

**Zpráva o předakreditační konzultaci
ve Fakultní nemocnici Olomouc
ve dnech 9. - 11. 4. 2009**

Úvod

Na základě pozvání managementu Fakultní nemocnice Olomouc (dále jen „nemocnice“) provedli MUDr. David Marx, PhD., Bc. Miloslava Mašková a Ing. Antonín Vejtasa konzultaci zaměřenou na naplňování akreditačních standardů SAK ČR.

Spolupráce managementu nemocnice i všech jejích pracovníků v průběhu konzultační návštěvy byla velmi dobrá.

Konzultanti navštívili následující pracoviště nemocnice: I. chirurgická klinika, Neurologická klinika, IPCHO, centrální operační sály, Ortopedická klinika, Dětská klinika, Psychiatrická klinika, I. a II. interní klinika, Neurochirurgická klinika, Oční klinika, Klinika rehabilitačního a tělovýchovného lékařství, Traumatologické oddělení, Klinika plicních nemocí a tuberkulózy, Oddělení geriatric, I. interní klinika, III. Interní klinika, oddělení hemodialýzy, Porodnicko-gynekologická klinika, Onkologická klinika, Urologická klinika, Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie, Hemato-onkologická klinika, Oddělení urgentního příjmu, Klinika otolaryngologická, Kardiochirurgická klinika.

Součástí konzultace byla diskuse se zástupci personálního oddělení nemocnice týkající se naplňování akreditačních standardů v oblasti personálního řízení a diskuse se zástupci Rady pro kvalitu nemocnice zaměřená na Plán řízení kvality a sledované indikátory kvality.

Nálezy ze sledovaných oblastí:

I) Vedení zdravotnické dokumentace

V kontrolovaných chorobopisech nezjistili konzultanti dodržování minimálního jednotného rozsahu odebrané anamnézy a fyzikálního vyšetření. Záznamy o přijetí nejsou psány konzistentně – u pacientů přijímaných na I. interní kliniku opakovaně chybí záznam o vyšetření hlavy, v příjmové dokumentaci pacienta přijímaného na chirurgickou kliniku chybí záznam o vyšetření per rectum.

Konzultanti doporučují, aby nemocnice jednotně stanovila minimální rozsah odebrané anamnézy a minimální rozsah fyzikálního vyšetření pacientů při přijetí k hospitalizaci a při vnitřních auditech systematicky sledovala dodržování tohoto rozsahu.

U pacientů nízkoprahové části odd. EMERGENCY není průběžně vedena dokumentace jejich pobytu na tomto pracovišti, tato se omezuje na záznam lékaře při sepisování závěrečné zprávy. Při návštěvě konzultanta se nezdařilo nalézt záznam o vývoji zdravotního stavu sledované pacientky následně přijaté k hospitalizaci.

Konzultanti doporučují dokumentovat vývoj zdravotního stavu u pacientů EMERGENCY včetně dokumentace ošetrovatelské péče.

Některé záznamy ve zdravotnické dokumentaci byly nečitelné nejen pro konzultanty, ale i pro pracovníky nemocnice, kteří o příslušné pacienty pečují.

II) Předepisování, podávání a uchovávání léčiv

V chorobopise sledovaného pacienta Dětské kliniky chybí ordinace rychlosti podání infuze. Na tomtéž pracovišti konzultant našel v lednici nařazený roztok Amoksiklavu natažený v injekční stříkačce označené celkovou dávkou antibiotika, jménem pacienta i časem ředění s tím, že tato dávka bude podána jako následující, t.j. 8 h po natažení do stříkačky. U téhož pacienta došlo ke zpoždění podání antibiotika o minimálně 1 hodinu.

V kontrolované dokumentaci pacienta kardiologického oddělení byl rozpor mezi ordinací lékaře a časem podání léčiva – dle sdělení personálu toto byl výsledek ústní domluvy, která ale nebyla nikde dokumentována.

U pacienta Dermatovenerologické kliniky přijímaného cca v 11 h s dg. Erysipel byla 1. dávka antibiotika podána až 3 h po přijetí se zdůvodněním, že se jedná o standardní časy podání antibiotik. Tímto postupem došlo k oddálení zahájení antibiotické léčby. V chorobopise téhož pacienta léčeného pro Diabetes mellitus I. typu byly obtížně čitelné a přepisované ordinace inzulínu.

Při kontrole dokumentace pacienta Hematologicko-onkologické kliniky konzultant zjistil, že sestra provádí generickou záměnu předepisovaného cytostatika.

Podávání léčiv pacientům Psychiatrické kliniky probíhá nekonzistentně – ranní dávky nachystané předem se podávají v jídelně oddělení, pro polední a večerní dávky pacienti přicházení na inspekční pokoj.

Konzultanti doporučují podávat na Psychiatrické klinice dávky z původních balení, bez mezikroku – chystání léků dopředu pro celé oddělení.

Vnitřní část batohu s vybavením pro KPR na odd. Emergency potřísněna zřejmě vylitím rozbité nádoby s léčivem. Konzultanti doporučují zavést postup, v rámci kterého se batoh vždy po použití kontroluje a případné nedostatky se bez zbytečného odkladu odstraní.

V kontrolované dokumentaci pacienta Ortopedické kliniky chyběla ordinace premedikace pacienta anesteziologem.

V kontrolované dokumentaci pacienta Kardiochirurgického oddělení jsou analgetika ordinována „pp“ aniž by byla potřeba jasně specifikována.

Během poledního podávání léků byla nalezena neodškrtnutá ranní medikace (Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie dále jen KÚČOCH).

Pacient nespokl léky před sestrou, zůstaly ležet na stolku (KÚČOCH).

V ordinaci infuzní terapie není stanovena rychlost/doba podání, ordinace lékaře zní jen: „ kapat přes 2 hod.“ (onkologie).

Ambulantní pracoviště, kde se aplikuje infuzní cytostatická léčba, nejsou vybavena infuzními pumpami, což znemožňuje přesné podávání (onkologie a klinika plicních nemocí).

Personál na několika pracovištích nezná rozmezí teplot pro léky uložené v chladničce.

Personál na několika pracovištích nezná vnitřní předpis popisující situaci, kdy může mít pacient léky u sebe, možnost telefonické ordinace.

Postup při generické substituci není na všech pracovištích jasně a bezpečně zaveden. Konzultanti upozorňují na to, že jediný akceptovatelný postup je takový, že lékař v dokumentaci pacienta písemně změní název ordinovaného léku.

III) Kontinuita péče

V kontrolované dokumentaci opakovaně nejsou uvedeny záznamy o čase fyzického přijetí pacienta na dané pracoviště.

V dokumentaci pacientů chybí záznamy fyzioterapeuta, nutričního terapeuta a sociální sestry, tyto záznamy jsou uchovávány u jednotlivých pracovníků dané odbornosti. Konzultanti doporučují integrovat **veškeré** záznamy o poskytování zdravotní péče pacientům do jejich zdravotnické dokumentace.

Na Ortopedické klinice zjistil konzultant nekonzistentní přístup k spektru předoperačních vyšetření – v kontrolované dokumentaci chyběly výsledky některých klinikou požadovaných vyšetření, přesto byl pacient operován. Konzultanti doporučují zvážit požadované spektrum předoperačních vyšetření a jednoznačně stanovit postup v případě, že se pacient dostaví s jejich neúplným spektrem .

Z dokumentace sledovaného pacienta Dětské kliniky (kojenec operovaný pro invaginaci) není patrné, zda bylo dítě v prvním a druhém pooperačním dni vyšetřeno dětskými chirurgy. Dle sdělení pediatrů mnohdy dětský chirurg sice pacienta vyšetří, ale neučiní o tom zápis. Z dokumentace téhož pacienta není zjevné, kdo a v jakých intervalech prováděl převazy operační rány (u pacienta, u něhož v průběhu pooperačního období došlo k infekci v místě chirurgického výkonu) a jaká lokální léčba byla použita. Konzultanti doporučují, aby nemocnice jasně stanovila odpovědnost chirurga provádět u operandů hospitalizovaných mimo chirurgická pracoviště vizitu s příslušným záznamem do dokumentace.

Pro záznam bolesti se v nemocnici používá jednotný formulář, záznamy jsou nedostatečné, nahodilé, sledování nekonzistentní. Chybí vnitřní předpis s jasně stanovenými pravidly pro péči o pacienta s bolestí vč. např. intervalu za jak

dlouhou dobu po aplikaci analgetika zkontroluje sestra účinnost léku, nebo jak dlouho se bude ještě pacient sledovat i když už bolest nebude udávat atd. Nemocnice nemá vypracován postup pro hodnocení bolesti u pacientů, kteří nekomunikují (děti, senioři).

Nejsou dodržována pravidla pro péči o pacienty výživovými problémy, po identifikaci rizika není proveden další podrobnější screening a ev. intervence nutričního terapeuta (metabolická jednotka dále MJ, ONM).

Po ukončení infuzní terapie chybí stanovení pravidel, kritérií pro odchod pacienta z ambulance.

V dokumentaci chybí identifikace sestry, která infuzi s cytostatiky připravuje (onkologická ambulance, plicní ambulance)

Není stanoven rozsah a frekvence sledování pacienta po určitých výkonech, zákrocích např. ERCP (MJ).

U pacientů po výkonech prováděných v celkové anestézii není v nemocnici jasně stanovena odpovědnost anesteziologa a ošetřujícího lékaře a to včetně plánu další péče. (MJ, traumatologie, gynekologicko-porodnická klinika).

Ošetřující lékaři nepřepisují ordinace anesteziologa, což je v rozporu s požadavky nemocnice (porodnice, traumatologie).

Pacient byl omezen v pohybu naložením kurtů, v dokumentaci chybí záznam lékaře – indikace, forma a rozsah vyšetření a sledování před použitím omezovacích prostředků, v jeho průběhu a po něm. U pacienta Psychiatrické kliniky nebylo možno ze záznamů v dokumentaci identifikovat, jak dlouho trvalo jeho omezení v uzavřeném síťovém lůžku – sdělení sestry bylo v nesouladu se záznamem.

Lékaři neznaří systém hlášení tzv. kritických hodnot laboratorních výsledků.

Forma a obsah záznamu při předávání služeb mezi nelékařským personálem nejsou popsány ve vnitřním předpise. Záznamy obsahují informace (např. ordinace splněny, permanentní katétr zaveden), které nekomentují plán ošetrovatelské péče, aktuální zdravotní stav pacienta a jeho aktuální potřeby.

Sestry JIP přepisují výsledky z nemocničního informačního systému na samostatný list, toto představuje nepochybné riziko omylu během transkripce.

IV) Ošetřovatelský proces

Zaznamenávání ošetřovatelského procesu do nových formulářů je zvláště v 1.; 2., 3. a 5. fázi nedostatečné:

1. Vstupní ošetřovatelské vyšetření – konzultanti doporučují sbírat adekvátní informace se zaměřením na specifiku oborů (např. chybí identifikace problému hydratace - Klinika čelistní chirurgie, což nemusí být prioritním problémem pacienta např. na Psychiatrii) a dále využívat škály hodnocení rizik např. nutrice, vědomí, sebeškození, suicidálních tendencí, hodnocení bolesti u dětí.
2. Stanovení ošetřovatelské diagnózy - výběr probíhá z předem definované nabídky (chybí stanovení ošetřovatelské dg i když byl identifikován problém, po vyřešení problému není ošetřovatelská dg. ukončena, pospat postup při obnovení již ukončené ošetřovatelské dg.).
3. Stanovení reálného cíle a plánu ošetřovatelských činností - stanovit priority, respektovat individuální potřeby pacienta.
4. Realizace ošetřovatelských intervencí.
5. Hodnocení účinnosti naplánovaných ošetřovatelských intervencí se záznamem do dokumentace. Přehodnocovat plán péče v souvislosti se změnou zdravotního stavu. Hodnocení založit na důkazech (např. u dlouhodobě ležících pravidelné hodnocení Nortonové, Barthelova testu).

Ošetřovatelský proces doporučují konzultanti implementovat do praxe organizačním systémem skupinové péče (KÚČOCH, ambulance onkologie).

Nemocnice nemá vypracované standardy ošetřovatelské péče pro všechny kategorie pacientů (viz standard č. 19) a popsané pracovní ošetřovatelské postupy u vybraných skupin pacientů a rizikových činností v rámci oddělení, oborů.

V) Bezpečí nemocničního prostředí

Na onkologickém stacionáři nejsou jasně upraveny postupy při kontaminaci prostředí či osob cytostatiky.

Vybavení léčivý pro neodkladnou resuscitaci není standardizována – na řadě pracovišť je standardní seznam doplňován výrazně nad předepsaný rámec, na některých pracovištích není vybavení úplné. Konzultanti doporučují, aby nemocnice standardizovala vybavení léčivý a pomůckami pro neodkladnou resuscitaci a oboje bylo udržováno kompletní.

Označení nouzových východů není dostatečné, např. v prostorách Centrálních operačních sálů není prakticky žádné. Nemocnice nemá zpracované postupy při evakuaci pacientů vyžadujících specifické podmínky evakuace (imunosuprimovaní pacienti, děti, pacienti Psychiatrické kliniky).

Při prověřování postupu při evakuaci prostoru Centrálních operačních sálů zjistil konzultant, že popsané postupy jsou nerealizovatelné – přítomní pracovníci nebyli schopni zpřístupnit uzávěr pro medicínální plyny a pro elektrický proud – přitom dle plánu měli tyto zdroje odpojit. Označení uzávěrů medicínálních plynů bylo v místech, odkud nebylo možno na tyto uzávěry dosáhnout, centrální uzávěr nebyli pracovníci schopni lokalizovat.

U některých zdravotnických přístrojů nejsou k dispozici návody k obsluze.

VI) Hygienický režim

U vchodu přízemí budovy H je stará, dřevěná skříň, ve které se shromažďuje biologický materiál k odvozu do mikrobiologické laboratoře, uvnitř nedezinfikovatelné, polystyrenové tašky, poškozené stojany. Opodál byly nalezeny dva neoznačené černé pytle s odpadem.

Není upraven způsob kontroly potravin donesených pacienty (18.1.6) z hlediska dietního omezení a postup při vyřazování nevhodných potravin.

V čistících místnostech místnosti se na několika pracovištích kříží kontaminovaný odpad s čistými pomůckami.

Není popsána organizace a dodržování hygienického režimu úklidu – systém používání dezinfekčních prostředků, používání úklidových pomůcek (mopy na

podlahu, hadry na povrchy, WC, smetáky). V místnosti vyčleněné pro úklidovou firmu ISS je nepořádek, zaprášené pomůcky, špinavá podlaha, černá vrstva prachu na dveřích. Personál úklidové firmy ISS opakovaně nezná ředění dezinfekčních přípravků, použité dezinfekční přípravky nejsou v souladu s rozpisem, který je k dispozici na oddělení. Prostor pro úklidové pomůcky v suterénu Dětské kliniky je neuklizený, čisticí prostředky nejsou označené, personál není schopen obsah identifikovat, personál nemá k dispozici přiměřené odměrky.

Na pokrytí vyšetřovacích lehátek se používají plátěná prostěradla, není zřejmé, s jakou frekvencí se mění.

Úseková sestra na onkologické ambulanci má dlouhé, nalepené nehty.

Nelze vždy doložit, jak dlouho jsou v dezinfekčním roztoku naloženy nástroje a pomůcky.

Používání ochranných pomůcek při vstupu na pracoviště není v praxi dodržováno (Transfúzní oddělení, MJ)

Používané dezinfekční prostředky např. pro povrchovou dezinfekci nejsou používány v souladu s nemocničním plánem (ambulance. traumatologie).

V jídelně dětského oddělení jsou nezakryté nápoje a nezakryté pečivo. Konzultanti upozorňují na nutnost řádného skladování nápojů a potravin na pracovištích.

VII) Personalistika

V osobním spise sestry pracující na onkologickém oddělení a ředící cytostatika nejsou uvedeny kompetence související s ředěním cytostatik.

V osobních spisech lékařů podílejících opakovaně nejsou založeny jejich aktualizované pracovní náplně, lékaři nemají stanoveny kompetence ve vztahu k poskytování zdravotní péče na konkrétním pracovišti včetně kompetencí souvisejících s výkonem Ústavní pohotovostní služby a povinností lékařů v příslužbě mimo pracoviště.

Na pracovištích nejsou k dispozici seznamy pracovníků, kteří absolvovali školení KPR, nelze tudíž prokazatelně doložit, zda jsou proškoleni všichni, na které se povinnost absolvovat školení KPR vztahuje.

U pracovnice v „zapracování“ nebyly provedeny aktuální záznamy o již provedených činnostech (plicní ambulance).

V osobních spisech nejsou specifikovány a aktualizovány kompetence sester. Hodnocení sester neobsahuje plán dalšího rozvoje.

V osobních spisech nalezeny dva formuláře o absolvování vstupního školení se stejným textem, jednou školí pracovnice personálního oddělení a podruhé vrchní sestra oddělení, kam pracovník nastupuje.

Konzultanti doporučují v osobních spisech všech pracovníků specifikovat jejich konkrétní kompetence – tedy spektrum činností, které může konkrétní pracovník (ve vazbě na poskytování zdravotní péče) provádět. U vedoucích pracovníků pak nad rámec kompetencí odborných lze specifikovat i kompetence manažerské. Tyto kompetence je nutno pravidelně hodnotit a na základě tohoto hodnocení je měnit. Konzultanti dále doporučují upravit postup zapracování lékařů s ohledem na evidenci přidělených kompetencí. Konzultanti doporučují zvýšit efektivitu školení v KPR (na Neurochirurgické klinice byl přítomen během konzultace sanitář, který v nemocnici pracuje několik měsíců a školením dosud neprošel – údajně pro jeho nízkou kapacitu).

VIII) Práva pacientů

Informované souhlasy s výkonem se vyplňují nekonzistentně, v několika případech se k označení výkonu použila zkratka. Některé Souhlasy s hospitalizací jsou uvedeny na neplatných formulářích.

Ve formuláři, který se vyplňuje při použití omezovacích prostředků chybí forma a rozsah vyšetření pacienta v průběhu použití omezovacích prostředků či farmakologického zklidnění.

Ne vždy personál dokázal odpovědět, jak jsou o svých právech informováni pacienti, kteří neovládají český jazyk, či pacienti s komunikačními bariérami (např. plicní).

Není konzistentně dodržováno soukromí pacientů – chybí zástěny mezi lůžky, na kterých leží ambulantní onkologičtí pacienti muži i ženy.

Před vstupem na pokoj se ve všech případech neklepe a nežadá se svolení pacienta ke vstupu cizí osoby.

IX) Oblast provozně-technická

Zdravotnické přístroje

Administrativně náročná revize databáze zdravotnických přístrojů stále pokračuje, základem je evidence majetku. Externí firma předala audit inventury přístrojů zdravotnické techniky - vzhledem k rozdílným formátům dat nebyla dosud zpracována konečná verze přehledné evidence s aktuálními údaji.

Při namátkové kontrole přístrojů na operačních sálech bylo zjištěno nedodržování předepsaného vedení provozní dokumentace u přístrojů se zvýšeným rizikem pro pacienty.

U dvou elektronických skalpelů byly uvedeni pouze tři lékaři proškoleni k obsluze, podle personálu používají přístroje všichni operatěři.

Velmi závažný problém byl nalezen u používaných rentgenových přístrojů několika klinik. Po prověrce dokumentace na oddělení LFRO připustili jeho pracovníci, že 8 přístrojů zn. Philips nemá provedeny odbornou firmou zkoušky dlouhodobé stálosti a přesto nejsou vyřazeny z provozu (konkrétně byl prověřován rentgenový přístroj Philips Practix 33 č. 18811 z I. interní kliniky - termín zkoušky měl být 6.2.2009) . Důvodem prý je neuzavření dlouhodobé smlouvy s dodavatelem. Důvod neuzavření smlouvy nebyl při konzultaci z časových důvodů zjišťován. O této rizikové situaci bylo konzultanty neprodleně informováno vedení FNOL.

Konzultanti doporučují dokončit revizi agendy zdravotnických prostředků a zajistit aktualizaci veškeré provozní dokumentace včetně dodržování všeobecných bezpečnostních, hygienických, požárních a ekologických předpisů k přístrojovému vybavení. Důsledně nepřipustit používání rizikových přístrojů, které nemají odpovídající bezpečnostně technické kontroly a zkoušky dlouhodobé stálosti. Zajistit a doložit odpovídající školení k obsluze pro všechny lékaře používající rizikové zdravotnické přístroje třídy II.b.

Informační systém - ochrana osobních údajů pacientů

Zkontrolována servrovna, kde je také soustředěna archivace dat NIS. Nutno odstranit nepotřebné kartony, které zvyšují požární nebezpečí. Servrovna je umístěna v prostoru označeném na vchodových dveřích jako místo s biologickým rizikem. Doprovázející vedoucí pracovníci nebyli schopni konzultanta poučit, do jakých prostor a s jakým rizikem vstupuje.

V rámci celé nemocnice je třeba odstranit nefunkční staré nápisy převážně dveří s různými informacemi.

Bylo navštíveno jedno z pracovišť centrální spisovny vedené oddělením informatiky. Uložená dokumentace je sice skladována přehledně, ale v přeplněných regálech vysoko ke stropu, v rozporu s požárními předpisy. Na některých regálech nebyla také uvedena nosnost – pravděpodobně značně překročená. Doporučeno provést kontrolu všech pracovišť centrální spisovny – archivu.

Zdravotnická dokumentace je vydávána i na základě telefonické žádosti oprávněného lékaře, pro dokumentaci přichází v některých případech i pracovník z kliniky, nedochází k důkladnému ověření, zda tento příchozí má oprávnění převzít dokumentaci. Dokumentace bývá často dlouhodobě zapůjčená na klinikách, často včas nevrací do spisovny.

Odpadové hospodářství

Stále nejsou dodržovány zásady nakládání s nebezpečným, především infekčním zdravotnickým odpadem č. 180103. Není důsledně prováděno ukládání do černých plastových pytlů, jak stanoví vnitřní směrnice, také běžný „komunální odpad“ je ukládán v některých dokumentovaných případech do černých pytlů, které byly také nalezeny různě odložené v areálu nemocnice.

Byly nalezeny sběrné nádoby na nebezpečný odpad 180103 s tenkým průhledným mikrotenovým pytlem.

Nejzávažnější bylo opět zjištění ve skladu nebezpečných infekčních odpadů v podzemních garážích. Chlazený sklad byl během dne trvale otevřen a volně přístupný návštěvníkům nemocnice. Běžným postupem nebylo možno elektronicky sklad uzavřít. Po podrobném průzkumu bylo objeveno amatérsky nainstalované

zařízení, které ručně vyřazovalo z provozu fotobuňku zavírání dveří. Nebylo zjištěno, zda bylo povoleno nainstalování stínítka.

Ve shromaždišti „komunálního“ odpadu nalezeny v pytlích kanystry se zbytky nebezpečných chemických látek .

Bezpečnost a ochrana zdraví při práci, požární ochrana a hygiena

V příjmu špinavého prádla v prádelně nemocnice manipulovalo s prádlem celkem pět pracovníků, při jeho počítání neměli zástěru nebo plášť. K manipulaci s jednotlivými kusy špinavého (potenciálně infekčního) prádla by mělo, dle hygienických předpisů, docházet jen výjimečně, novější prádelenské provozy nakládají špinavé prádlo přímo do praček v pracích pytlích, do kterých je prádlo ukládáno již při sběru na oddělení a počítání (jako velmi rizikové činnosti, při které dochází k roztřepání prádla) se již neprovádí.

V odpočinkové místnosti mnoha pracovníků špinavé části prádelny jsou používány látkové ručníky (sušení ručníků na radiátoru, dezinfekce po mytí rukou má poškozené a pravděpodobně nepůvodní označení).

V prádelně byla v provozu automatická pračka s odstraněným krytem řemenice. Na podobné závady bylo upozorněno již při minulé konzultační návštěvě. Doporučeno provádět důslednou kontrolu údržbářských prací především při opravách, které mají vliv na bezpečnost práce.

V areálu nemocnice opět zaznamenáno několik nepřípevněných hasících přístrojů (určených k zavěšení).

Nebezpečné chemikálie, skladované ve velkém množství v prádelně, neměly v několika případech odpovídající bezpečnostní listy bezprostředně přístupné a pro některé nebyly doloženy pravidla pro nakládání s nimi. V některých případech nebyly na místě k dispozici odpovídající osobní ochranné pracovní prostředky. Bylo nalezeno sušení jednorázových gumových rukavic.

Bruska používaná v dílně autoprovozu měla nebezpečný odstup opotřebovaného kotouče od opěrné plošky - riziko vážného úrazu.

Pro jednotlivé výtahy v celé nemocnici byly v roce 2004 zpracovány externí firmou inspekční zprávy - přehledy a posouzení jednotlivých zjištěných rizik. Pro provozní rizika s vysokou úrovní nebezpečné situace je stanovena lhůta 5 let. Pro jednotlivá rizika je uvedeno i alternativní řešení, které v některých případech nepředstavuje finanční náklady, ale např. organizační opatření nebo jen instalaci značek na lanu pro rychlé ruční vyprošťování. Opatření nebyla dosud realizována a není ani zpracován sumární přehledný plán realizace. Konkrétně byl kontrolován výtah číslo 5 – navržená opatření s vysokým rizikem nebyla ani po 4 letech realizována, přitom jsou tímto výtahem dopravováni ležící pacienti do horního patra geriatrického oddělení.

Přes upozornění při minulé konzultaci se stále vyskytují neoznačené únikové cesty a únikové východy, které nemají krabičku s klíčem a jsou uzamykány. Především mimo běžnou pracovní dobu a o víkendech je mnoho průchodů uzamčeno – případná evakuace by byla značně komplikovaná.

Úklid

Úklid je prováděn externí firmou. Na některých odděleních našli konzultanti nedostatky především v technologii úklidu, které mají vliv na hygienické podmínky oddělení.

V čistících místnostech nalezeny vozíky s vědry, ve kterých byly namočeny přes den mopy a utěrky. Na některých vědrech zasunut výměnný štítek s názvem dezinfekce a koncentrací – není ale kolonka pro uvedení data ředění.

Některé vrchní sestry nejsou s úklidem spokojeny, přesto nebylo zaznamenáno nepodepsání měsíčního výkazu práce pro fakturaci, ani nebyly nalezeny žádné písemné připomínky k provádění úklidu. Pracovnice externí firmy provádějí také přesun nebezpečného zdravotnického odpadu z oddělení do shromažďovacích míst nebezpečného odpadu. Po celou dobu minulé i nynější konzultační návštěvy nezaznamenali konzultanti dezinfekci výtahů a vozíků použitých k transportu nebezpečného odpadu. Údajně je ale prováděno denně ihned po přesunu. Doporučeno zkontrolovat vnitřním auditem.

Stravovací provoz a kuchyňky na odděleních

Doporučeno aktualizovat HACCP, aby obsahoval i postup výdeje stravy na oddělení. Uvést do souladu s nynějším ošetřovatelským standardem pro výdej stravy, který je třeba na jednotlivých klinikách dodržovat.

Na tabulce HACCP chladicího boxu uvedeny odpovědné osoby, které při pohovoru přiznaly neznalost obsluhy zařízení - nedokázaly správně manipulovat s ovládací klávesnicí a uvést do činnosti osvětlení boxu.

Zbytky jídla již jen výjimečně zůstávají v chladničkách pro stravu pacientů na odděleních - nalezeno neoznačené jídlo i zbytky ústavní stravy z minulých dnů. Vážným nedostatkem bylo společné ukládání nebalených párků, pomerančů, másla a jogurtů v dolním boxu chladničky - studená večeře, která je z kuchyně expedována řádně jednotlivě balená.

V kuchyňce gyn-por. kliniky nalezeno odpoledne otevřené okno bez sítky proti hmyzu, na stole dvě otevřené porce stravy mimo termoporty.

Konzultanti doporučují seznámit pracovníky stravovacího provozu s novými Zásadami správné výrobní a hygienické praxe pro stravovací zařízení (vydanými po přijetí "Evropského hygienického balíčku pro potravinářské podniky" v ČR v roce 2006 - konzultantovi uvedl vedoucí provozu, že používají technologické postupy z roku 2002). Plně realizovat dobře připravený HACCP a rozšířit jej až po podávání a skladování stravy pacientům.

Havarijní plánování

Cvičná evakuace nebyla v poslední době provedena.

Ústav mikrobiologie

Ústav je umístěn v cizím objektu v areálu nemocnice (lékařská fakulta). Při příchodu není z nápisů vůbec patrné, že se jedná o ústav FNOL.

Doprovázející i přítomní vedoucí pracovníci nebyli schopni definovat přesné postavení ústavu. Provozní řád ústavu nebyl vydán v elektronické podobě. O žádné smlouvě či statutu, kde by bylo definováno konkrétní stanovení provozní odpovědnosti a vzájemná spolupráce s rozdělením kompetencí nebyl nikdo

informován. Po prostudování KHS schváleného provozního řádu bylo zjištěno, že nakládání s odpady se má řídit vnitřními předpisy nemocnice. Tyto předpisy ale na pracovišti nebyly realizovány, chyběly např. příslušné identifikační listy nebezpečného odpadu a pod. Kontrola bezpečnosti práce pracovníky nemocnice zde není údajně prováděna. Úklid i v prostorách s biologickým rizikem provádí firma zprostředkovaná fakultou, tato firma nemá žádnou smlouvu s nemocnicí, ani stanoven písemně žádný technologický postup a dezinfekční řád.

Konzultanti doporučují zajistit uplatnění všech vnitřních předpisů nemocnice i na tomto pracovišti.

Závěr:

Na základě konzultace konzultanti doporučují, aby nemocnice odstranila výše uvedené nedostatky a zvážila uvedená doporučení. Konzultanti doporučují zvýšit frekvenci auditů zdravotnických i nezdravotnických pracovišť a v rámci auditů se zaměřit na naplňování problematických oblastí akreditačních standardů.

Konzultanti doporučují zvážit předakreditační šetření cca za 2-3 měsíce.

Dne 24. dubna 2009

Bc. M. Mašková

MUDr. D. Marx

Ing. A. Vejtasa