

# ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA O ŘÍZENÍ KVALITY V OLÚ JEVÍČKO ZA ROK 2025

---

Po celý rok 2025 jsme naplňovali program kvality a bezpečí poskytovaných služeb prostřednictvím Týmu interních auditorů, Komise pro kvalitu a Týmu pro kontrolu infekcí. Z pohledu úseky kvality to byl rok stabilní.

Vyhodnocení všech ukazatelů kvality za rok 2025, které jsme sledovali, je názorně předloženo v této zprávě pomocí grafů a komentářů. Stejně tak výsledky auditů i dotazníků spokojenosti pacientů jsou zobrazeny prostřednictvím grafů.

## **1. PORADY**

### **• TÝM PRO KVALITU**

Komise pro kvalitu se v tomto roce sešla na samostatných poradách třikrát. První porada se týkala zhodnocení roku 2025 z pohledu kvality, dále byl odsouhlasen plán řízení a kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a plán auditů na rok 2025. Druhá porada se týkala hodnocení výsledků sběru dat z předchozího roku ze sledovaných oblastí, jako byly nežádoucí události, nemocniční nákazy, spokojenost pacientů, spokojenost zaměstnanců a úspěšnost nutričních intervencí. Třetí porada byla zaměřená na hodnocení nahlášených nemocničních infekcí, nežádoucích událostí a spokojenosti pacientů vyjádřených v dotaznících a konkrétních pochval na naše poskytované služby. V průběhu celého roku řešil tým kvality také na pravidelných týdenních poradách náměstků aktuální situace týkající se kvality péče, vyplývající z nežádoucích událostí, výsledků auditů a provozních událostí.

### **• TÝM PRO KONTROLU INFEKČÍ**

Tým pro kontrolu infekcí se sešel na samostatných poradách čtyřikrát v průběhu roku. Obsahem porad bylo průběžné vyhodnocování hlášených infekcí spojených se zdravotní péčí na jednotlivých pracovištích, vyhodnocování výsledků proběhlých auditů z oblasti hygienicko-epidemiologického režimu, aktuálního výskytu akutních infekčních respiračních onemocnění, či vypracování doporučení pro zaměstnance v prevenci šíření respiračních infekcí. Dále přípravě školení v oblasti úklidu, nakládání s odpady, v oblasti sledování infekcí spojených se zdravotní péčí a prevenci rizik při krevních odběrech. Informace z činnosti tohoto týmu byly předkládány na poradách vedení, poradách náměstků a vrchních sester.

O činnosti obou týmů byly předávány informace jednotlivým vedoucím pracovníkům dle časové aktuálnosti obratem nebo na poradách vedení. Zápisy z uvedených porad jsou umístěny na [disku K](#) → Zápisy - Porady komise pro kvalitu a → Zápisy - TKI

## **2. SYSTÉM ŘÍZENÍ KVALITY V ROCE 2025**

V průběhu celého roku jsme pokračovali v provádění interních auditů na jednotlivých pracovištích, sbírali jsme data v oblasti nežádoucích událostí – pády, dekubity, léková pochybení či problémy s chováním pacientů. Zabývali jsme se infekcemi spojenými se zdravotní péčí, spokojeností pacientů a personálu, stížnostmi. Nezapomněli jsme na vzdělávání, účastnili se vzdělávacích akcí mimo naše zařízení, on-line školení a seminářů, vzdělávacích akcí a školení pořádaných v rámci našeho zařízení, které byly zaměřené na potřeby a požadavky našich pracovišť a procesů. Nově jsme se zaměřili také na vzdělávání personálu v oblasti psychohygieny, prevence syndromu vyhoření, komunikace

v pracovních týmech a zvládnání zátěžových situací. Práce ve zdravotnictví je stále náročnější, klade velké požadavky na odbornost, na neustále přibývající nové technologie a také na složitější a obtížnější komunikační dovednosti vzhledem k měnícím se hodnotám a postojích jednotlivců a celé společnosti. Odborně vzdělaný a spokojený personál s lidským přístupem, nešetřícím úsměvem a empatií je naprosto zásadním článkem pro kvalitní péči.

Nyní následují data, která jsme za rok 2025 vyhodnotili:

### ***INTERNÍ AUDITY***

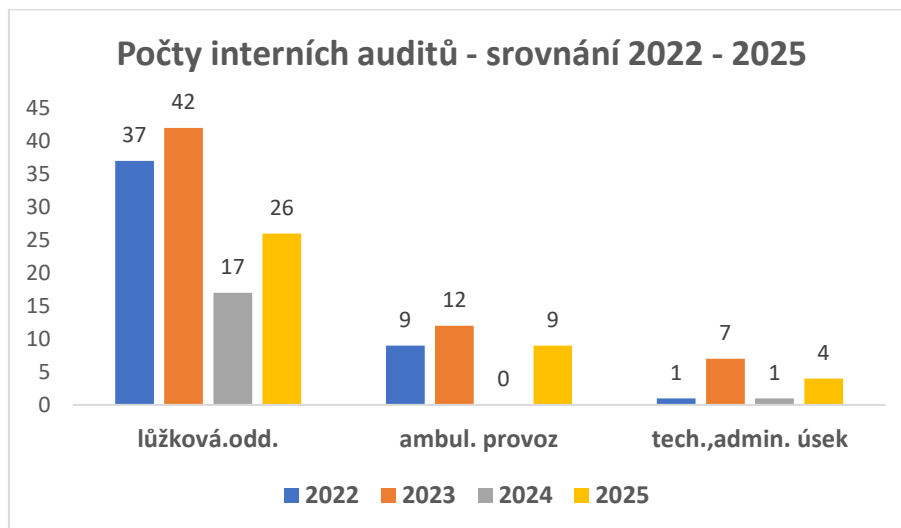
---

V roce 2025 bylo provedeno celkem 43 interních auditů v osmi oblastech, které proběhly na lůžkových odděleních, v ambulantních provozech a v nezdravotnickém úseku – viz *graf č. 1*. Ve srovnání s rokem 2024 jsme provedli více auditů včetně všech našich ambulancí. Hlavní oblastí auditů byla zdravotnická dokumentace lůžkových oddělení a ambulancí se zaměřením na správné vedení dokumentace. Druhá největší oblast auditů, kde jsme navštívili nejvíce oddělení, se týkala zacházení s léčivými od příjmu na oddělení přes podávání, skladování až po likvidaci nepoužitelných. Další oblastí auditů byla připravenost pomůcek k zajištění první pomoci a kardiopulmonální resuscitaci, které jsou soustředěny vždy na jednom pracovišti a jsou k dispozici pro jednu budovu. Dále jsme provedli audity na proces nakládání s odpady, na proces zacházení s prádlem, dodržování provozního řádu stravovacího provozu, provozního řádu chladicího boxu pro zemřelé a kompletnost osobních složek zaměstnanců na personálním oddělení dle standardního postupu. Poslední oblastí auditu byla kontrola standardního postupu na podávání transfuzních přípravků. Srovnání počtů interních auditů lůžkových, ambulantních a nezdravotnických úseků v letech 2022 až 2025 je zobrazeno v *grafu č. 2*. V předchozím roce jsme neprovedli audity v ambulantních provozech, proto jsme v roce 2025 zaměřili také na naše ambulance. Oblasti auditů a jejich srovnání v letech ukazuje *graf č. 3*.

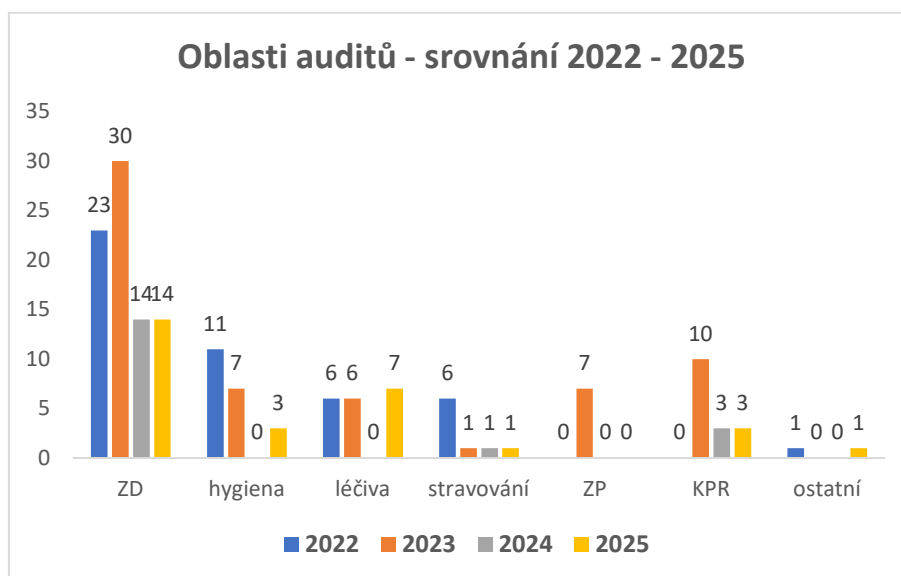
Graf č. 1



Graf č. 2



Graf č. 3



### VÝSTUPY A HODNOCENÍ

Z auditů na zacházení s léčivy nebyly shledány nedostatky při přijímání, skladování, kontrolování a likvidaci nepoužitelných léčiv. Pochybení byla zjištěna pouze v nesprávné manipulaci s papírovými bloky na předpis návykových léčiv, kdy se při vyzvednutí ve smluvní lékárně neodnáší celý blok, ale jen určené kopie žádanek. Náprava byla sjednána pohovorem na místě auditu a vysvětlením správného postupu. Z provedených auditů zdravotnické dokumentace lůžkových oddělení a ambulancí vyplynulo, že zdravotnická dokumentace byla vedena v souladu s vnitřními předpisy. Byla zjištěna méně závažná pochybení s četností jednotek. Jednalo se o chybějící jmenovku a podpis lékaře u ručně ordinovaných léků, absenci písemné ordinace krevních odběrů lékařem, absenci zápisu v propouštěcí zprávě, že nebyla předána pacientovi do ruky, ale poslána elektronicky praktickému lékaři, chybění záznamu v ambulantní zprávě o poučení pacienta o léčebném režimu, doporučení dalšího postupu léčby.

Audit na zacházení s odpady pracovníci úklidu dopadl dobře, odpad byl správně tříděn, shromažďován, označován a odstraňován z pracovišť. Menší nedostatky byly zjištěny u dvou pracovníků úklidu, v postupu dekontaminace plochy potřísněné biologickým materiálem a v používání nesprávného typu rukavic při úklidu. Na tyto zjištěné nedostatky se zaměříme při školení pracovníků úklidu.

Při auditu na zacházení s čistým a použitým prádlem nebyla shledána žádná pochybení ze strany personálu. Příjem, ukládání, skladování čistého prádla a stejně tak použitého prádla probíhal dle postupů popsanych v provozním řádu.

Audity na připravenost pomůcek k první pomoci dopadly velmi dobře, všechny přístroje byly funkční, připraveny k použití, všechna léčiva byla k dispozici dle stanovených seznamů.

Audit ve stravovacím provozu proběhl nejen v samotné kuchyni, ale také ve všech skladech, náležejících ke stravovacímu provozu. Byl zaměřen především na dodržování správné výrobní praxe, technologických postupů zpracování potravin, na dodržování hygieny provozu a správné skladování potravin. Nebyly shledány žádné závažné neshody.

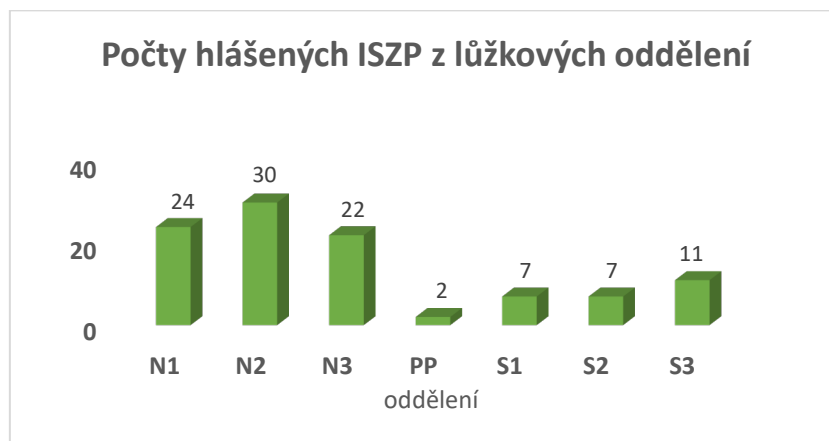
Při auditu na dodržování standardního léčebného postupu na podávání transfuzních přípravků nebyly shledány neshody, standardní postup byl dodržován v plném rozsahu.

Při auditu na dodržování standardního provozního postupu na osobní složky pracovníka nebyly shledány žádné nedostatky ze strany založených dokumentů personálního oddělení. Chyběly některé formuláře, které dodávají na tento úsek vedoucí pracovníci. Při řešení těchto nedostatků přímo s jednotlivými vedoucími pracovníky bylo zjištěno, že tyto dokumenty mají, ale zapomínají je předávat personalistce. Na následující poradě vedoucích pracovníků byl podrobně zopakován správný standardní postup, aby již k nedostatkům nedocházelo.

### **INFEKCE SPOJENÉ SE ZDRAVOTNÍ PÉČÍ – ISZP (NEMOCNIČNÍ NÁKAZY – NN)**

Sledování ISZP v roce 2025 opět probíhalo prostřednictvím našeho elektronického systému hlášení nemocničních nákaz, do kterého lékaři hlásí jednotlivé případy ISZP formou předdefinovaného elektronického formuláře v NISu. Do systému infekcí spojených se zdravotní péčí bylo nahlášeno celkem 103 ISZP z jednotlivých lůžkových oddělení viz. graf č. 4.

Graf č. 4



## VÝSTUPY A HODNOCENÍ

V roce 2025 došlo k poklesu hlášených ISZP oproti roku 2024. Srovnání počtu hlášených ISZP z jednotlivých oddělení v posledních čtyřech letech znázorňuje *graf č. 5*.

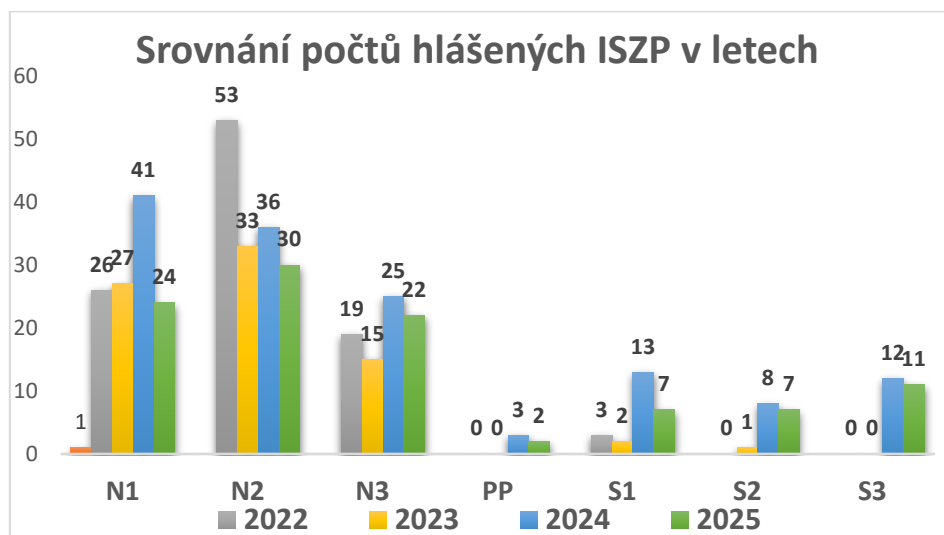
V roce 2025 bylo přijato k hospitalizaci celkem 2392 pacientů, došlo tedy k mírnému nárůstu oproti roku 2024. Srovnání počtu hlášených ISZP vzhledem k počtu pacientů přijatých k hospitalizaci je zobrazeno v *grafu č. 6*. Nelze tedy říci, že s nárůstem počtu hospitalizovaných pacientů došlo souběžně k nárůstu počtu hlášených ISZP.

Z *grafu č. 7* vyplývá, že spektrum hlášených ISZP odpovídá struktuře hospitalizovaných pacientů, kdy pět ze sedmi lůžkových oddělení tvoří pacienti po ortopedických operacích, konkrétně po TEP kyčle a kolene, kteří mají velmi často zavedený permanentní močový katetr. Po překladi pacientů do našeho zařízení tedy následně řešíme *močové infekce*, které celorepublikově zaujímají druhé místo v ISZP. V našem ZZ dlouhodobě zaujímají první místo. V počtu močových infekcí došlo oproti předchozímu roku k nevýraznému nárůstu. V roce 2024 tvořily 74 % všech hlášených ISZP, v roce 2025 79 %. Analýzou dat jsme zjistili, že 55 % bylo importovaných z jiných zařízení, 37 % bylo endogenního původu, 6 % bylo označeno jako neurčené a v 1 % exogenního původu. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou *infekce v místě chirurgického výkonu*, celkem 8 % z hlášených ISZP. Šetřením jsme zjistili, že všechny byly importované do našeho ZZ a ve všech případech, kromě jednoho, se jednalo o povrchové infekce operační rány. Se stejným zastoupením 8 % byly hlášeny *infekce gastrointestinálního traktu*, způsobené toxigenními kmeny *Clostridium difficile*. Tyto kmeny se typicky selektují v souvislosti s dlouhodobou léčbou pacientů antibiotiky a antituberkulotiky, čemuž odpovídá většinový výskyt na oddělení pro léčbu TBC. Poslední skupinou byly infekce respiračního systému, kterých bylo hlášeno 5 %. Analýzou jsme zjistili, že se jednalo o pneumonie, infekce horních cest dýchacích a tracheobronchiální infekci.

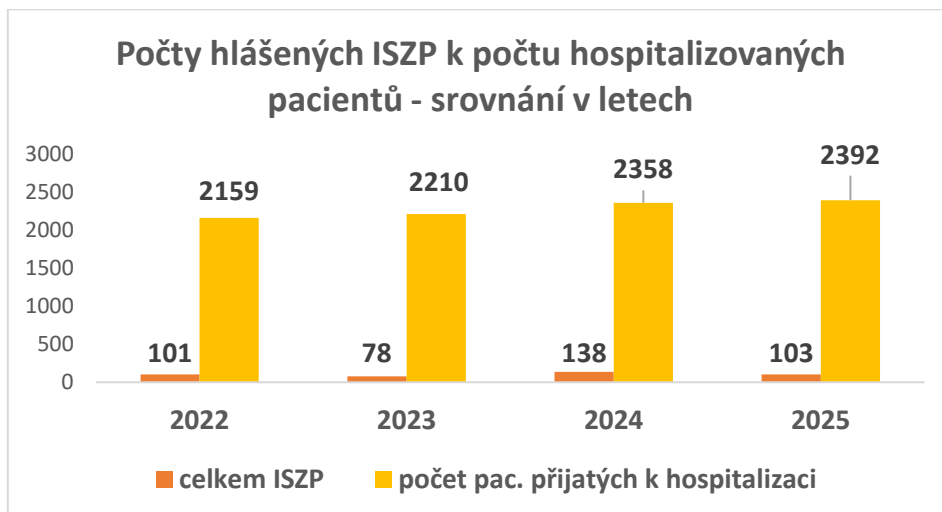
V *grafu č. 8* je zpracován přehled infekčních agens, která jsou nejčastějšími původci močových infekcí. Nejvíce se vyskytovala bakterie *Escherichia coli*, celkem v 56 % vzorcích moči, což je patogen s výraznou afinitou k epitelu močového traktu a lze tedy výskyt tohoto patogenu předpokládat.

V *grafu č. 9* je zobrazen výskyt infekcí v místě chirurgického výkonu. V tomto roce došlo k mírnému poklesu případů oproti roku 2024 na 7 % z celkových ISZP. *Graf č. 10* znázorňuje přehled nejčastějších patogenů zjištěných v místě chirurgického výkonu. Stěry z jizev byl nejčastěji prokázán *Enterococcus faecalis*, což je bakterie běžně se vyskytující v zažívacím traktu člověka a *Staphylococcus aureus*, který se běžně vyskytuje v mikroflóře kůže. Výskyt těchto bakterií v ráně vyžaduje léčbu antibiotiky a znemožňuje pacientům absolvovat vodoléčebné procedury.

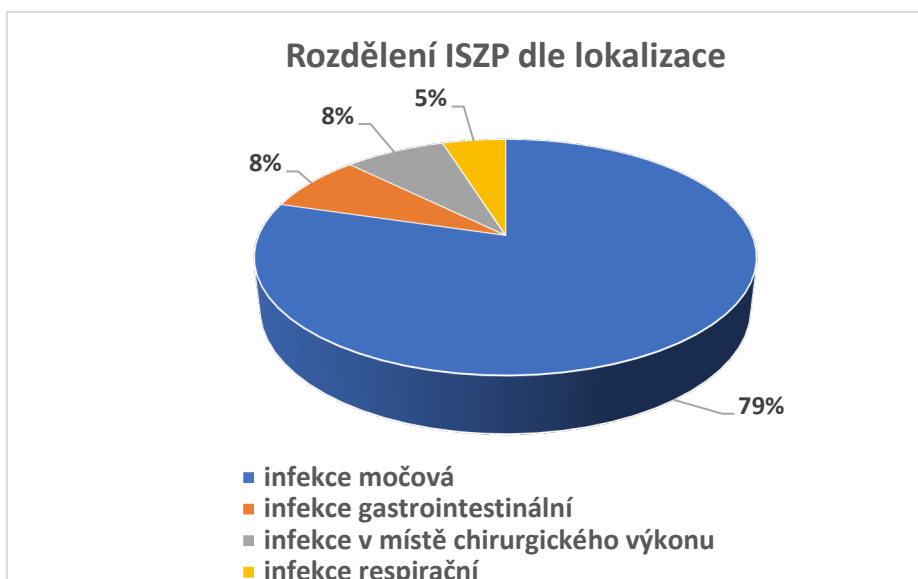
Graf č. 5



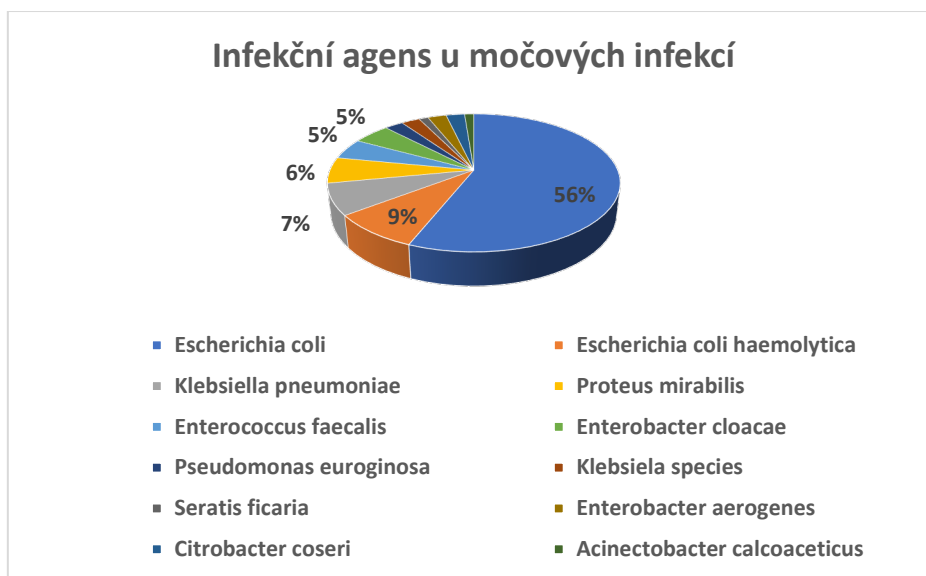
Graf č. 6



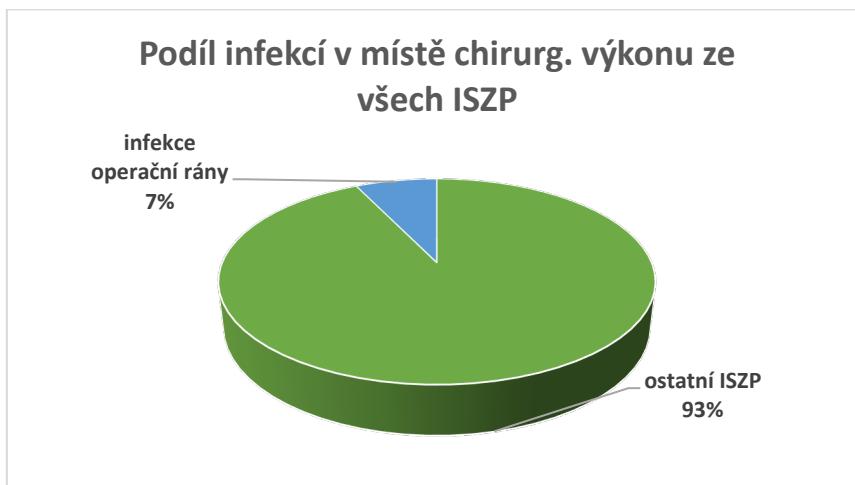
Graf č. 7



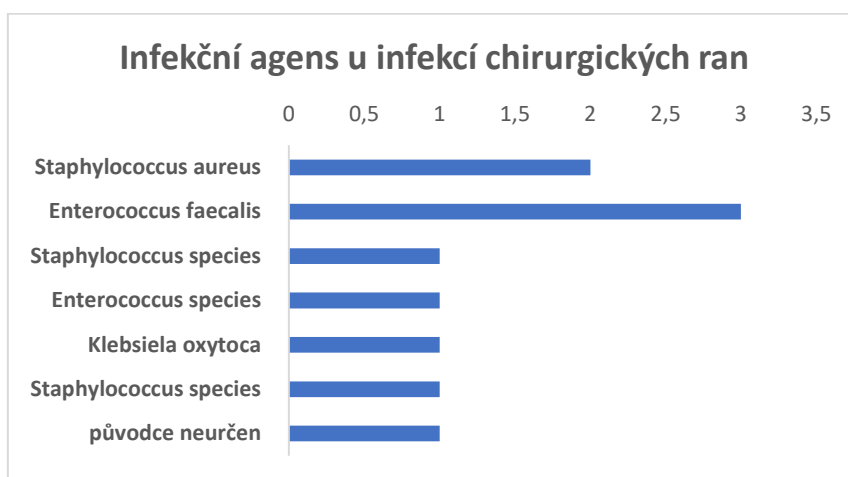
Graf č. 8



Graf č. 9



Graf č. 10



## ZÁVĚR

V roce 2025 nedošlo v našem zařízení k významným změnám ve stavu výskytu ISZP. Nebyl zaznamenán žádný výrazný nárůst některého typu infekcí, který by signalizoval nozokomiální přenos.

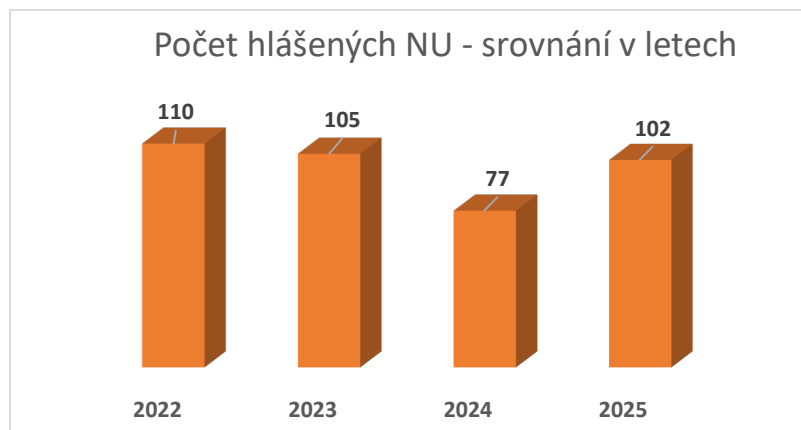
## NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI

Nežádoucí události jsou sledovány a hlášeny ze všech lůžkových oddělení a z ambulantních provozů. Patří k nejvíce monitorovaným procesům v oblasti kvality a bezpečí. Celkem jich bylo nahlášeno 102 z lůžkových oddělení, z ambulantního provozu nebyly hlášeny žádné. Srovnání počtu NU v letech je zobrazeno v *grafu č. 11*. V rámci nežádoucích událostí sledujeme následující indikátory kvality:

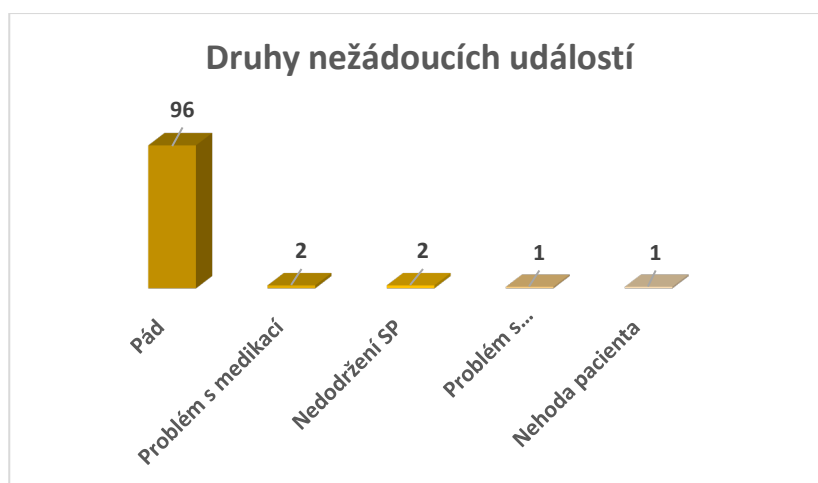
- Druhy NU na celkový počet NU – graf č. 12
- Počet NU / na jednotlivá oddělení – graf č. 13
- Počet NU /na jednotlivá oddělení – srovnání v letech – graf č. 14
- Typ NU / na jednotlivá oddělení – graf č. 15
- Pády / místo vzniku pádu – graf č. 16
- Počet pádů / celkový počet hospitalizovaných pacientů – srovnání v letech – graf č. 17

- Počet pacientů v riziku pádu / počet hospitalizovaných – graf č. 18
- Počet pacientů v riziku pádu / počet identifikovaných v riziku pádu – graf č. 19
- Počet pádů/ časové období pádů – graf č. 20
- Počet pádů / příčina pádů – graf č. 21
- Počet pádů / druhy zranění po pádu – graf č.22
- Počet sledovaných pacientů v NT/počet hospitalizovaných pacientů – graf č. 23
- Počet nutričních šetření / počet úspěšných terapií – graf č. 24, 25

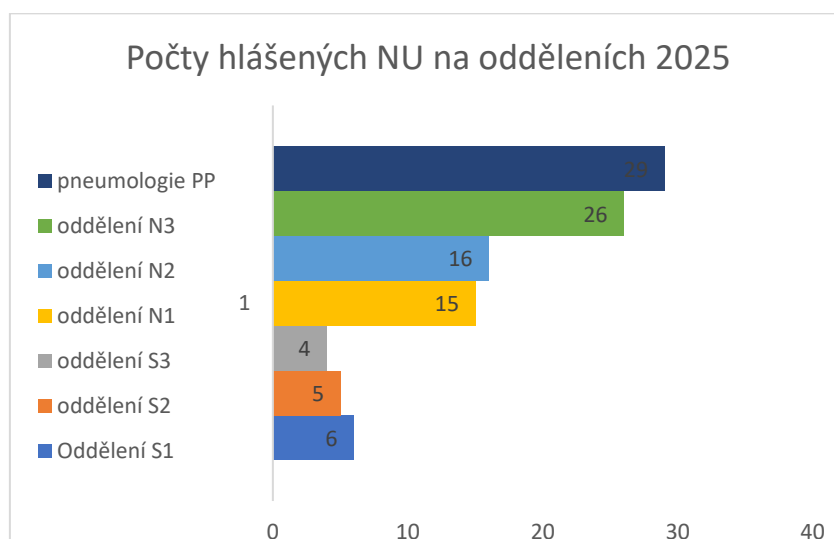
Graf č. 11



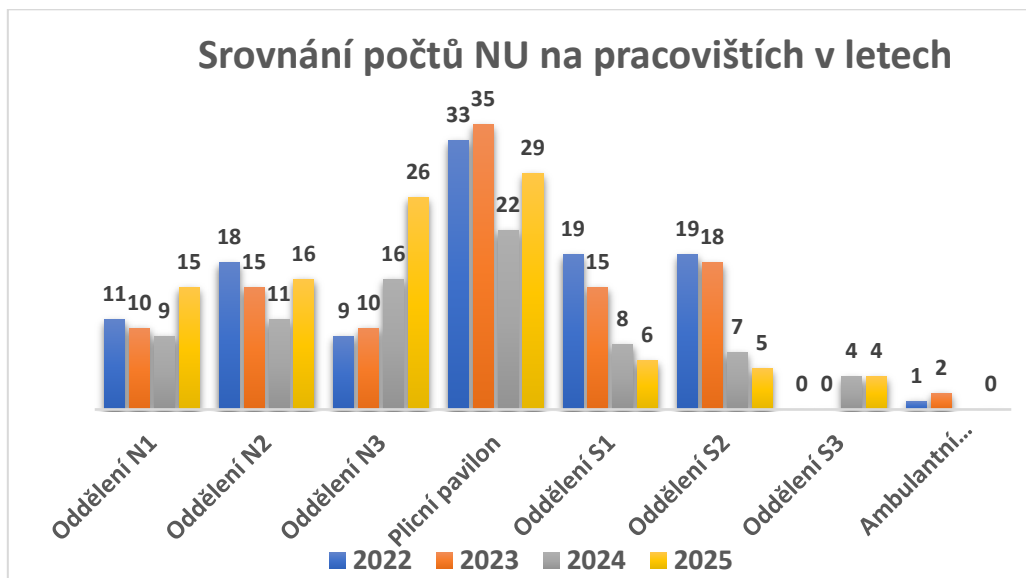
Graf č. 12



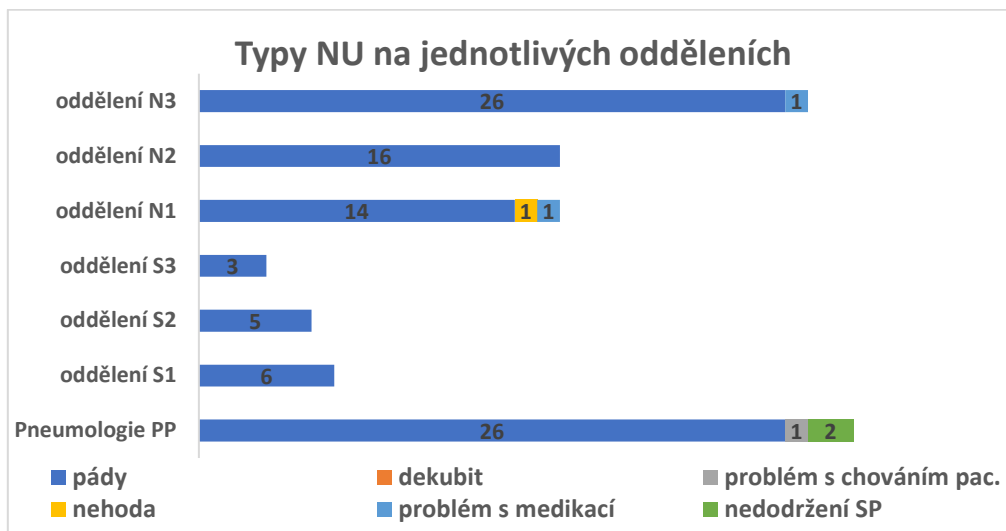
Graf č. 13



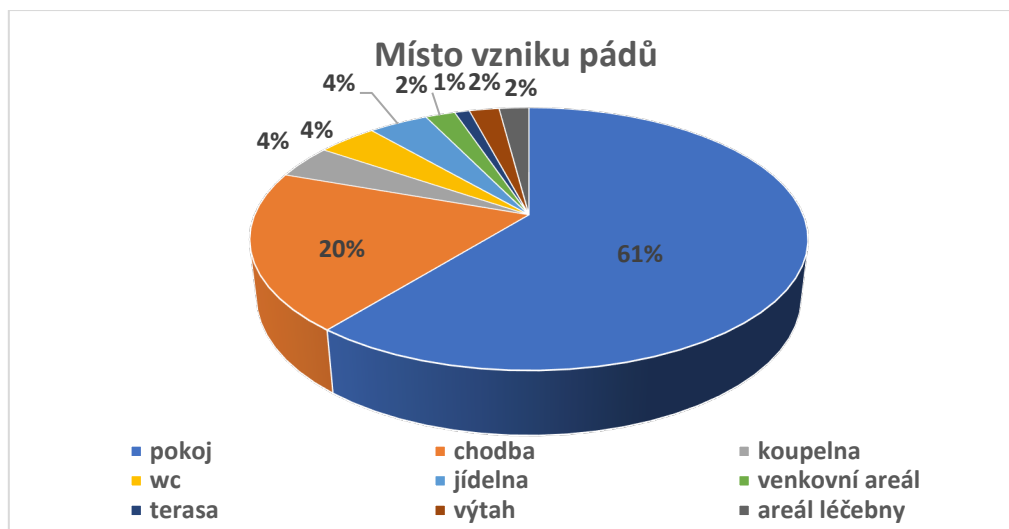
Graf č. 14



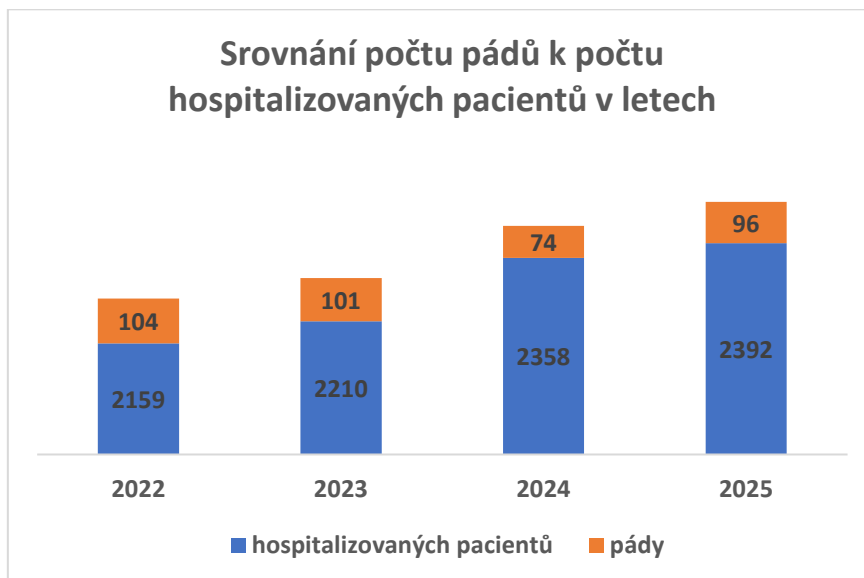
Graf č. 15



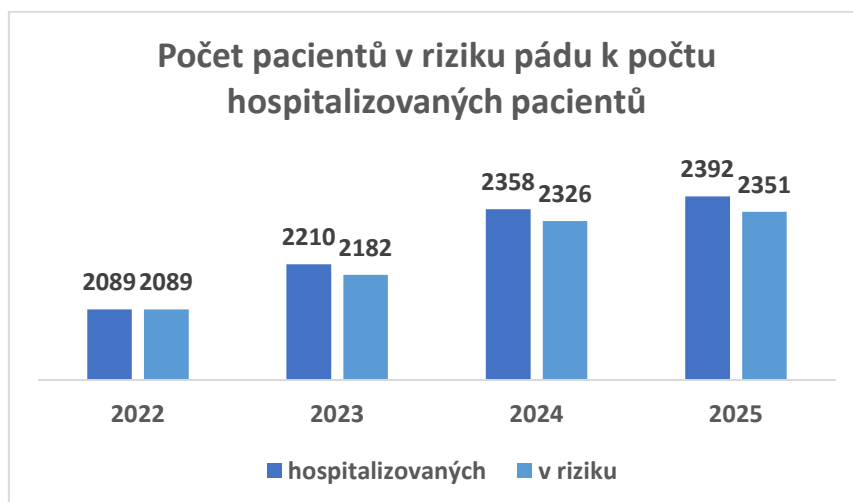
Graf č. 16



Graf č. 17



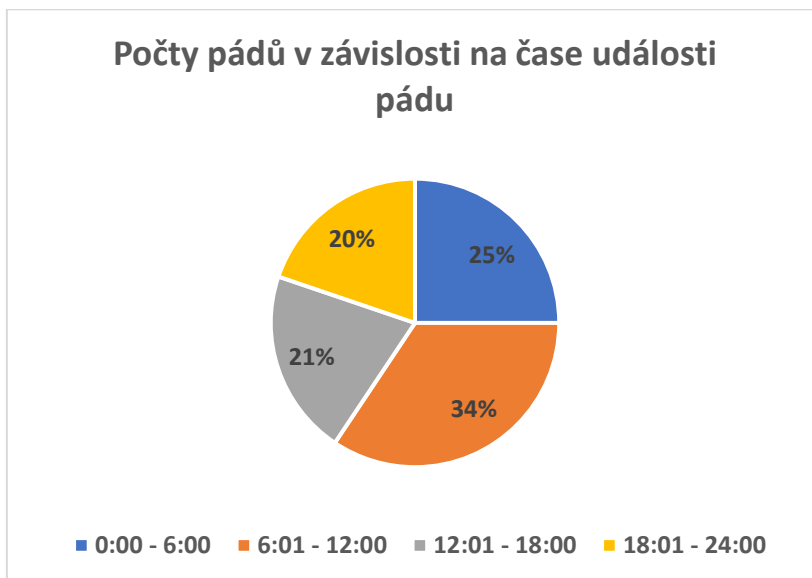
Graf č. 18



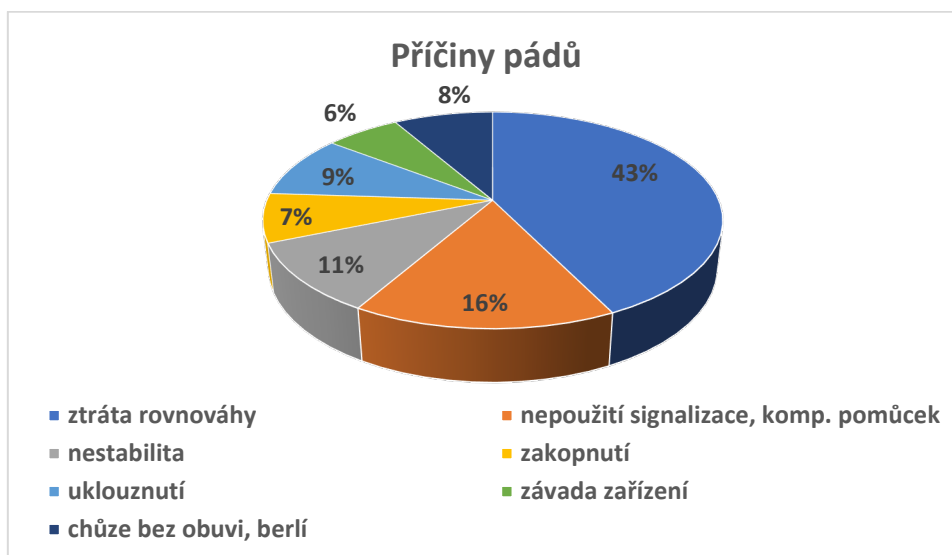
Graf č. 19



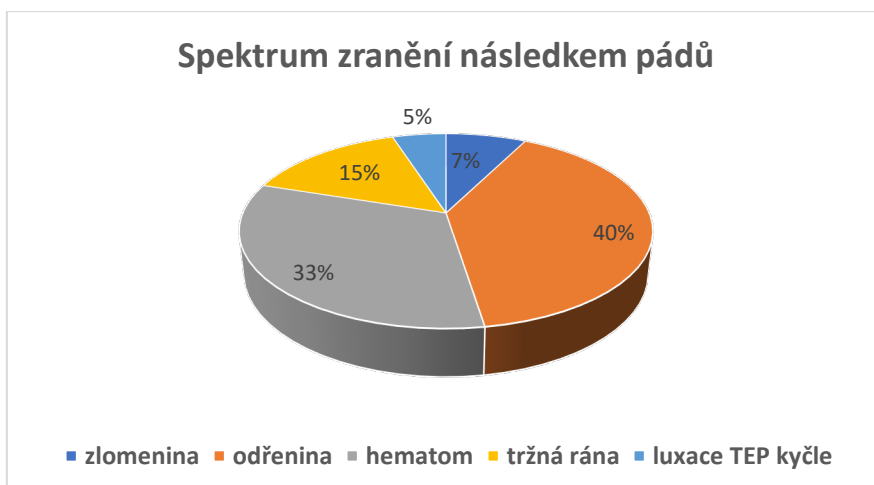
Graf č. 20



Graf č. 21



Graf č. 22



## VÝSTUPY A HODNOCENÍ

V roce 2025 bylo přijato k hospitalizaci v našem zařízení **2392** pacientů, což znamenalo mírný nárůst oproti roku 2024. Současně s tímto navýšením se zvýšil i počet nežádoucích událostí. Každá nežádoucí událost je na pracovišti vyhodnocena vedoucími pracovníky a jsou stanovena a provedena nápravná opatření s cílem minimalizovat nebo úplně vyloučit opakování NU a tím zajistit bezpečí pacientů.

Z *grafu č. 12* je patrné, že největší skupinou NU jsou jako každoročně *pády*, celkem 94 % ze všech hlášených NU. Máme 111 lůžek léčebné rehabilitace, na kterých jsou hospitalizováni pacienti přicházející k rehabilitaci po operacích TEP. Tito pacienti používají kompenzační pomůcky k pohybu, jsou omezeni v rozsahu pohybu a jsou častěji v riziku pádů. I přes nastavený postup edukace těchto pacientů v prevenci pádů, který probíhá na odděleních prostřednictvím zdravotních sester, na pracovišti léčebné rehabilitace prostřednictvím fyzioterapeutů a v neposlední řadě na pracovišti ergoterapie, kde jsou v rámci sebeobsluhy taktéž edukováni a nacvičují sebeobsluhu, k pádům dochází.

*Dvě NU se týkaly problému s medikací.* V prvním případě pacientka sama užila lék, který si přinesla z domu, i když byla informována personálem, že všechny léky jí budou podávány sestrami a nesmí užívat žádné léky bez vědomí zdravotnického personálu. Následkem této události nedošlo k poškození pacientky, ale přesto jsme ji považovali za závažnou a v důsledku toho ještě důrazněji při příjmu pacientů vysvětlujeme, aby bez svolení lékaře neužívali žádné svoje léky. Ve druhém případě pochybila sestra, která místo antikoagulancia podala pacientovi analgetikum. Nedošlo k poškození pacienta podaným analgetikem, antikoagulancium bylo dodatečně dodáno, z pochybení se sestra poučila, je třeba při podání léků soustředění a pozornost.

*Jedna NU se týkala se týkala problému s chováním pacienta*, kdy opustil naše ZZ bez povolení lékaře, přes poučení personálu, aby se držel pouze v areálu v okolí budovy. Ztratil se v přilehlém lese a musel být policií ČR vyhledán a dovezen zpět na oddělení poté, co zavolal na naši vrátnici mobilním telefonem, že se ztratil. K žádnému zdravotnímu poškození pacienta při této události nedošlo.

*Další NU se týkala nehody*, kdy se pacientka opařila právě zalitou kávou, kterou si chtěla odnést. Došlo k popálenině malého rozsahu v oblasti břicha, která byla ošetřena v našem zařízení, nebyl potřeba překlad do jiného ZZ na ošetření.

*Dvě nežádoucí události se týkaly pochybení sestry, která nedodržela standardní ošetrovatelský postup péče o periferní žilní vstup.* Nedošlo k poškození pacientky s vážnými následky, přesto bylo řešeno toto pochybení se sestrou jako závažné porušení náplně práce.

V roce 2025 nebyla hlášena žádná NU v souvislosti se vznikem dekubitu.

Z *grafu č. 13* je přehled počtu hlášených NU na jednotlivých odděleních. Dvojnásobný počet NU na pavilonu pneumologie odpovídá tomu, že je to oddělení o dvou stanicích s celkem 40 lůžky, na rozdíl od ostatních oddělení, kde je počet lůžek menší, v průměru 25 lůžek. Na lůžkových odděleních oddělení N, je viditelný mírný vzestup počtu pádů. Šetřením jsme zjistili, že se jedná pacienty s identifikovaným rizikem vzniku pádu, ale při analýze následků pádu jsme zjistili, že jsou preventivně hlášeny personálem všechny pády včetně těch bez jakéhokoliv následku, což považujeme za správný přístup personálu, z důvodu možných pozdních projevů následků pádu. Počet NU hlášených z jednotlivých oddělení v letech je zobrazen v *grafu č. 14*. Typy jednotlivých NU rozdělené dle výskytu na jednotlivých odděleních jsou zobrazeny v *grafu č. 15*.

V *grafu č. 16* vidíme, na kterém místě nejvíce dochází k pádům, což jsou stejně jako v předchozím roce pokoje pacientů. Analýzou dat jsme zjistili, že pády vznikají nejčastěji při vstávání z lůžka, při pohybu mimo lůžko po pokoji, při chůzi na WC nebo do koupelny navazující na pokoj. Z popisů NU je patrné, že pacienti velmi často přeceňují svoje schopnosti, v rámci pokoje se často pohybují bez

pomůcek k pohybu, nepřivolají si doporučený doprovod personálu a následkem je velmi často pád. Pacienti jsou edukováni již při příjmu o pravidlech bezpečné chůze, o předcházení pádům, o postupu přivolat si signalizací ošetřovatelský personál na pomoc při pohybu mimo lůžko, učí se, jak správně používat pomůcky k pohybu. Dostávají tištěné edukační materiály, které si mohou kdykoliv v klidu pročíst a vrátit se k jejich obsahu. Mají nově vytištěné zásady bezpečné chůze s obrázky a piktogramy přímo na pokojích, přesto se nám nedaří výrazně ovlivnit neukázněnost pacientů v této oblasti. Nárůst hospitalizovaných pacientů a hlášených pádů je znázorněn v *grafu č. 17*.

V následujícím *grafu č. 18* je zobrazen poměr pacientů v riziku pádu k celkovému počtu hospitalizovaných včetně srovnání v letech. Počet pacientů v riziku pádu odpovídá struktuře pacientů, kde převažují pacienti přijatí k rehabilitaci, a tedy již při přijetí k hospitalizaci jsou v riziku pádu.

*Graf č. 19* zobrazuje skutečnost, že z celkového počtu pacientů, u kterých došlo k pádu, bylo 99 % identifikováno s rizikem pádu. Oproti předchozímu roku je to změna, protože tehdy převažovaly pády pacientů bez rizika pádu. Důrazná a opakovaná edukace pacientů se zaměřením na prevenci pádů je tedy nezbytná u rizikových pacientů. V *grafu č. 20* je zobrazen přehled časů vzniku pádů. Časové období největšího počtu pádů zůstává v dopoledních hodinách, tedy v období, kdy mají pacienti nejvíce aktivit jako je vstávání, hygiena, oblékání, snídane a přeceňují svoje schopnosti a nevyužívají možnosti přivolat si pomoc personálu. Podrobně jsou příčiny pádů znázorněny v *grafu č. 21*. Nadále tedy budeme edukovat pacienty - aktivně nabízet pomoc personálu a připomínat možnost přivolat si jej signalizací.

Počet zranění následkem pádů je zobrazen v *grafu č. 22*. Z celkem 96 pádů došlo ke zranění ve čtyřiceti případech, a to od drobné odřeniny, hematomu až ke zlomenině. Zlomeninu považujeme za závažný následek pádu, došlo k nim ve 3 případech. Jedenkrát zlomenina HK, jedenkrát DK a jedenkrát šlo o zlomeninu raménka stydké kosti. Ve dvou případech byli pacienti přeloženi do jiného zdravotnického zařízení k léčbě zlomeniny, v jednom případě zůstala pacientka nadále v našem ZZ. Oproti roku 2024 došlo k poklesu počtu zlomenin následkem pádu.

Nadále budeme pokračovat v opakované edukaci pacientů, zdůrazňovat nutnost přivolat si personál k pomoci, používat pomůcky k pohybu a nepřeceňovat svoje schopnosti, protože je to zásadní prevence pádu, který může skončit i tak vážným poraněním jako je zlomenina, a to s sebou nese přerušení rehabilitace, překlad do jiného zařízení, prodloužení hospitalizace v nemocnici, bolest a omezení v pohybu a soběstačnosti.

## ***NUTRICE***

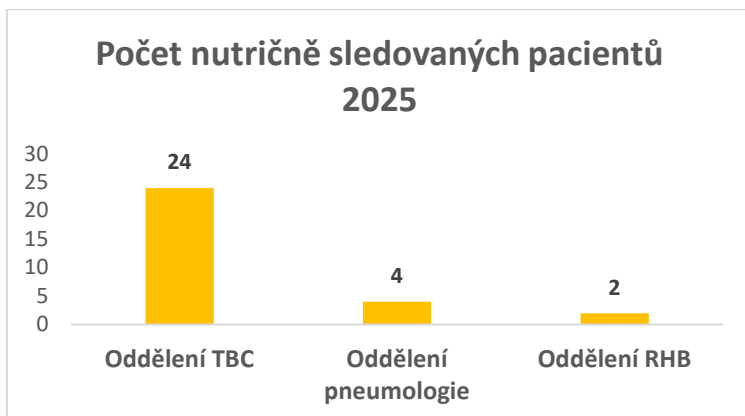
---

V roce 2025 jsme opět předali do péče nutriční terapeutky pacienty u kterých bylo identifikováno nutriční riziko ve smyslu úbytku na váze, nechutenství, malnutrice. Ve srovnání s předešlými třemi lety to byl zatím nejvyšší počet identifikovaných pacientů v nutričním riziku, čehož si velmi ceníme, protože jsme identifikovali včas tyto pacienty a mohli u většiny ovlivnit zlepšení nutričního stavu.

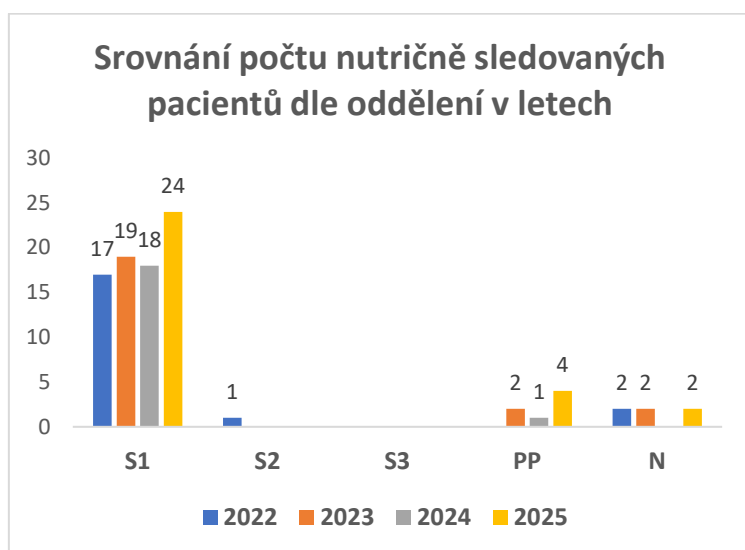
Ve spolupráci se zdravotníky pečující o pacienta, byly nastaveny intervence s cílem zlepšit stav výživy, zvýšit příjem vhodné stravy s obsahem bílkovin, vitamínů a minerálů, zvýšit příjem vhodných tekutin a získat pacienty ke spolupráci v oblasti výživy.

Tak jako v minulých letech bylo opět nejvíce pacientů v riziku nutrice na oddělení pro léčbu tbc - S1. Na ostatních odděleních byl výskyt v jednotkách případů. Výsledky dat z této oblasti jsou zobrazeny v následujících grafech.

Graf č. 23



Graf č. 24



Graf č. 25



## VÝSTUPY A HODNOCENÍ

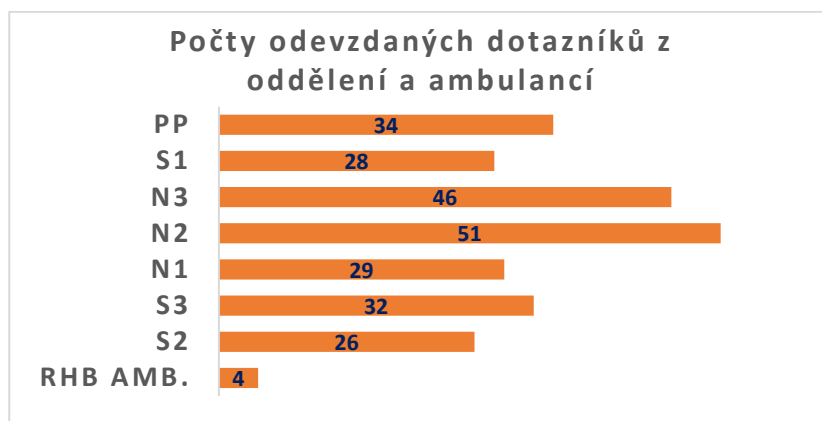
V roce 2025 bylo **nutričně sledováno** celkem **30** pacientů, 24 z oddělení pro léčbu TBC, 4 z oddělení pneumologie a 2 z oddělení léčebné rehabilitace viz. *graf č. 23*. Tak jako v předešlých letech i v roce 2025 bylo nejvíce nutričně sledovaných pacientů na oddělení pro léčbu tbc viz. *graf č. 24*. Na toto oddělení jsou přijímáni pacienti k léčbě tuberkulózy, kteří velmi často přicházejí již s úbytkem na váze, nechutenstvím, s nedostatečným příjmem kvalitní stravy nebo s celkovým nedostatečným příjmem stravy z důvodu bezdomovectví a sociální nouze. Samotné onemocnění způsobuje nechutenství a úbytek na váze a během léčby se v důsledku užívání antituberkulotik objevuje také jako vedlejší účinek. Sledování stavu výživy a příjmu potravy je nedílnou součástí léčby tuberkulózy. V *grafu č. 25* je vidět úspěšnost nutričních intervencí podle přírůstku na váze ve srovnání s minulými léty. Nejvyšší přírůstek na váze byl 10 kg u pacienta za období 38 dní. Za uspokojivý výsledek považujeme také, pokud pacient nehubne a udrží si stejnou váhu. U 75 % nutričně sledovaných pacientů došlo k přírůstku na váze, u 17 % zůstala váha stejná a pacient nezhubnul a v 8 % došlo i přes veškeré intervence k úbytku na váze.

Naším prvořadým cílem je, aby pacient přibral na váze a nastavil si správné návyky týkající se příjmu stravy, složení, výběru vhodných potravin apod. Ve spolupráci s lékařem jsou individuálně dodávány potřebné bílkoviny formou sippingu, bílkovinných přísadků nebo ve formě čisté bílkoviny. Personál sleduje a zaznamenává množství přijaté stravy a motivuje pacienty ke spolupráci. Pomoc v oblasti výživy a diety je také součástí ambulantní péče, pokud je nutné řešit dietní omezení, je proveden rozhovor lékaře s pacientem a doporučena vhodnost nutriční péče.

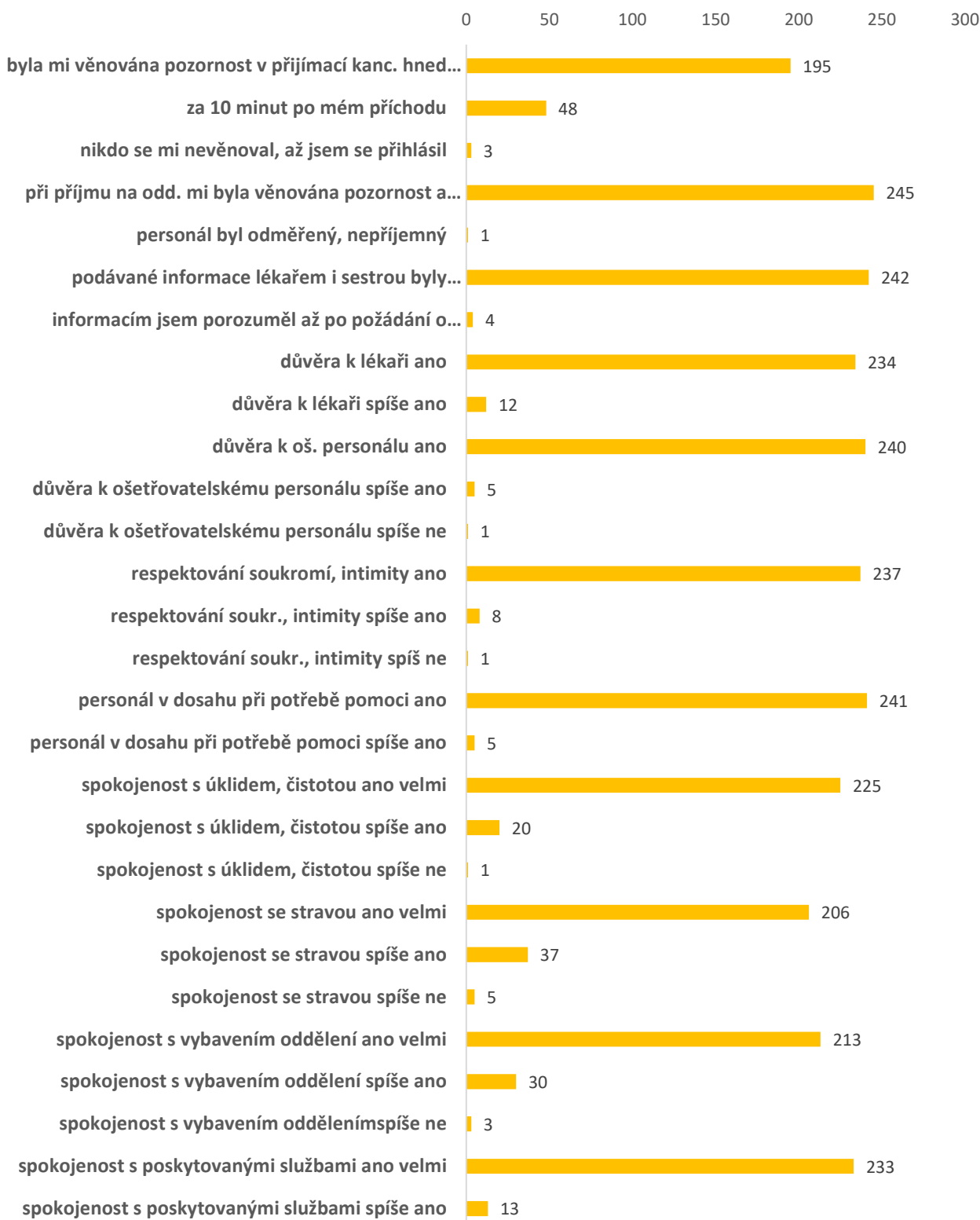
## SPOKOJENOST PACIENTŮ

Ke sledování spokojenosti pacientů využíváme dotazníky jak v papírové formě, tak v elektronické. Celkem bylo odevzdáno **250** kompletně vyplněných dotazníků, z toho bylo 16 dotazníků vyplněných v elektronické podobě. Dotazníky vyplnilo **246 hospitalizovaných** pacientů a **4 pacienti**, kteří byli ošetřeni na **rehabilitační ambulanci**. Přehled počtu vyplněných dotazníků z jednotlivých oddělení je zobrazen v *grafu č. 26*. Otázky a odpovědi jsou shrnuté v následujícím *grafu č. 27*. Zjišťujeme spokojenost s prostředím, přístupem personálu, poskytnutou péčí, porozumění předávaným informacím, ale také zda jsou spokojeni se stravou nebo vybavením oddělení. Věkové složení respondentů je zobrazeno v *grafu č. 28*. V 85 % převládá skupina pacientů ve věku 61 let a více. V posledním *grafu č. 29* je zobrazeno celkové hodnocení pobytu v našem zařízení známkou.

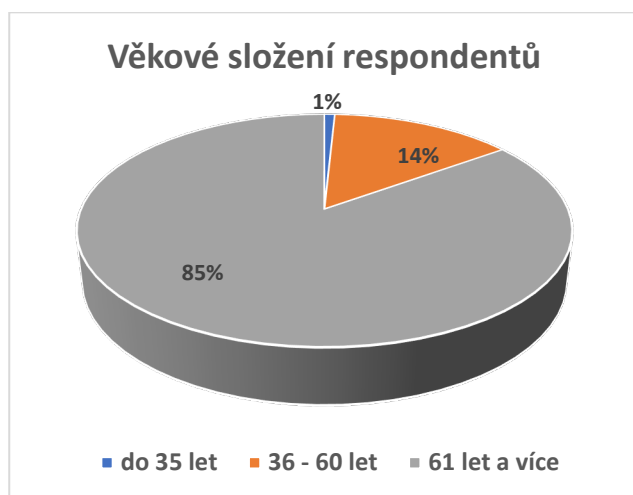
Graf č. 26



## Výsledky dotazníků spokojenosti hospitalizovaných pacientů



Graf č. 28



Graf č. 29



### VÝSTUPY A HODNOCENÍ

Při celkovém hodnocení pobytu v našem zařízení jsme v 94 % byli ohodnoceni jedničkou, v 5 % dvojkou a jedním respondentem jsme byli ohodnoceni čtyřkou, aniž by napsal do dotazníku negativní hodnocení, které by vysvětlovalo tuto hodnotu.

Připomínky a náměty nám pomáhají zlepšovat péči o pacienty, vybavenost prostředí a komfort pacientů. Drobné náměty a připomínky jsou řešeny bezprostředně vrchními sestrami, provozní požadavky jsou řešeny vedoucími úseků nebo na poradách náměstků. Požadavky na dovybavení pokojů, oddělení nebo venkovního areálu se týkaly poliček, háčků na běžné denní potřeby, zvýšení počtu laviček kolem cestiček v areálu. Požadavky na zlepšení mobilního signálu byly vyřešeny instalací stožáru pro příjem signálu jednotlivých mobilních operátorů. Byl zajištěno i zlepšení TV signálu. Byl obnovován nábytek na pokojích, dokoupen sedací nábytek, včetně židlí s vysokou nosností. Bylo instalováno nově vnitřní a venkovní orientační značení. Požadavky na změnu stavebního uspořádání pokojů a sociálního zařízení není možné provést bez velkých stavebních úprav, které jsou v plánu až v rámci rekonstrukce celé budovy N ve výhledu několika let. 84 % procent pacientů bylo velice spokojeno s chutnou domácí stravou. Drobné připomínky se týkaly letního období, kdy stravovací provoz z organizačních důvodů nepřipravoval teplé večeře, byly podávány studené a byla menší pestrost jídelníčku. Velká spokojenost s úklidem a čistotou byla v 92 % dotazníků. Naprostá spokojenost s vybavením oddělení byla uvedena v 87 % odpovědí. Důvěru k lékařskému personálu vyjádřilo 95 % a k ošetrovatelskému personálu 98 % respondentů. 98 % dotazovaných uvedlo, že informace podávané personálem pro ně byly srozumitelné. Ojedinelé připomínky se týkaly komisního jednání a odměřeného přístupu v přijímací kanceláři. Největší oblastí spokojenosti a pochval od pacientů bylo vlídné, ochotné, profesionální a usměvavé chování personálu, napříč všemi profesemi. Spokojenost vyjadřovali i s rehabilitačními procedurami, občasné připomínky se týkaly chybění víkendových procedur. Pacienti vyjadřovali pochvalu na krásné prostředí léčebny, včetně parku a květinové výsadby. Byly vyplněny 4 dotazníky spokojenosti s provozem ambulancí, konkrétně s rehabilitační ambulancí. Hodnocení ve všech oblastech jako srozumitelnost informací, pozornost personálu, důvěra k personálu, prostředí čekárny bylo výborné. Je pro nás velmi povzbuzující a motivující převládající spokojenost pacientů, drobné připomínky nás posunují k aktivitě, změně a snaze stále něco vylepšovat.

## ***SPOKOJENOST ZAMĚSTNANCŮ***

---

V roce 2025 jsme provedli anketu u našich zaměstnanců na spokojenost s provozem kantýny a kavárny, jejíž provoz zajišťuje cestou pronájmu soukromý subjekt. Velké množství připomínek k provozu, vybavení a uspořádání bylo přijato vedením jako zásadní impulz ke změně. V současné době je již zpracován projekt na kompletní rekonstrukci kantýny a potřebného zázemí tak, aby byla komfortní pro zaměstnance, pacienty i návštěvníky.

## ***STÍŽNOSTI A POCHVALY***

---

V roce 2025 nebyla podána žádná stížnost na poskytovatele OLÚ Jevíčko.

Pochvaly v dotaznících spokojenosti, v dopisech a e-mailech jsou pro nás velkou odměnou a zároveň i motivací k práci v duchu našeho motta: „Odbornost – Laskavost – Úcta“