nemocným;
- dodržování ošetrovatelského standardu 56/10;
- terapeutické pohovory, včasný záchyt změny v chování pacienta;
- funkční vybavení stanic;
- cílené kontroly stanic;
- vybavení pracovišť elektronickým zabezpečovacím systémem.

Opatření k omezení výskytu infekčních nemocí:

- dodržování všech opatření nařízených ústavním hygienikem a KHS;
- dodržování zásad bariérové ošetrovatelské péče;
- školení personálu v hygieně rukou při poskytování zdravotní péče;
- kontroly dodržování MP 16/2021 včetně kontrol hygieny rukou fluorescenční metodou;
- cílené kontroly požadavků KHS na stanicích;
- edukace pacientů.

Opatření k omezení pochybení při podávání léků:

- dodržování ošetrovatelského standardu 29/10;
- kontroly identifikace nemocných dle MP;
- cílené kontroly podávání léků na pracovištích.

Opatření k omezení užívání nedobrovolných látek u pacientů:

- edukace a motivace pacientů;
- psychosociální podpora pacientů;
- aktualizace Vnitřního řádu nemocnice;
- poskytování péče pacientům v chráněném prostředí oddělení;
- kontrola zneužívání nedobrovolných látek.

Opatření k omezení poranění personálu o jehlu:

- dodržování ošetrovatelského standardu 30/10;
- cílené kontroly;
- dodržování doporučení KHS.

Opatření k omezení sebepoškození a suicidií pacientů:

- edukace pacientů;
- psychoterapeutická podpora pacientů;
- poskytování péče v chráněném prostředí;
- funkční vybavení stanic;
- dodržování ošetrovatelského standardu 59/10.

Opatření k omezení zcizení osobního majetku pacientů:

- edukace pacientů;
- uzamykatelné prostory (stolky a skříňky) k úschově osobních věcí na stanicích;
- možnost úschovy v centrálním trezoru PNB.

Opatření k omezení poškození majetku nemocnice a drobných zahoření:

- funkční vybavení stanic;
- kontroly plnění vyhlášky 92/2012 Sb.;
- cílené kontroly;
- edukace pacientů.

Ad 3 Sledování IK kontinuální vzdělávání zaměstnanců

Pro vyhodnocení a zpracování indikátoru kvality č.3 slouží plány vzdělávání pracovníků a jejich účast na **nepovinných vzdělávacích akcích** pořádaných PNB i účast na externích akcích. Vyhodnocení indikátoru probíhá jednou ročně.

V roce 2023 bylo lékařům nabídnuto celkem 30 vzdělávacích akcí s účastí 314 lékařů, 22 vzdělávacích akcí pro psychology, s účastí celkem 94 psychologů a 18 vzdělávacích akcí pro nelékařské zdravotnické pracovníky s účastí 528 NLZP. Povinné vzdělávací akce nejsou do této statistiky účasti zahrnovány.

Ad 4 Sledování IK dekubity

Pro vyhodnocení a zpracování indikátoru kvality č.4 slouží statistika dekubitů v programu ISpP HIPPO.

rok	počet v zařízení		počet mimo zařízení	
	dekubitů	pacientů s dekubitem	dekubitů	pacientů s dekubitem
2021	175	63	42	27
2022	142	63	40	28
2023	131	66	51	26

Opatření k udržení nízkého výskytu dekubitů:

- včasný screening rizika vzniku dekubitů;
- dodržování ošetrovatelského standardu 18/10;
- pravidelná péče o kůži pacienta;
- péče o adekvátní výživu a spolupráce s nutričními terapeuti;
- používání u pacientů v riziku vzniku dekubitu individualizovaných antidekubitních pomůcek, kontroly ošetrovatelské péče staničními sestrami;
- cílené kontroly rizikových nemocných;
- školení personálu v péči o kůži pacienta.

Ad 5 Sledování IK dlouhodobě hospitalizovaní pacienti se závažným duševním onemocněním bez OL

Indikátor kvality byl stanoven v souladu s požadavky MZ a potřebě monitorovat počty dlouhodobě hospitalizovaných pacientů se závažným duševním onemocněním, a to z důvodu spolupráce s pracovníky Krajského úřadu JMK a komunitními týmy. Dlouhodobě hospitalizovaný pacient je MZ definován délkou hospitalizace nad 183 dní s přerušением hospitalizace do 21 dní. Závažné duševní onemocnění (SMI) je vymezeno dg. skupinami F2, F30-F39 (bez F32-F33) a F42. Vyhodnocení indikátoru probíhá k 30.6. a 31.12. v daném roce.

rok	k datu	počet dl. SMI bez OL
2020	30.06.2020	18 %
	31.12.2020	21 %
2021	30.06.2021	16 %
	31.12.2021	17 %
2022	30.06.2022	14 %
	31.12.2022	14 %
2023	30.06.2023	13 %
	31.12.2023	13 %

Opatření ke snižování počtu dlouhodobě hospitalizovaných pacientů s SMI:

- včasné oslovení pacienta ke spolupráci;
- edukace a motivace pacienta;
- představení služby na stanicích;
- spolupráce s peer pracovníky;
- psychologická podpora;
- individuální plánování s pacientem;
- spolupráce s komunitními týmy na přechodu do komunity;
- dodržování MP Multidisciplinární spolupráce s komunitními týmy.

Ad 6 Sledování IK zdravotnická dokumentace

Nově stanovený indikátor kvality, k jehož vyhodnocení slouží každoroční interní audit kvality zdravotnické dokumentace. Vyhodnocení je zpracováno vedoucí interní auditorkou kvality, a to jednou ročně.

rok provedení IAK	ZD bez nedostatků	ZD se zjištěnými nedostatky
2022	61,30 %	38,70 %
2023	41 %	59 %

Opatření ke snižování nedostatků ve ZD:

- prokazatelné seznámení pracovníků s předpisy nemocnice;
- průběžné informování pracovníků o změnách v předpisech;
- kontroly zápisů ve ZD;
- provádění interních auditů kvality ZD;
- informování o výsledcích auditu kvality ZD;
- edukace zdravotnických pracovníků prostřednictvím porad;
- dodržování směrnic ředitele, metodických pokynů náměstků ředitele a standardů.

V roce 2023 nadále pokračovalo naplňování standardů péče, které jsou v souladu s Rezortními bezpečnostními cíli. Kontroly probíhaly celoročně pomocí zavedeného kontrolního systému bezpečnostních vizit, cílených interních kontrol a v neposlední řadě interními audity kvality dle celoročního plánu.

V Brně dne 16.1.2024

Zpracovala: PhDr. Dubská Soňa. MBA, hlavní sestra, manažer Rady pro kvalitu PNB