



SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE

AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NÁSLEDNOU PÉČI



2. vydání
účinné od 1. září 2015

© **Spojená akreditační komise, o. p. s.**

AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NÁSLEDNOU PÉČI

*Obsahující hodnotící požadavky specifikované v příloze č. 1 vyhlášky MZ ČR
č. 107/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče,
v platném znění*

Editoři:

MUDr. David Marx, Ph.D.
MUDr. František Vlček, Ph.D.

2. vydání
účinné od 1. září 2015
schváleno MZ ČR dne: 31. 7. 2014
(Č.j.: MZDR 34917/2014-3-OZS)

© **Spojená akreditační komise, o.p.s.**
© **TIGIS, spol. s r. o.**

2014

AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NÁSLEDNOU PÉČI

Editoři:

MUDr. David Marx, Ph.D.

MUDr. František Vlček, Ph.D.

Grafická úprava, sazba, zlom:

TIGIS
DESIGN

Tisk:

TIGIS
PRINT

V roce 2014 vydala SAK, o. p. s. společně s nakladatelstvím TIGIS, spol. s r. o.,
Brumovická 998/24, 102 00 Praha 10
tel.: 274 008 500, fax: 274 008 510, www.tigis.cz

© **Spojená akreditační komise, o. p. s.**

© **TIGIS, spol. s r. o., 2014**

ISBN 978-80-905886-0-8

| | |
|--|-----|
| Obsah | 5 |
| Předmluva | 7 |
| Úvod | 9 |
| Akreditační standardy a akreditace | |
| 1. Resortní bezpečnostní cíle | 15 |
| 2. Práva pacientů a jejich edukace | 25 |
| 3. Dostupnost a kontinuita péče | 39 |
| 4. Diagnostická péče | 49 |
| 5. Terapeutická péče | 61 |
| 6. Objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv | 75 |
| 7. Hygiena prostředí a protiepidemická opatření | 83 |
| 8. Řízení a správa | 91 |
| 9. Řízení kvality a bezpečí | 103 |
| 10. Bezpečí prostředí | 115 |
| 11. Informace a komunikace | 127 |
| 12. Řízení lidských zdrojů | 137 |
| Rejstřík klíčových slov | 147 |

Před pěti lety vydala Spojená akreditační komise, o.p.s. akreditační standardy pro zdravotnická zařízení poskytující následnou a dlouhodobou péči, když do té doby byla tato zařízení posuzována podle akreditačních standardů pro nemocnice s vyloučením standardů neodpovídajících jejich specifické péči. První vydání se tak v roce 2009 ukázalo být krokem správným směrem, protože mnohá zařízení v této rozmanité (a velmi početné) skupině poskytovatelů standardy využila nejen k vnitřní inventuře o naplňování standardů kvality a bezpečí ve svých zařízeních, ale následně i k přípravě na vlastní akreditační šetření až k jeho skutečnému absolvování. V rámci udržení odpovídající úrovně těchto standardů přistupuje Spojená akreditační komise, o.p.s. k tomuto 2. vydání. Důvodů je hned několik:

- Až při praktickém využití standardů se zjistí určité nejasnosti a nepřesnosti nejen v popisu příslušného standardu, ale i v části objasňující naplnění standardu, což nutně vyžaduje korekci.
- Vedení snahou po větší přehlednosti používáme ve 2. vydání nový způsob číselného značení (obdobně jako u nových akreditačních standardů pro nemocnice), pomocí něhož je ihned patrná příslušnost k určité kapitole.
- V rámci zdůraznění závažnosti lékové problematiky jsou příslušné standardy vyňaty z kapitoly léčebné péče a tvoří kapitolu samostatnou.
- Novou kapitolu standardů tvoří i Ministerstvem zdravotnictví ČR vyhlášené Resortní bezpečnostní cíle.
- Pochopitelné je i zapracování významných legislativních změn, které v uplynulém pětiletém období nastaly, především se jedná o přijetí Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), Vyhlášky MZ ČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci a Vyhlášky MZ ČR č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče s uvedením minimálních hodnotících standardů a ukazatelů kvality a bezpečí.

V souvislosti s citovaným zákonem o zdravotních službách je nutné (kromě jiného) připomenout, že jeho devátá část nese název Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Je dobře, že takto významný aspekt při poskytování zdravotní péče je obsažen v zákoně. Věřím, že i díky tomu zájem o budování a zlepšování systému kvality a bezpečí ve zdravotnických zařízeních dále poroste a příslušné zásady a pravidla kvalitní a bezpečné péče se stanou součástí každodenních činností všech pracovníků podílejících se přímo či nepřímo na péči o pacienta. Zvláště pak v zařízeních poskytujících následnou a dlouhodobou péči, kde většina pacientů do nich přichází s určitým fyzickým či psychickým hendikepem a míra závislosti těchto pacientů na správně řízené a prováděné

péči je povětšinou vyšší než u akutní péče. Nechť i tyto standardy napomohou k tomu, aby se naplnilo výše uvedené a aby tak výsledky péče a spokojenost pacientů byly na nejvyšší možné úrovni.

MUDr. Ivan Staněk, MBA

Spojená akreditační komise, o.p.s., po čtyřech letech předkládá odborné i laické veřejnosti druhé vydání Akreditačních standardů pro následnou a dlouhodobou péči.

Vzhledem k době, která uplynula od prvního vydání, jsme na základě zkušeností s akreditačními šetřeními v řadě zařízení následně a dlouhodobé péče, na základě připomínek poskytovatelů péče, našich spolupracovníků i klientů a v souladu s vývojem poznatků v oblasti řízení kvality a bezpečí ve zdravotnictví vypracovali novou podobu standardů, která usnadní a zefektivní zavádění akreditačních požadavků do praxe.

Nové vydání je uspořádáno přehledněji – požadavky na jednotlivé činnosti (např. vše související s lékovým managementem) jsou řazeny v samostatných kapitolách. Podobně jako u Akreditačních standardů pro nemocnice, jsou i zde samostatnou kapitolou Resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví ČR a jejich naplnění je s ohledem na význam, který Spojená akreditační komise o.p.s. bezpečí pacientů přikládá, podmínkou úspěšné akreditace.

Akreditační standardy obsahují všechny související legislativní požadavky vyplývající ze zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách – zejména v kapitolách klinické části, kde jsou zpřesněny požadavky v oblasti nakládání s léčivy, naplňování práv klientů a jejich edukace a v oblastí nutriční péče a léčebné rehabilitace.

Rozšíření počtu standardů není dáno zásadním navýšením požadavků akreditačního procesu – snažili jsme se, aby se zájemci o akreditaci Spojené akreditační komise, o.p.s. mohli na šetření samostatně připravovat – aby tudíž požadavky standardů byly přehledné a jasné. Z tohoto důvodu došlo v řadě případů k rozdělení původního akreditačního standardu na několik nových. Rovněž počty indikátorů standardů byly v maximální možné míře standardizovány, čímž se vyrovnává „váha“ jednotlivých standardů.

V neklinické části se rozšířila a změnila kapitola 9 upravující povinnosti vedení zařízení. Nové upřesňující požadavky zejména v oblasti řízení dokumentů a práce s ukazateli kvality a bezpečí byly zapracovány do kapitoly 10. Kapitola 10 (Standardy bezpečí prostředí) přináší logicky uspořádaný soubor požadavků na provoz zařízení a zavání nový metodický princip – proaktivní řízení rizik.

I při maximální snaze o interpretaci požadavků akreditačních standardů se může stát, že jejich aplikace v konkrétním zařízení či v konkrétní situaci není zcela jasná – Spojená akreditační komise o.p.s. zveřejňuje konkrétní interpretace i odpovědi na kladené otázky na svém webu www.sakcr.cz, kam je rovněž možno jakékoli dotazy zasílat.

V souladu se skutečností, že Spojená akreditační komise, o.p.s. je registrována jako osoba oprávněná k provádění hodnocení kvality a bezpečí v oblasti lůžkové zdravotní péče, je splnění požadavků akreditačních standardů i naplněním minimálních hodnotících standardů uvedených v příloze č. 1 vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

MUDr. David Marx, Ph.D.
MUDr. František Vlček, Ph.D.

Akreditační standardy a akreditace Spojené akreditační komise.

1. Co je to akreditace SAK, o.p.s. a k čemu slouží?

Akreditace Spojené akreditační komise, o.p.s. (SAK) je nástroj pro externí hodnocení kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb. Akreditační standardy pro zařízení následné a dlouhodobé péče jsou určeny k aplikaci poskytovatelům lůžkové následné a dlouhodobé péče dle §9, odst. 2, písm. c) a d) zákona č. 379/2011 Sb. SAK má k dispozici akreditační standardy pro další druhy péče na svém webu www.sakcr.cz.

2. Uspořádání standardů a jejich použití

Akreditační standardy jsou rozděleny do kapitol odpovídajících příslušným činnostem při poskytování zdravotních služeb v prostředí následné a dlouhodobé lůžkové péče. V první části publikace jsou uvedeny standardy vztahující se ke klinickým aktivitám, ve druhé části pak standardy organizační a manažerské.

Struktura jednotlivých standardů

Každý akreditační standard je rozdělen do tří částí:

- vlastní znění standardu
- účel standardu – stěžejní část, která popisuje způsob naplnění standardu, uvádí příklady naplnění, případně odkazy na legislativu či jiné zdroje. V některých případech může být v účelu uveden výčet náležitostí nutných k naplnění některého z indikátorů, který na znění účelu pak odkazuje.
- indikátory standardu – tyto jsou měřitelné položky, jejichž naplnění se při akreditačním šetření posuzuje. Zjednodušeně lze indikátory vnímat jako otázky, na které v ideálním případě zní odpověď „ano“. Jak bylo uvedeno výše, v některých případech odkazuje indikátor na požadavky specifikované v účelu standardu, obvykle výčtem.

Při akreditačním šetření se posuzuje míra naplnění jednotlivých indikátorů (splněn – částečně splněn – nesplněn) a následně pak jednotlivých standardů – viz níže.

3. Pravidla udělování akreditace

Pravidla hodnocení akreditačních standardů a následného rozhodování o udělování akreditace jsou upravena směrnici SAK č. S-01, která je volně dostupná na internetových stránkách SAK, o.p.s. Samotný průběh akreditačního šetření je upraven v publikaci Průvodce akreditačním šetřením, která je také volně k dispozici.

Průběh akreditačního šetření a hodnocení akreditačních standardů

Během akreditačního šetření hodnotitelský tým (obvykle složený z lékaře, nelékařského zdravotnického pracovníka a administrativně technického specialisty) ohodnotí každý indikátor každého akreditačního standardu (s výjimkou těch, které jsou neaplikovatelné na dané zařízení) hodnotou 10 (splněn), 5 (splněn částečně) nebo 0 (nesplněn). Pro každý standard se vypočítá průměr bodů z jednotlivých hodnocených indikátorů (neaplikovatelné indikátory se do výpočtu nezahrnují) a výsledek se zaokrouhlí na celé číslo směrem dolů. Standard je splněn, pokud je tento průměr 7 a více, splněn částečně, pokud je průměr 5 až 7 a nesplněn, pokud je průměr menší než 5. Následně se pro každou kapitolu standardů vypočítá průměr z hodnocení každého hodnoceného standardu v dané kapitole (neaplikovatelné standardy se do výpočtu nezahrnují) a výsledek se vyjádří v procentech maxima. Pro celou sadu standardů se vypočítá průměr z hodnocení každého hodnoceného standardu v publikaci (neaplikovatelné standardy se do výpočtu nezahrnují) a výsledek se vyjádří v procentech maxima. Pro výrok „akreditováno“ musí být splněny všechny tři následující podmínky (všechny ostatní případy vedou k výroku „neakreditováno“):

- a. Každý standard je alespoň částečně splněn (hodnota 5 a více, respektive 50 % maxima a více);
- b. Každá kapitola je splněna alespoň na 70 % maxima;
- c. Všechny standardy jsou splněny alespoň na 80 % maxima.

Tým, který provádí akreditační šetření, neseznamuje vedení příslušného zařízení s jeho výsledkem, ale veškeré podklady předá Kanceláři SAK, která na jejich základě vydá Certifikát o akreditaci – hodnocení kvality a bezpečí

Odvolání proti rozhodnutí o akreditaci

Zařízení se může odvolat proti rozhodnutí o akreditaci, a to do 15-ti dní od doručení rozhodnutí o akreditaci. Odvolání předává ředitel SAK předsedovi Správní rady SAK, který do 20 dnů svolá jednání Správní rady SAK. Správní rada SAK rozhoduje s konečnou platností o podaném odvolání. Správní rada může zástupce zařízení pozvat k osobní účasti na projednávání podaného odvolání.

Konflikt zájmů při rozhodování o akreditaci

Jak samotní hodnotitelé, tak všechny osoby, které se účastní procesu rozhodování o udělení akreditace, nesmí být v konfliktu zájmů, což znamená, že toho času nejsou statutárními zástupci či členy statutárních orgánů hodnoceného zařízení, nejsou nebo v posledních šesti letech nebyli v jakémkoli smluvním vztahu s hodnoceným

zařízením či mu neposkytovali, ať jako zástupci SAK či jiného subjektu, konzultační služby v oblasti řízení kvality a bezpečí.

Kancelář SAK aktivně konfliktu zájmů předchází tím, že v případě známého konfliktu zájmů nepřiděluje dotyčného hodnotitele k akreditačním šetření či vylučuje člena Výboru pro akreditaci či Správní rady z rozhodování o udělení akreditace. Všichni zmínění jsou navíc povinni aktivně případný konflikt zájmů deklarovat dle směrnice SAK č. S-02 Prevence konfliktu zájmů.

Vztah akreditace SAK a externího hodnocení kvality a bezpečí dle platné legislativy

Součástí hodnocení splnění akreditačních standardů je rovněž hodnocení požadavků na kvalitu a bezpečí dle vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (dále též „vyhláška“). Hodnotící postupy v rámci celého akreditačního šetření uvedené v příslušné směrnici zaručují, že všechny minimální standardy a jejich ukazatele dle vyhlášky jsou splněny. Toto vyjádření je součástí výstupu hodnocení akreditačního šetření, *Zprávy o akreditačním šetření*.

Vzhledem k tomu, že rozsah akreditačních standardů převyšuje svými požadavky rozsah minimálních standardů uvedených ve vyhlášce, odpovídá úroveň poskytovaných služeb z hlediska kvality a bezpečí požadavkům § 105 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a hodnotícím standardům vyhlášky.

4. Další důležitá pravidla a informace Příhláška k akreditaci a smluvní vztahy

Vztah SAK, o.p.s., a zařízení žádající o posouzení kvality a bezpečí (akreditaci) začíná vyplněním a odesláním *Příhlášky k akreditačnímu šetření Spojené akreditační komise, o.p.s.* Zde zařízení poskytne informace důležité pro naplánování akreditačního šetření a přípravu *Smlouvy o hodnocení kvality a bezpečí*. Tato smlouva upravuje podmínky provedení akreditace a další pravidla pro jednání obou zúčastněných stran.

Hodnotitelé (auditoři) SAK

Hodnotitelský tým přiděluje zařízení kancelář SAK a současně stanoví vedoucího týmu, jehož jméno a spojení na něj oznámí zařízení. Každé zařízení má právo bez udání důvodu odmítnout účast člena či členů hodnotitelského týmu na akreditačním šetření. V takovém případě kancelář přidělí zařízení jiného či jiné hodnotitele.

Detailně jsou výše uvedená pravidla upravena ve směrnících SAK, o.p.s. č. S-03 Zásady práce konzultantů a členů hodnotitelských týmů SAK, č. S-02 Prevence konfliktu zájmů a č. S-05 Program

vzdělávání konzultantů a auditorů SAK, o.p.s., které jsou volně dostupné na internetových stránkách SAK, o.p.s.

5. Transparentnost a vstřícnost

Spojená akreditační komise, o.p.s., dělá vše pro to, aby veškeré její procesy byly maximálně transparentní. Všechna pravidla naší práce jsou volně dostupná na našich internetových stránkách www.sakcr.cz. Jsou zde též k dispozici rady pro přípravu k akreditaci, odpovědi na nejčastější dotazy a další užitečné informace. Kdykoli rádi poskytneme jakékoli doplňující informace na kontaktech, které jsou také dostupné na uvedených internetových stránkách.

*Spojená akreditační komise, o.p.s.
Nad Panenskou 4
169 00 Praha 6
e-mail: sekretariat@sakcr.cz
www.sakcr.cz*



I.

Resortní bezpečnostní cíle

Účel Resortních bezpečnostních cílů.

Resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví ČR vycházejí z publikovaných postupů směřujících k minimalizaci rizik ve frekvenčně nejrizikovějších oblastech poskytování zdravotní péče.

Těmito oblastmi jsou:

- a. bezpečná a jednoznačná identifikace pacientů
- b. bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv
- c. minimalizace rizika záměny pacienta, výkonu, místa výkonu
- d. prevence pádů pacientů
- e. prevence nozokomiálních infekcí řádnou hygienou rukou
- f. bezpečná komunikace
- g. bezpečné předávání pacientů

Jednotlivé bezpečnostní cíle uvádějí požadavky, při jejichž splnění dochází ke snížení rizik pro pacienty a zvýšení bezpečí poskytované péče. Vzhledem k významu bezpečí pacientů při poskytování zdravotní péče je splnění požadavků Resortních bezpečnostních cílů posuzováno v samostatné kapitole Akreditačních standardů SAK, o.p.s. V případě budoucích změn rozsahu či požadavků Resortních bezpečnostních cílů SAK, o.p.s. včas oznámí akreditovaným zařízením i zájemcům o akreditaci případnou odpovídající změnu Akreditačních standardů.

Zařízení naplní požadavky cílů splněním požadavků jednotlivých indikátorů. V případě Resortního bezpečnostního cíle č. 3 se příslušné postupy aplikují na všechny případy provedení intervenčních výkonů bez ohledu na to, kde se tyto v zařízení provádějí.

Resortní bezpečnostní cíle jsou ponechány ve znění, ve kterém byly publikovány Ministerstvem zdravotnictví ČR. Terminologie v nich použitá odpovídá spíše nemocničnímu prostředí, přesto však lze všechny aplikovat alespoň na některé typy zdravotnických zařízení. Jejich interpretace v jednotlivých zařízeních bude přirozeně přiměřená posuzovanému provozu.

Bezpečná identifikace pacientů.

Realizace
a indikátory cíle:

1. Nemocnice vypracuje vnitřní předpis konkrétně upravující správný postup při identifikaci všech pacientů. Tento předpis popisuje závazné postupy pracovníků nemocnice při péči o všechny pacienty a upravuje postupy pro neobvyklé situace (např. péči o pacienty na dětských a psychiatrických odděleních).
2. Vnitřní předpisy vyžadují minimálně dva nástroje k identifikaci pacienta (např. jméno a datum narození). K těmto nástrojům však nepatří použití označení pokoje pacienta či popis jeho umístění v nemocnici.
3. Identifikace pacienta se provádí vždy před podáním léků, krve a transfuzních přípravků, před odebíráním vzorků k laboratorním vyšetřením apod.
4. Identifikace pacientů se provádí vždy před diagnostickými a terapeutickými výkony.

Bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv.

Realizace
a indikátory cíle:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem spektrum léků s vyšší mírou rizika. K těmto lékům patří vždy: (i) injekční roztoky chloridu draselného (KCl) o koncentraci 7,45% a vyšší, (ii) inzulíny, (iii) neředěné hepariny.
2. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem postupy upravující postupy při objednávání, skladování a podávání léků s vyšší mírou rizika.
3. Léky s vyšší mírou rizika nejsou umístěny na pracovištích nemocnice, pokud to není z klinického hlediska nutné. Tam, kde nemocnice jejich umístění připouští, jsou zavedeny postupy zabraňující nesprávnému podání.

Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech.

Realizace
a indikátory cíle:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem postupy upravující jednotný postup zajišťující provádění správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci včetně výkonů prováděných mimo operační sály.
2. Nemocnice používá standardizovaný postup označování místa výkonu a zajistí účast pacienta při označování místa operačního výkonu.
3. Nemocnice zavede postup k verifikaci dostupnosti a funkčnosti dokumentace a vybavení nutného k provedení operačního výkonu.
4. Nemocnice používá a dokumentuje předoperační bezpečnostní postup bezprostředně před zahájením operačního výkonu. Tento postup zahrnuje ověření identifikace pacienta, identifikace výkonu a identifikace strany výkonu (při zaměnitelných místech), dostupnosti a správnosti potřebných technologií či zdravotnických prostředků a ověření profylaktického podání antibiotik pacientovi v době 60 minut před zahájením výkonu. Tento postup probíhá za přímé účasti všech osob, které se na provedení výkonu podílejí. Cíl může nemocnice naplnit zavedením kontrolního listu Světové zdravotnické organizace (WHO).

Prevence pádů pacientů.

Realizace
a indikátory cíle:

1. Nemocnice zavede vnitřním předpisem postup vstupního hodnocení rizika pádu u pacientů a opakovaného hodnocení u pacientů, u nichž došlo ke změně zdravotního stavu, ke změně spektra užívaných léků apod.
2. Nemocnice zavede opatření ke snížení rizika pádů u pacientů vyhodnocených jako rizikovní.
3. Nemocnice má stanoven jednotný postup pro prevenci a řešení pádů a zranění u pacienta.
4. Nemocnice sledované výsledky analyzuje a pravidelně vyhodnocuje. V případě potřeby stanovuje nápravná a preventivní opatření.

Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.

Realizace
a indikátory cíle:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem a uvede do provozních řádů, které jsou schvalovány orgánem ochrany veřejného zdraví v souladu s platnou legislativou, postup mytí rukou, používání bariérových technik a dezinfekční prostředků, které jsou základem prevence a kontroly infekcí. Nemocnice zajistí, že mýdla, dezinfekční prostředky a ručníky či jiné prostředky na osušení jsou umístěny v těch oblastech, kde se vyžaduje mytí rukou a dezinfekční postupy.
2. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem a uvede do provozních řádů, které jsou schvalovány orgánem ochrany veřejného zdraví v souladu s platnou legislativou, situace, ve kterých je vyžadována ochrana dýchacích cest, ochrana očí, ochranný oděv a rukavice. Nemocnice zajistí dostupnost těchto ochranných pomůcek.
3. Nemocnice provádí pravidelná školení (vycházející z odborných doporučení mezinárodních organizací – WHO, ECDC, CDC) všech pracovníků v metodách prevence a kontroly infekcí. Školení odpovídají jejich pracovní činnosti (tj. vstupní, periodická a cílená školení), zvláštní důraz je kladen na pravidelná školení pracovníků aktivně působících v oblasti prevence a kontroly infekcí (pracovníci týmu pro kontrolu infekcí, kontaktní sestry a lékaři klinických oddělení).
4. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem zaměření programu prevence a kontroly infekcí na základě zohlednění rizika a způsobem odpovídajícím klinickému spektru ošetřovaných pacientů, oborovému zaměření nemocnice a používaným diagnostickým a léčebným technologiím.
5. Postup prevence a kontroly infekcí v nemocnici je komplexním způsobem začleněn do celkového programu zvyšování kvality a bezpečnosti pacientů.¹

¹ Cíl může zařízení naplnit zavedením doporučených postupů hygieny rukou MZČR (Metodický návod – hygiena rukou při poskytování zdravotní péče – uveřejněno ve Věstníku MZČR částka 5/2012 na str. 15) nebo Světové zdravotnické organizace (WHO).

Bezpečná komunikace.

Realizace
a indikátory cíle:

1. Nemocnice vnitřním předpisem určí postup při ústní a telefonické komunikaci, při ordinování léků a hlášení výsledků vyšetření pacientů.
2. Osoba, která přijímá ústní či telefonickou ordinaci nebo hlášení výsledků vyšetření, zaznamená písemně úplný obsah ordinace či hlášení výsledků vyšetření.
3. Osoba, která přijímá ústní či telefonickou ordinaci nebo hlášení výsledků vyšetření, tuto ordinaci či hlášení zpětně přečte.
4. Osoba, která stanoví ordinaci nebo hlásí výsledky vyšetření, potvrdí správnost opakovaného hlášení přijímající osobou.

Bezpečné předávání pacientů.

Realizace
a indikátory cíle:

1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti.
2. Vnitřní předpis obsahuje minimální kompetence pracovníků zajišťujících předání pacienta.
3. Vnitřní předpis stanoví formu a rozsah dokumentace při předání pacienta.
4. Vnitřní předpis se v nemocnici dodržuje.

II.

Práva pacientů a jejich edukace

Každý pacient je při přijetí do zařízení vhodnou formou seznámen se svými právy.² O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace.

Účel a naplnění standardu:

Dodržování práv pacientů je jednou ze stěžejních oblastí procesu kontinuálního zvyšování kvality. Povinností zařízení je stanovit, kdo odpovídá za seznámení přijímaného pacienta, případně blízkých osob, s jeho právy (přijímající lékař či přijímající sestra). Osoba, která seznamuje pacienta s jeho právy, o tom učiní záznam do dokumentace.

Při formulaci této povinnosti je nutno počítat se situací, kdy bezprostředně při přijetí zdravotní stav pacienta neumožňuje, aby byl se svými právy seznámen. Zařízení zavede v souladu s platnou legislativou³ takový postup, kdy při přijetí je zhodnocena schopnost pacienta přijmout poučení a vyjádřit kvalifikovaný souhlas s přijetím či dalšími výkony. Mezi stavy vylučující poučení pacienta a jeho vyslovení souhlasu patří například intoxikace, demence, psychotické stavy a další. Seznámení je však nutno provést bez zbytečného odkladu, jakmile to pacientův stav znovu umožňuje.

Indikátory standardu:

Zařízení stanoví postup vedoucí k dokumentovanému seznámení pacienta s jeho právy, postup stanoví osobu/osoby odpovídající za informování pacientů.

1. Tento postup zahrnuje zhodnocení schopnosti pacienta přijmout poučení a činnosti při přijímání pacienta k hospitalizaci bez jeho souhlasu.
2. Tento postup se v zařízení dodržuje.

² viz § 28 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; § 46 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

³ viz § 38 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Všichni pacienti jsou informováni o svých právech a povinnostech způsobem a jazykem, kterému rozumí.⁴

Účel a naplnění standardu:

Zařízení připraví tisknutelné informační materiály v různých jazykových mutacích pro pacienty, kteří o ně projeví zájem. Informační materiály jsou uzpůsobené např. intelektové úrovni pacientů, případně specifickým cílovým skupinám pacientů.

Zařízení naplní tento standard zajištěním dostupnosti tlumočnických a překladatelských služeb pro pacienty, kteří nemluví a nerozumí česky, a dále pak pro pacienty s handicapem (neslyšící, nevidomé apod.). Tlumočení by mělo pokrývat veškeré jazykové oblasti, z nichž lze pacienty očekávat, a být dostupné nepřetržitě – nelze tedy například deklarovat, že někteří z pracovníků jsou schopni tlumočení.

Indikátory standardu:

1. Pacienti jsou informováni o svých právech a povinnostech.
2. Tištěná verze informace o právech a povinnostech pacientů je vyvěšena, případně je nepřetržitě k dispozici u pracovníků zařízení.
3. Informace se podává způsobem a jazykem, kterému pacient rozumí.

⁴ viz § 30 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Při poskytování zdravotní péče se respektují spirituální potřeby pacientů.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení zajistí, aby při poskytování zdravotní péče byly respektovány spirituální a náboženské hodnoty pacientů. Pracovníci zařízení stimulují pacienty k tomu, aby vyjádřili své spirituální potřeby. Pracovníci zařízení znají postup k zajištění duchovních služeb pro pacienty včetně kontaktů s duchovním mimo pravidelně stanovenou dobu.⁵

Indikátory standardu:

1. Zařízení má zavedený postup pro identifikaci spirituálních potřeb pacientů.
2. Zařízení má zavedený postup k zajištění duchovních služeb pro pacienty.
3. Tento postup umožňuje kontakty s duchovními i mimo pravidelně stanovenou dobu.
4. Pracovníci tyto postupy znají a dodržují.

⁵ viz § 28 odst. 3 písm. j) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Při poskytování zdravotní péče se respektuje důstojnost a soukromí pacientů.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení zajistí, aby při poskytování zdravotní péče byla vždy respektována důstojnost a soukromí pacientů.⁶ Toto se týká zejména vyšetřování pacientů, rozhovorů s nimi, provádění diagnostických a léčebných výkonů, zajišťování osobní hygieny a transportu pacientů v rámci zařízení. Při respektování soukromí zařízení zajistí jak vizuální, tak auditivní soukromí – zejména zajistí, aby informace o zdravotním stavu pacientů nebyly bez výslovného souhlasu pacientů prezentovány před nepovolanými osobami, zejména spolupacienty. Zařízení zajistí, aby byly respektovány individuální potřeby soukromí vyplývající například z kulturních tradic pacientů.

Indikátory standardu:

1. Při poskytování zdravotní péče je respektována důstojnost a soukromí pacientů.
2. Pracovníci zařízení respektují individuální potřeby soukromí u pacientů.

⁶ viz § 28 dost. 3 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Zařízení podporuje právo pacienta a jeho blízkých podílet se na poskytování zdravotní péče.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení podporuje participaci pacientů a jejich blízkých na rozhodování o poskytování zdravotní péče. Zařízení zajistí realizaci práva pacientů na druhý názor⁷ bez obav z ohrožení jejich zdravotní péče, a to jak v rámci zařízení, tak mimo něj. Všichni pracovníci znají své povinnosti v oblasti podpory práv pacientů a jejich blízkých podílet se na poskytování zdravotní péče.

Indikátory standardu:

1. Zařízení vypracuje postupy podporující právo pacientů a jejich blízkých podílet se na poskytování zdravotní péče.
2. Součástí těchto postupů je vždy specifikace činností při realizaci práva pacienta na druhý názor.
3. Pracovníci zařízení stanovené postupy znají a dodržují.

⁷ viz § 28 dost. 3 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; § 46 dost. 1 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Veškeré výkony se provádějí se souhlasem pacienta.

Účel a naplnění standardu:

K nejdůležitějším nástrojům k zajištění účasti pacientů na rozhodování o jim poskytnuté zdravotní péči patří informovaný souhlas. Aby pacient souhlasil s výkonem, musí mít k dispozici informace o navrhovaném postupu, které pro informované rozhodnutí potřebuje. Informovaný souhlas lze získat v několika fázích procesu poskytování péče; například při přijetí pacienta do zařízení (obecný souhlas s přijetím) či před jednotlivými výkony s vysokou mírou rizika. Zařízení přesně stanoví vnitřním předpisem postup při získávání informovaného souhlasu, přičemž tento postup musí být v souladu s legislativou.⁸ Tento předpis popíše formy vyjádření souhlasu pacientů s výkonem (ústní, písemná apod.) a způsob dokumentace takového souhlasu.⁹ Zařízení dále na základě vyhodnocení rizik stanoví spektrum výkonů, u kterých je nutno informovaný souhlas odebrat v písemné podobě, a příslušné výjimky při odebrání informovaného souhlasu vyplývající z legislativy.¹⁰

Indikátory standardu:

1. Zařízení vnitřním předpisem upraví postup při získávání informovaného souhlasu.
2. Zařízení stanoví vnitřním předpisem spektrum výkonů, u kterých je nutno informovaný souhlas odebrat v písemné podobě.
3. Příslušní pracovníci jsou seznámeni s postupy předepsanými při odebrání informovaného souhlasu.
4. Informovaný souhlas se od pacientů získává formou a způsobem upraveným vnitřním předpisem.

⁸ viz § 34, 35 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

⁹ viz příloha č. 1 bod č. 5 vyhlášky MZ č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

¹⁰ viz § 45 odst. 2 písm. h) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

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.¹¹

Účel a naplnění standardu:

Tento standard navazuje na předcházející; všechny plánované diagnostické a terapeutické postupy pracovníci zařízení srozumitelně vysvětlí pacientovi a – pokud je to na místě – jeho blízkým. Poskytnutá informace vždy obsahuje následující body:

- aktuální zdravotní stav pacienta;
- typ navrhované léčby;
- možné výhody a rizika pro pacienta;
- možné alternativy;
- pravděpodobnost úspěchu navrhovaného postupu;
- problémy, které je možno očekávat v průběhu procesu léčby pacienta;
- důsledky případného odmítnutí navrhovaného postupu.

Pracovníci zařízení sdělí pacientovi jméno lékaře (resp. jiného zdravotnického pracovníka), který má primární odpovědnost za jemu poskytnutou péči nebo který by měl plánovaný výkon provést.¹²

Indikátory standardu:

1. Pacienti jsou informováni o svém zdravotním stavu.
2. Pacienti jsou informováni o navrhované léčbě a o tom, kdo bude provádět případný výkon.
3. Pacienti jsou informováni o možných výhodách a rizicích navrhované léčby a o možných problémech v průběhu léčení.
4. Pacienti jsou informováni o možných alternativách navrhované léčby a o důsledcích případného odmítnutí léčby.
5. Pacienti jsou informováni o pravděpodobnosti úspěchu navrhované léčby.
6. Pacienti znají jméno lékaře či jiného zdravotnického pracovníka odpovídajícího za poskytovanou péči.

¹¹ viz § 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

¹² viz § 28 odst. 3 písm. g) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

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.¹³

Účel a naplnění standardu:

Tento standard se vztahuje na používání omezovacích prostředků (včetně farmakologického omezení) u pacientů obvykle pro chování ohrožující je samotné nebo další osoby.

K naplnění tohoto standardu zařízení vypracuje vnitřní předpis, který stanoví indikace k omezení pacientů, formu ordinace tohoto omezení s tím, že se jedná o výlučnou pravomoc lékaře (s výjimkou nezbytně nutné doby mechanického omezení pacientů, kteří jsou bezprostředně nebezpeční sobě nebo svému okolí). Předpis dále stanoví, jaký je rozsah a frekvence lékařského a ošetrovatelského vyšetření pacientů před imobilizací, během ní a po jejím skončení a jakou formou se průběh použití omezovacích prostředků či farmakologického zklidnění zaznamenává do dokumentace pacientů. Předpis dále stanovuje požadavky na ošetrovatelskou péči a úroveň monitorace pacienta. Při interpretaci omezení je nutné vycházet z aktuální situace na daném pracovišti i z aktuálního zdravotního stavu konkrétních pacientů. Použití omezovacího prostředku musí být vždy až poslední z možností jak chránit pacienta či další osoby – poté co jsou vyčerpány alternativy. Ačkoli pojem „omezovací prostředky“ je definován výčtem v citované legislativě, je třeba přísně zvažovat i používání dalších omezovacích prostředků – např. zvednuté postranice u lůžka osoby s poruchou hybnosti neschopné postranice překonat, odebrání kompenzačních pomůcek (chodítka, hůl, brýle) apod.

Indikátory standardu:

1. Zařízení má vypracovaný vnitřní předpis, který upravuje v souladu s platnou legislativou postup při použití omezovacích prostředků a farmakologického omezení pacientů.
2. Tento předpis stanoví formu a rozsah vyšetření pacientů před použitím omezovacích prostředků (včetně omezení farmakologického), v jeho průběhu a po něm a rozsah a formu příslušné dokumentace, požadavky na ošetrovatelskou péči a úroveň monitorace. Provedená vyšetření a jejich dokumentace jsou v souladu s předpisem.
3. Indikace k omezení pacienta je prováděno v souladu s předpisem.
4. Omezení pacienta je prováděno a dokumentováno v souladu s předpisem.

¹³viz čl. 8 odst. 6 Listiny základních práv a svobod; § 39 a § 40 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; § 1 odst. 2 písm. k) vyhlášky MZ č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

V zařízení je zaveden účinný systém edukace pacientů a jejich blízkých.

Účel a naplnění standardu:

Edukace pacientů je významným nástrojem, jak je aktivně zapojit do procesu poskytování zdravotní péče. Zařízení tento standard naplní, když vypracuje postup hodnocení potřeby edukace, rozsahu a způsobu vlastní edukace a postup při dokumentaci provedené edukace. Hodnocením potřeby edukace se rozumí zhodnocení toho, zda pacient má dostatek informací týkajících se jeho aktuálního zdravotního stavu či zda je nutné (například při změně dietního režimu, změně ordinace léků, režimová opatření) naplánovat edukační program. Tento postup stanoví, kteří pracovníci edukaci provádějí.

Pokud je to na místě a není to v rozporu s vůlí pacienta, jsou edukováni i jeho blízcí.

Indikátory standardu:

1. Hodnotí a dokumentuje se potřeba edukace u pacienta a jeho blízkých, schopnost k edukaci a ochota ji přijímat.
2. Edukace pacienta se dokumentuje.
3. Pacienti a jejich blízcí jsou edukováni o postupu při poskytování informovaného souhlasu, pokud je to na místě.
4. Pacienti a jejich blízcí jsou poučováni o svém podílu na rozhodování a poskytování zdravotní péče.
5. V případě nedobrovolné hospitalizace jsou pacienti a jejich blízcí informováni o procesu nedobrovolné hospitalizace a právech pacienta v tomto procesu.
6. Pacienti, případně jejich blízcí, jsou informováni o potřebné nutriční péči, pokud je to na místě, a o svém možném podílu na její optimální realizaci.
7. Pacienti a jejich blízcí jsou informováni o rehabilitačních postupech, pokud je to na místě, a o svém možném podílu na získání, udržení či zlepšení svých funkčních schopností.

Při edukaci pacientů pracovníci zařízení vzájemně spolupracují.

Účel a naplnění standardu:

Efektivní edukace je týmová záležitost – při jejím poskytování a dokumentování pracovníci, kteří poskytují pacientům zdravotní péči (lékaři, sestry, ostatní pracovníci), vzájemně spolupracují. Spolupráce vychází z potřeb pacienta, takže ne vždy je nutná. Zařízení vytvoří podmínky pro efektivní poskytování edukace jednotlivými skupinami pracovníků, kteří o pacienta pečují.

Indikátory standardu:

1. Pokud je to potřebné, provádí se edukace pacientů a jejich blízkých týmově.
2. Pracovníci, kteří pacienta a jeho blízké edukují, mají odpovídající kompetence, znalosti a dovednosti.

V zařízení je v souladu s platnou legislativou zaveden postup přijímání a řešení stížností pacientů a jejich blízkých.

Účel a naplnění standardu:

Je právem každého pacienta nebo jeho blízkých vyjádřit svoji nespokojenost formou stížnosti. Stížnosti jsou navíc velmi cenným zdrojem informací, které lze následně využít ke zvyšování kvality a bezpečí. Stížnosti pacientů a jejich blízkých jsou rovněž upraveny národní legislativou.¹⁴

Vzhledem k často nevyrovnanému vztahu pacient-zdravotník je nutné, aby zařízení pacientovi či jeho blízkým uplatnění práva podat stížnost co nejvíce zjednodušila. Prvním krokem je přirozeně informování pacienta o jeho právu na možnost podat stížnost a o způsobu, jakým tak může učinit.

Zařízení upraví vnitřním předpisem (samostatným nebo jako součást jiných souvisejících předpisů) alespoň následující:

- a. způsob, jakým jsou pacienti a jejich blízcí informováni o svém právu podat stížnost (informace při přijetí, veřejně přístupné informace na webových stránkách či veřejných prostorech zařízení a podobně);
- b. možné formy podání stížností (osobní, telefonické, písemné dopisem či elektronickou poštou nebo jiné);
- c. cesty podání stížnosti (komu a jakou cestou lze stížnost podat – pracovníci daného pracoviště, podatelna, ředitel zařízení apod.);
- d. osoby odpovědné za přijetí a vedení spisu k vyřízení stížnosti;
- e. obvyklé způsoby projednávání stížnosti v rámci zařízení (vyjádření zúčastněných, komisionální posouzení a další);
- f. termíny, do kterých je nutné informovat pacienta o výsledku šetření stížnosti, přičemž nejzazším termínem je 30 kalendářních dnů;
- g. postup informování pacienta v případě, že nebylo možné dodržet termíny stanovené v předchozím písmenu f);
- h. způsob přijetí stížnosti v pracovní době, v době pohotovostní služby a o volných dnech;
- i. postup při odvolání pacienta proti výsledku šetření stížnosti;
- j. další pravidla a termíny požadované národní legislativou.

¹⁴ § 93 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení upraví vnitřním předpisem postup přijímání a vyřizování stížností, a to nejméně v rozsahu písmen a) až j) účelu standardu.
2. Každému pacientovi je zajištěn přístup k informaci o jeho právu podat stížnost a o způsobu, jakým tak může učinit.
3. Pacienti a jejich blízcí mají možnost podat stížnost 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, a to alespoň jednou formou a způsobem definovaným vnitřními předpisy zařízení.
4. Stížnosti pacientů a jejich blízkých jsou vyhodnocovány s ohledem na jejich počet a oprávněnost, data jsou agregována a slouží ke zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.



III.

Dostupnost a kontinuita péče

V průběhu celé hospitalizace je vždy stanoven pracovník, který odpovídá za koordinaci veškeré péče o pacienta.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení stanoví vnitřním předpisem, který pracovník (obvykle ošetřující lékař, lékař pohotovostní služby, případně ošetřující sestra) odpovídá za koordinaci zdravotní péče poskytované pacientovi, případně s jakými omezeními. Zařízení zajistí, aby pacienti znali jméno tohoto pracovníka a aby v případě jeho nepřítomnosti na pracovišti tato odpovědnost přecházela na jiného pracovníka.

Indikátory standardu:

1. Zařízení stanoví vnitřním předpisem, který pracovník odpovídá za koordinaci péče o hospitalizovaného pacienta.
2. Po celou dobu hospitalizace je určeno, kdo koordinuje péči o pacienta.
3. Jméno osoby koordinující péči o pacienta je známo pacientovi, případně jeho blízkým i pracovníkům daného pracoviště.

Zařízení stanoví a realizuje postup pro zajištění kontinuity péče pacientům a pro zajištění koordinace činnosti zdravotnických pracovníků.

Účel a naplnění standardu:

Na péči o pacienta se v průběhu jeho pobytu v zařízení od přijetí do propuštění či překlada může podílet řada pracovišť a pracovníků. Zařízení zajistí vzájemnou koordinaci mezi těmito pracovišti i pracovníky, např. při překládání pacientů a provádění klinických i laboratorních vyšetření. V průběhu procesu poskytování péče se zajišťuje uspokojování potřeb pacienta pomocí zdrojů v rámci zařízení a v případě potřeby i mimo ni.

Při zajišťování kontinuity péče je významným faktorem koordinace konziliárních služeb v zařízení – zařízení vnitřním předpisem upraví spektrum a dostupnost konziliárních služeb pro pacienty, a to jak z vnitřních zdrojů, tak zajišťovaných externě. Součástí předpisu je definice různých režimů dostupnosti (statim/standard) podle odbornosti konziliáře a popis toho, jak se stanoví kompetence lékaře či jiného pracovníka provádět konziliární služby. Součástí předpisu je také stanovení minimálního rozsahu a obsahu informací o pacientovi, předávaných konziliáři a způsob jejich dokumentování (žádanka, zápis ve zdravotnické dokumentaci).

Indikátory standardu:

1. Zařízení vytvoří a zavede postupy, které zajišťují návaznost a koordinaci poskytované zdravotní péče v rámci zařízení.¹⁵
2. Zařízení upraví vnitřním předpisem organizaci konziliárních služeb v rámci zařízení.
3. Konziliární služby jsou v zařízení poskytovány v souladu s předpisem.
4. Je zajištěna návaznost a koordinace jednotlivých činností při poskytování zdravotní péče pacientům.
5. Pacient je seznámen s návazností a koordinací jednotlivých činností.

¹⁵ viz § 46 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Při poskytování zdravotní péče zařízení odstraňuje mechanické, jazykové, kulturní a ostatní bariéry bránící dostupnosti zdravotní péče či jejímu vlastnímu poskytování.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení zajišťuje péči různým skupinám obyvatel, někteří pacienti jsou vysokého věku, mají fyzický či mentální handicap, mluví různými jazyky či dialekty, mají kulturní odlišnosti nebo jsou u nich přítomny jiné překážky ztěžující jim první kontakt se zařízením i další čerpání zdravotní péče. Zařízení by o těchto překážkách mělo vědět a mělo by realizovat taková opatření, která je odstraní či zmenší, a to v průběhu celého procesu poskytování zdravotní péče.

Indikátory standardu:

1. Zařízení zná možné překážky čerpání zdravotní péče u pacientů ze spádového území.
2. Zařízení stanoví postup, jak odstranit, či zmírnit překážky při přijímání pacienta.
3. Zařízení stanoví postup, jak zmírnit dopad překážek na poskytování zdravotní péče.
4. Uvedené postupy jsou zavedeny do praxe.

Při propouštění či při zajišťování další péče jsou pacienti, případně jejich blízcí, srozumitelným způsobem informováni.

Účel a naplnění standardu:

Podání jasných pokynů o tom, jak si zajistit návaznou péči, je zásadní pro zabezpečení optimálních výsledků zdravotní péče a pro uspokojení všech potřeb pacienta. Informace (propouštěcí zpráva) zahrnují název a sídlo zařízení, které bude poskytovat další péči, pokyny pro případné ambulantní sledování v zařízení, odkud je pacient propouštěn, a informace o tom, za jakých okolností je třeba vyhledat péči neodkladně. Pokyny rovněž obsahují informace o režimových opatřeních pacienta po propuštění (strava, pohybový režim, převazy, stanovení zátěže a podobně). Zařízení tyto informace poskytne jednoduchým a srozumitelným způsobem. Informace se podávají písemně, a to způsobem, který je pro pacienta nejsnáze srozumitelný.

Indikátory standardu:

1. Informace o další péči se podávají pacientovi srozumitelnou formou a srozumitelným způsobem.¹⁶
2. Součástí informací jsou pokyny pro případné ambulantní sledování v zařízení.
3. Součástí informací jsou pokyny pro režimová opatření.
4. Součástí informací jsou pokyny, za jakých okolností a kde je třeba neodkladně vyhledat péči.
5. Součástí informací jsou pokyny o rehabilitačních postupech, případně o předepsaných či doporučených kompenzačních pomůckách.
6. Součástí informací o dietních a nutričních opatřeních je kontakt pro případné konzultace.
7. Součástí informací je rozpis léčiv, která má pacient po propuštění užívat s uvedením názvu léčiv a dávkování.
8. Součástí informací je zajištění podpurné péče zdravotně sociálním pracovníkem.

¹⁶ viz § 46 odst. 1 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Zařízení spolupracuje s poskytovateli ambulantních zdravotnických služeb, s lékaři primární péče, agenturami domácí péče a komunitními službami zdravotnickými i sociálními s cílem zajistit svým pacientům včas a správně další péči.

Účel a naplnění standardu:

Odeslání pacienta do péče zařízení ambulantní či lůžkové zdravotní péče nebo jiné instituce musí být plánováno. Zařízení se seznámí se spektrem poskytovatelů zdravotní a sociální péče ve své přirozené spádové oblasti a s tím, jaké druhy a formy zdravotní a sociální péče tato zařízení poskytují a o jaké skupiny pacientů pečují. S těmito poskytovateli zařízení naváže formální nebo neformální vztahy. Pokud do zařízení přichází pacient z jiného spádového území, při propuštění se zařízení pokusí zajistit mu další potřebnou péči v území, odkud přišel.

Při propuštění může u některých pacientů trvat potřeba další lékařské či jiné péče. Dostupnost takové péče v terénu a její reálné využití může do značné míry ovlivnit potřebu další hospitalizace. Při plánování propuštění se zvažuje potřeba podpůrné péče a její dostupnost.

Indikátory standardu:

1. Při propuštění pacienta se posuzuje jeho potřeba další lékařské péče a podpůrné péče.
2. Zařízení se seznámí se spektrem poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb ve spádovém území.
3. Při doporučování další péče se využívá služeb zařízení v okolí pacientova bydliště, pokud je to možné.
4. Pokud je to možné, zajišťuje se pro pacienty podpůrná péče.

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.

Účel a naplnění standardu:

Tuto povinnost zařízení uloží svým pracovníkům v předpisu upravujícím vedení zdravotnické dokumentace. Standard upravuje dvě oblasti:

- a. předání pacientů mezi směny;
- b. předání pacientů při překlada na jiné pracoviště v rámci stejného zařízení.

Zařízení stanoví vnitřním předpisem formu předávání pacientů včetně určení osob kompetentních předávat pacienty i případný způsob dokumentace, a to pro lékaře i nelékařské pracovníky. Pokud se předávání pacientů dokumentuje, nelze tak činit záznamem do dokumentace oddělení, která se nevztahuje jen na jednoho pacienta (hlášení sester).

Indikátory standardu:

1. Zařízení ve vnitřním předpisu upraví postup pracovníků při předávání pacientů mezi směny, při překlada na jiné pracoviště v rámci stejného zařízení.
2. Tento předpis stanoví formu a obsah záznamů při předávání pacientů a odborné kompetence předávajících a přebírajících pracovníků.
3. Tento předpis se v zařízení dodržuje.

Překlady pacientů do jiných zdravotnických zařízení probíhají dle stanovených postupů.

Účel a naplnění standardu:

Postup při překladu pacientů zařízení upraví vnitřním předpisem. Pokud existují formální či neformální dohody o přebírání pacientů do jiných zdravotnických zařízení, v předpisu se to uvede. V každém případě je v předpisu stanovena povinnost dojednat překlad pacienta s přebírajícím zařízením předem (pokud je to vzhledem k místním podmínkám a stavu pacienta možné).

Součástí předpisu je dále povinnost lékaře indikovat transportní prostředek odpovídající aktuálnímu stavu pacienta (dohled zdravotnických pracovníků při transportu, možnost monitoringu).

Vnitřní předpis stanoví náležitosti překladové zprávy, kde musí být vždy uvedeno, jaká byla indikace k přijetí do překládajícího zařízení, průběh hospitalizace, důvod překladu, další doporučení a odhad prognózy.

Vnitřní předpis upraví náležitosti ošetrovatelské překladové zprávy, pokud tato není součástí celkové překladové zprávy.

Indikátory standardu:

1. Zařízení upraví vnitřním předpisem postup při překladu pacienta do jiného zdravotnického zařízení.
2. Tento předpis obsahuje povinnost překlad pacienta organizačně zajistit předem, pokud je to s ohledem na stav pacienta možné. Tato povinnost se dodržuje.
3. Tento předpis stanoví překládajícímu lékaři povinnost indikovat podmínky transportu pacienta. Tato povinnost se dodržuje.
4. Tento předpis stanoví formální a obsahové náležitosti lékařské i ošetrovatelské překladové zprávy, kde musí být vždy uvedeno, jaká byla indikace k přijetí do překládajícího zařízení, průběh hospitalizace, důvod překladu a ev. prognostickou rozvahu a další doporučení. Tato povinnost se dodržuje.

IV.

Diagnostická péče

Zařízení stanoví minimální obsah a rozsah vstupního vyšetření při přijetí pacientů do péče.

Účel a naplnění standardu:

Při přijetí pacienta k hospitalizaci či při přijetí do ambulantní péče stanoví zařízení minimální obsah a rozsah vyšetření, a to pro lékaře, sestry a všechny nelékařské pracovníky, kteří poskytují zdravotní služby bez odborného dohledu.

Zařízení stanoví vnitřním předpisem, které kategorie pacientů pokládá za přijaté do ambulantní péče – vždy se jedná o pacienty, kteří jsou ambulantně dlouhodobě sledováni např. v odborných poradnách.

Zařízení může pro každou lékařskou odbornost stanovit specificky minimální rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření, případně stanovit tento rozsah jednotně s tím, že každá odbornost stanoví specifický rozsah požadovaný u všech pacientů přijatých k hospitalizaci či do ambulantní péče nad tento rozsah.

Indikátory standardu:

1. Zařízení stanoví vnitřním předpisem obsah a rozsah vstupního vyšetření pro všechny klinické odbornosti při přijetí pacientů k hospitalizaci.
2. Zařízení stanoví vnitřním předpisem obsah a rozsah vstupního vyšetření pro všechny klinické odbornosti při přijetí pacientů do ambulantní péče.
3. Vstupní vyšetření provádějí pouze osoby, které k tomu mají kompetence.

Vstupní vyšetření pacientů se provádějí v časovém intervalu stanoveném zařízením.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení naplní tento standard v případě, že stanoví časové intervaly pro provedení vstupních vyšetření. Tyto intervaly mohou být stanoveny paušálně nebo pro každou kategorii pacientů zvlášť. Zařízení dále zajistí, aby se vstupní vyšetření prováděla ve stanovených časových intervalech.

Indikátory standardu:

1. Zařízení stanoví časové intervaly pro provedení vstupních vyšetření.
2. Vstupní vyšetření se provádějí a dokumentují ve stanovených časových intervalech.

U vybraných skupin pacientů je při přijetí k hospitalizaci a do ambulantního sledování provedeno zhodnocení nutričního stavu a soběstačnosti.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení definuje skupiny pacientů, u nichž je nutné zhodnotit nutriční stav a soběstačnost¹⁷. Pro tyto pacienty zařízení vypracuje skrínigová kritéria, na jejichž základě se u přijímaných pacientů hodnotí nutriční stav a stupeň soběstačnosti. V případě, že na základě těchto kritérií je identifikováno příslušné riziko, zajistí zařízení další vyšetření a péči – obvykle příslušným nelékařským pracovníkem (fyzioterapeut, nutriční terapeut) nebo týmem (viz též standardy č. 5.7 a 5.9). Zařízení rovněž stanoví časový interval, ve kterém musí být další potřebné vyšetření provedeno.

Indikátory standardu:

1. Zařízení stanoví, u kterých pacientů je nutné zhodnocení nutričního stavu a soběstačnosti.
2. Zařízení používá jednotná skrínigová kritéria pro hodnocení nutričního stavu a soběstačnosti u stanovených skupin pacientů.
3. Tato kritéria se aplikují na vybrané pacienty přijaté k hospitalizaci či do ambulantního sledování.
4. Pacientům, kteří byli na základě skrínigu vyhodnoceni jako riziková, se zajistí další odpovídající péče.

¹⁷ Mezi skupiny pacientů, u kterých je nutné hodnotit riziko malnutrice či snížené soběstačnosti, patří senioři, chronicky nemocní a další skupiny pacientů dle typu zdravotnického zařízení či jeho pracoviště.

Součástí vstupního vyšetření je u všech pacientů hodnocení bolesti.

Účel a naplnění standardu:

U všech pacientů se při přijetí hodnotí přítomnost bolesti – v případě, že pacient bolesti má, zajistí se jako součást vstupního vyšetření standardizované hodnocení bolesti. Zařízení naplní tento standard, když postup hodnocení bolesti upraví pro všechny kategorie pacientů (včetně dětí a osob, které nejsou schopny verbální komunikace) a zajistí příslušné skriningové nástroje – škály. Při vstupním hodnocení bolesti se zjišťuje typ bolesti, její intenzita, lokalizace, frekvence a délka trvání. Na základě vstupního hodnocení se pak provádí léčba a sledování bolesti (viz standard č. 5.8).

Indikátory standardu:

1. U všech pacientů se při přijetí hodnotí přítomnost bolesti.
2. U pacientů s bolestí se provede úplné hodnocení bolesti odpovídající věku a celkovému stavu pacienta; přitom se hodnotí intenzita bolesti, její typ, lokalizace, frekvence a délka trvání.
3. Hodnocení bolesti se dokumentuje.

Na základě vstupního vyšetření se plánuje propuštění pacienta.

Účel a naplnění standardu:

Součástí vstupního vyšetření u hospitalizovaných pacientů je stanovení plánované délky hospitalizace (v týdnech). Cílem plánování je zajistit potřeby pacienta po propuštění v závislosti na jeho onemocnění či úrazu. Zařízení může stanovit, u kterých kategorií pacientů se plánování propuštění provádí (např. míry soběstačnosti, potřeb lékařské či ošetrovatelské péče apod.).

Plánování propuštění může mít různé formy – například kontakt s agenturou domácí péče, kontakt s komunitními službami, zajištění umístění pacienta v zařízení následné péče či edukaci jeho blízkých o provádění ošetrovatelských výkonů.

Indikátory standardu:

1. Zařízení stanoví vnitřním předpisem, u kterých kategorií pacientů se provádí plánování propuštění.
2. Plánování propuštění pacientů je zahájeno bezprostředně po jejich přijetí k hospitalizaci.

U všech hospitalizovaných pacientů se provádí a dokumentuje pravidelné přehodnocení jejich stavu.

Účel a naplnění standardu:

Pravidelné přehodnocení stavu pacientů (vizity lékařů či nelékařských zdravotnických pracovníků) slouží ke sledování vývoje onemocnění a posouzení účinnosti léčby. Zařízení stanoví vnitřním předpisem minimální intervaly a rozsah tohoto přehodnocení – v praxi tyto intervaly a rozsah odpovídají typu pracoviště (JIP vs. standardní oddělení, rehabilitační oddělení, oddělení dlouhodobé péče) – a situace, při kterých se provádí (změna stavu pacienta). Přehodnocení stavu se dokumentuje.

Zařízení dále určí vnitřním předpisem pravidla, na základě kterých ošetrovatelský nebo jiný personál jednoznačně posoudí nutnost vyšetření pacienta lékařem mimo stanovený interval pravidelných vizit. Toho lze docílit například vytvořením objektivních kritérií určujících stav pacienta, při jejichž naplnění je zprostředkován kontakt lékaře.

Indikátory standardu:

1. Zařízení stanoví vnitřním předpisem minimální intervaly a rozsah přehodnocování stavu pacientů.
2. Zařízení vnitřním předpisem stanoví a dodržuje pravidla, na základě kterých ošetrovatelský nebo jiný personál jednoznačně posoudí nutnost vyšetření pacienta lékařem mimo stanovený interval pravidelných vizit.
3. Pacienti jsou vyšetřováni minimálně ve stanovených intervalech a rozsahu.
4. Vyšetření se zaznamenávají do dokumentace.

Organizace a dostupnost laboratorních služeb odpovídá potřebám pacientů a požadavkům národní legislativy a národních či odborných standardů zařízení.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení zajistí takovou dostupnost laboratorních služeb, která odpovídá potřebám jejich pacientů. Tyto služby poskytuje buď sama, nebo je zajistí dodavatelsky, a to včetně služeb v pohotovostním režimu.

Pokud jsou laboratorní služby zajišťovány dodavatelsky, má zařízení k dispozici informaci o výsledcích systémů externí kontroly kvality v dodavatelské laboratoři (například z webové stránky laboratoře). Zařízení zpracuje seznam laboratorních služeb poskytovaných pacientům (včetně služeb externích laboratoří) s uvedením popisu preanalytické fáze a referenčních hodnot pro jednotlivé analyty.

Indikátory standardu:

1. Laboratorní služby jsou poskytovány v souladu s požadavky národní legislativy a národních či odborných standardů zařízení.¹⁸
2. Laboratorní služby dostupné pacientům zařízení odpovídají jejich potřebám.
3. Zařízení má zpracovaný přehled všech laboratorních vyšetření standardně poskytovaných pacientům s popisem preanalytické fáze a uvedením referenčních hodnot.
4. V laboratoři je zaveden systém řízení kvality.

¹⁸ viz § 11 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; vyhláška MZ č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

Výsledky laboratorních vyšetření jsou dostupné v časovém limitu stanoveném zařízením. Kritické hodnoty výsledků jsou aktivně hlášeny.

Účel a naplnění standardu:

Pro zajištění efektivní péče o pacienty je nutné znát časovou dostupnost výsledků laboratorních vyšetření. Zařízení splní požadavek tohoto standardu vytvořením přehledné informace (např. elektronické databáze), která bude obsahovat přehled všech laboratorních vyšetření poskytovaných pacientům (tedy nikoli pouze přehled vyšetření prováděných vlastní laboratoří) s uvedením časové dostupnosti výsledků vyšetření – pokud je dané vyšetření prováděno v rutinním i urgentním režimu, uvádí se časová dostupnost pro každý z režimů.

Zařízení dále naplní tento standard stanovením spektra kritických hodnot výsledků vybraných laboratorních vyšetření a popisem postupu hlášení těchto hodnot z laboratoře na klinická pracoviště. Zároveň zařízení stanoví účinný systém, zajišťující předání informace o hlášené kritické laboratorní hodnotě lékaři a řešení této situace, včetně záznamu do dokumentace (reakce pracovníků, chyba výsledku, kontrolní odběr apod.). Při hlášení kritických hodnot výsledků se dodržuje postup upravený resortním bezpečnostním cílem č. 6.

Indikátory standardu:

1. Zařízení stanoví časovou dostupnost laboratorních vyšetření.
2. Výsledky laboratorních vyšetření jsou dostupné ve stanoveném čase.
3. Zařízení definuje kritické hodnoty výsledků vybraných laboratorních vyšetření.
4. Zařízení stanoví, kdo a komu hlásí kritické hodnoty výsledků laboratorních vyšetření a jak se tyto výsledky dokumentují a postup při řešení nahlášené kritické hodnoty.
5. Kritické hodnoty jsou aktivně hlášeny a účinně řešeny

V zařízení se manipuluje s laboratorními vzorky dle stanovených postupů.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení stanoví jednotné postupy pro objednávání laboratorních vyšetření, identifikaci laboratorních vzorků, jejich odběr, transport, skladování a uchovávání.

Indikátory standardu:

1. Zařízení zavede do praxe standardizovaný postup pro objednávání laboratorních vyšetření.
2. Zařízení zavede do praxe standardizovaný postup pro identifikaci laboratorních vzorků a jejich odběr.
3. Zařízení zavede do praxe standardizovaný postup pro transport, skladování a uchovávání laboratorních vzorků.

Organizace a dostupnost radiodiagnostických služeb a zobrazovacích vyšetření odpovídá potřebám pacientů a požadavkům národní legislativy a národních či odborných standardů zařízení.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení tento standard naplní vypracováním a zveřejněním spektra prováděných zobrazovacích vyšetření a dostupnosti jejich výsledků v čase.

Zařízení má k dispozici výsledky kontrolních šetření Státního úřadu pro jadernou bezpečnost (SÚJB) a předloží jejich závěry včetně popisu provedených nápravných opatření.

Indikátory standardu:

1. Zobrazovací metody jsou poskytovány v souladu s požadavky národní legislativy a národních či odborných standardů zařízení.¹⁹
2. Zařízení vypracuje přehled zobrazovacích vyšetření zajišťovaných pro pacienty včetně vyšetření zajišťovaných extramurálně.
3. Zařízení stanoví časový interval dostupnosti výsledků zobrazovacích vyšetření.
4. Výsledky zobrazovacích vyšetření jsou dostupné ve stanoveném časovém intervalu.

¹⁹ viz § 11 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; vyhláška MZ č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.



Terapeutická péče

Pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče.

Účel a naplnění standardu:

Tento standard vyžaduje, aby u každého přijatého pacienta v čase přijetí byla stanovena pracovní diagnóza (pracovní diagnózy) a z ní vyplývající plán diagnostických postupů (laboratorní, zobrazovací, konziliární vyšetření), terapeutických opatření a ošetrovatelské péče včetně režimových opatření.

K naplnění standardu není třeba vypracovávat vnitřní předpis, je však nutné zajistit realizaci požadavků standardu, a to jak u pacientů přijímaných akutně, tak u pacientů objednaných k přijetí. V dokumentaci pacientů není nutno určitou část explicitně označit jako „plán péče“, ze záznamů musí však vyplývat, že péče pro daného pacienta se při přijetí plánuje a že se plán péče upravuje v závislosti na změnách zdravotního stavu pacienta a s ohledem na průběžně získávané výsledky provedených vyšetření.

Plán ošetrovatelské péče představuje společně s další ošetrovatelskou dokumentací doklad o kvalitě a kvantitě, vhodnosti a přiměřenosti ošetrovatelské péče poskytované danému pacientovi.

Indikátory standardu:

1. V dokumentaci pacientů při přijetí je uveden plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče.
2. Tento plán se naplňuje, upravuje a vyhodnocuje v závislosti na vývoji zdravotního stavu pacienta.

Při poskytování péče pacientům dochází k její integraci.

Účel a naplnění standardu:

Účelem tohoto standardu je zajistit integraci výsledků vyšetření a poskytované péče mezi jednotlivými poskytovateli (lékaři různých specializací, sestrami a dalšími nelékařskými pracovníky). Forma integrace a její intenzita závisí na závažnosti klinického stavu – v každém případě však musí být zjevné, že péče se pacientům poskytuje koordinovaně. Pokud probíhá integrace formalizovaně – např. mezioborové týmy, indikační vizity apod. – dokumentuje se ve zdravotnické dokumentaci pacientů.

Indikátory standardu:

1. Při plánování péče o pacienty dochází k její integraci mezi jednotlivými poskytovateli.
2. Pokud probíhá integrace formalizovaným způsobem, zaznamená se do zdravotnické dokumentace.

Ošetrovatelská péče se v zařízení poskytuje metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací.

Účel a naplnění standardu:

Nelékařský zdravotnický pracovník poskytuje ošetrovatelskou péči, aktivně vyhledává a uspokojuje biologické, psychické, sociální, spirituální a případně další specifické potřeby pacienta v péči o jeho zdraví. Plánují ošetrovatelskou péči a stanovují priority, což je průkazné ve zdravotnické dokumentaci²⁰.

Indikátory standardu:

1. Zařízení má stanoven systém ošetrovatelské péče.
2. Hlavní pracovní metodou nelékařských zdravotnických pracovníků v zařízení je ošetrovatelský proces.
3. Ošetrovatelská péče je poskytována v souladu s ošetrovatelskými standardy, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení.
4. Stanovený systém se dodržuje.

²⁰ viz též příloha č. 1 bod č. 11 vyhlášky MZ č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Zařízení zavede účinný postup provádění kardiopulmonální resuscitace.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení vytvoří vnitřní předpis, který stanoví, jaké přístroje, zdravotnické prostředky a léky k neodkladné kardiopulmonální resuscitaci (KPR) jsou bezprostředně dostupné na jednotlivých pracovištích (lůžkových jednotkách i ambulancích). Spektrum tohoto vybavení záleží na rozhodnutí vedení zařízení a jednotlivých pracovišť a musí vycházet ze spektra pacientů, které dané pracoviště převážně ošetřuje.

Kromě vybavení rovněž zařízení stanoví vnitřním předpisem, jak probíhá případná resuscitace organizačně (kdo ji zajišťuje pro jednotlivá pracoviště, jaké jsou telefonní kontakty atd.)

Zařízení dále upraví rozsah a frekvenci školení jednotlivých skupin pracovníků v KPR a to minimálně v rozsahu metodiky BLS.²¹ Toto proškolení se vždy týká zdravotnických pracovníků a dle rozhodnutí vedení zařízení i dalších zaměstnanců. Zvláštní pozornost je věnována včasnému proškolení nově nastupujících zaměstnanců.

Indikátory standardu:

1. Zařízení má vnitřní předpis, kterým upraví vybavení jednotlivých oddělení přístroji, pomůckami a léky k neodkladné KPR, praxe v zařízení je v souladu s předpisem.
2. Zařízení upraví vnitřním předpisem organizační aspekty provádění resuscitace, praxe v zařízení je v souladu s vnitřním předpisem.
3. Zařízení stanoví rozsah a frekvenci školení jednotlivých skupin pracovníků v KPR.
4. Pracovníci jsou proškoleni v KPR podle požadavků vnitřního předpisu.
5. Léky a pomůcky pro neodkladnou péči jsou trvale dosažitelné na pracovištích, počet balení léků a jejich expirační doby a funkčnost a expirační doby pomůcek kontroluje pověřený pracovník minimálně jedenkrát týdně a o provedené kontrole učiní zápis.
6. Zařízení zajistí dostupnost KPR pro pacienty, pracovníky a další osoby ve všech svých prostorách.

²¹ viz například www.cprguidelines.eu nebo www.resuscitace.cz

Na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a podávání stravy a výživových produktů.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení upraví vnitřním předpisem postup při přípravě, skladování, distribuci a vydávání stravy a výživových produktů včetně stanovení konkrétní odpovědnosti jednotlivých pracovníků.

Pokud je některá z výše uvedených činností zajišťována dodavatelem, je popsána úprava součástí smlouvy zařízení s dodavatelem – tuto smlouvu zařízení při akreditačním šetření předloží.

Veškeré uvedené kroky jsou v souladu s národní legislativou.

Indikátory standardu:

1. Zařízení upraví vnitřním předpisem postup při přípravě, skladování, distribuci a vydávání stravy a výživových produktů včetně stanovení konkrétní odpovědnosti jednotlivých pracovníků.
2. Tento předpis se vztahuje i na činnosti zajišťované externím dodavatelem.
3. Tento předpis se v zařízení dodržuje.

Strava pro pacienty se v zařízení podává bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným pro každé oddělení a schváleným nutričním terapeutem.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení naplní tento standard zpracováním vnitřního předpisu upravujícího podávání stravy pacientům.

Tento předpis určí, které osoby jednotlivé diety, případně formy výživy parenterální či enterální pacientům ordinují (obvykle ošetřující lékař), které osoby rozhodují o formě a skladbě stravy v souladu s ordinací lékaře (nutriční terapeuti). Obsahem je také postup realizace organizačních opatření a odpovědnosti jednotlivých osob za jejich správnou realizaci. Vzhledem k neexistenci jednotného závazného dietního systému pro zařízení by přílohou vnitřního předpisu měl být výčet diet – vlastní dietní systém daného zařízení s jejich jasnou specifikací názvem i nutriční hodnotou. Tento systém diet musí odpovídat potřebám pacientů daného zařízení, druhu poskytované léčby a soudobým nutričním požadavkům.

Vnitřní předpis upravuje minimálně následující oblasti:

- a. určení osob odpovědných za ordinaci stravy pacientům;
- b. určení osob odpovědných za podávání stravy a kontrolu stravovacího režimu pacientů;
- c. určení osob rozhodujících o formě a skladbě stravy v souladu s ordinací lékaře (obvykle nutriční terapeuti);
- d. stanovení aktuálního seznamu používaných diet s jejich slovní a nutriční charakteristikou s tím, že tento seznam se aktualizuje minimálně 1x za 3 roky;
- e. postup při méně obvyklých situacích (potřeba speciální diety v mimopracovní době apod.);
- f. postup při skladování potravin donesených pacienty nebo jejich blízkými včetně způsobu kontroly potravin pracovníky zařízení z hlediska dietních omezení pacienta stanovených lékařem a postupu vyřazování problematických potravin.

Zařízením předpisem stanoví i způsob skladování stravy donesené pacienty nebo jejich blízkými. Tato úprava uplatní principy bezpečného skladování potravin a musí vyloučit skladování nevhodných potravin (například potraviny s prošlou záruční lhůtou, potraviny s viditelnou vadou) včetně odpovědností. Součástí této úpravy je povinnost srozumitelnou písemnou formou poskytnout pacientům i jejich blízkým jednoznačnou a obecnou informaci o vhodnosti či nevhodnosti některých pokrmů a potravin a podmínkách jejich uskladnění v zařízení a dále postup pracovníků při poučení

pacientů (resp. jejich blízkých) o druzích potravin, které je možno v zařízení skladovat i o omezeních uplatňovaných na problematické potraviny.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení má vypracovaný vnitřní předpis upravující postup při objednávání a podávání stravy pacientům minimálně v rozsahu písmen a) až f) účelu standardu.
2. Pacienti dostávají stravu, která odpovídá jejich zdravotnímu stavu a nutričním a spirituálním potřebám a individuálním zvyklostem.
3. Vnitřní předpis o postupu při objednávání a podávání stravy pacientům se dodržuje.

Pacienti v nutričním riziku mají zajištěnu odpovídající péči.

Účel a naplnění standardu:

V rámci vstupního vyšetření se hodnotí nutriční riziko (viz standard 4.5) u všech pacientů. Pacienti identifikovaní jako nutričně riziková, a to jak v rámci příjmového vyšetření, tak v průběhu hospitalizace (například po operaci) jsou v časovém intervalu stanoveném zařízením vyšetřeni nutričním terapeutem, případně lékařem s příslušnou kompetencí. Výsledky vyšetření jsou zaznamenány v dokumentaci a na jejich podkladě je stanoven plán nutriční péče a její cíl. Vývoj nutričního stavu takového pacienta je sledován, opakovaně revidován a dokumentován.

Indikátory standardu:

1. Pacienti, u kterých bylo identifikováno nutriční riziko, mají stanoven plán a cíl nutriční péče, včetně odpovídající nutriční léčby.
2. Reakce na nutriční léčbu se sleduje a pravidelně dokumentuje.
3. Nutriční péče je realizována multiprofesně.
4. Zařízení vzdělává své pracovníky v oblasti identifikace nutričního rizika.

Zařízení má zaveden účinný systém léčby bolesti.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení respektuje právo pacientů na účinné hodnocení bolesti a léčbu bolesti. Zařízení vnitřním předpisem stanoví postupy zaměřené na vyhodnocení a léčbu zahrnující minimálně následující body:

- a. postup při identifikaci bolesti u pacientů při vstupním vyšetření a při přehodnocení stavu pacientů;
- b. zajištění léčby bolesti v souladu s ostatními vnitřními předpisy zařízení;
- c. přehodnocování bolesti, vyhodnocování účinnosti léčby bolesti;
- d. edukace pacientů a jejich blízkých o léčbě bolesti;
- e. vzdělávání pracovníků zařízení v oblasti identifikace a léčby bolesti.

Indikátory standardu:

1. Zařízení má zavedený postup pro identifikaci pacientů s bolestí minimálně v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu.
2. Pacientům s bolestí se poskytuje odpovídající léčba.
3. Zařízení má zaveden postup pro edukaci pacientů a jejich blízkých o léčbě bolesti.
4. Zařízení vzdělává své pracovníky v oblasti identifikace a léčby bolesti.

Zařízení má zaveden účinný systém léčebné rehabilitační péče.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení respektuje právo pacientů na účinnou rehabilitaci, na základě jejich potřeb jim zajišťuje léčebně rehabilitační péči v návaznosti na poskytovanou lůžkovou zdravotní péči. Zařízení vnitřním předpisem stanoví postupy zaměřené na minimálně následující body:

- a. zpracování plánu léčebně rehabilitační péče pro pacienty s potřebou této péče včetně stanovení intervalů jeho přehodnocení;
- b. seznámení pacienta a zdravotnických pracovníků s plánem léčebně rehabilitační péče a jejího vyhodnocování;
- c. edukace pacientů a jejich blízkých o rehabilitačních postupech;
- d. vzdělávání pracovníků zařízení v oblasti procesu rehabilitace a rehabilitačního ošetřování.

Indikátory standardu:

1. Pacientům, u nichž je potřeba léčebné rehabilitační péče, je tato péče zajištěna.
2. Vnitřní předpis upravující organizaci léčebné rehabilitační péče v zařízení obsahuje alespoň body a) až d) uvedené v účelu.
3. Léčebně rehabilitační péče se plánuje a plán se pravidelně vyhodnocuje.
4. Zařízení má zaveden proces pro edukaci pacientů a jejich blízkých o rehabilitačních postupech.
5. Zařízení vzdělává své pracovníky v oblasti rehabilitace a rehabilitačního ošetřování.

Anesteziologická dokumentace a dokumentace provedených výkonů u pacientů obsahuje informace o provedených vyšetřeních před výkonem, o provedeném výkonu a životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infuzí), o aplikaci krve a krevních derivátů a všech komplikacích a jiných závažných okolnostech.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení naplní tento standard vypracováním vnitřního předpisu upravujícího postup při vyšetření pacientů před výkony v celkové anestezii, přičemž rozsah předanestetického vyšetření musí vycházet z metodického doporučení, může stanovit podmínky nad rámec této metodiky, nesmí ale být mírnější.

Dále zařízení upraví rozsah, včasnost a formu pooperační dokumentace, zejména zprávy o výkonu, monitorování životně důležitých funkcí, stavu vědomí, dokumentace podaných léčivých přípravků, krve a krevních derivátů a dokumentace všech komplikací a jiných závažných okolností.

Indikátory standardu:

1. Zařízení má vnitřní předpis upravující postup při předanestetickém vyšetření pacientů, který stanoví rozsah a obsah vyšetření minimálně na úrovni metodického doporučení.
2. Tento předpis dále stanoví rozsah vyšetření pacienta bezprostředně před jeho uvedením do anestezie a způsob dokumentace tohoto vyšetření. Praxe v zařízení je v souladu s předpisem.
3. Pacient, u kterého je plánován diagnostický či terapeutický výkon v celkové anestezii, má provedeno předanestetické vyšetření minimálně v rozsahu určeném odpovídajícím lékařem-odborníkem, které je v souladu s metodickým doporučením České společnosti anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny^{22,23}) a v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem zařízení/oddělení.
4. Rozsah a forma pooperační dokumentace jsou součástí vnitřního předpisu o zdravotnické dokumentaci.
5. Pooperační dokumentace obsahuje informace o provedeném výkonu, životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infuzí), o aplikaci krve a krevních derivátů a všech nezvyklých komplikacích a jiných závažných okolnostech.
6. Úplnost pooperační dokumentace je součástí pravidelné kontroly zdravotnické dokumentace.

²² Doporučený postup vyšetření před diagnostickými nebo léčebnými výkony operační a neoperační povahy s požadavkem anesteziologické péče (tzv. předanestetické vyšetření).

²³ Doporučení sekce dětské anestezie a intenzivní medicíny při ČSARIM – vyšetření dětského pacienta před výkonem v celkové anestezii.

VI.

Objednávání, předepisování a podávání léků⁰ a léčiv²⁴

²⁴ V celém textu standardů používáme termín „léky“ jak pro léky, tak léčiva a léčivé přípravky včetně krve a krevních derivátů.

Léky jsou správně a bezpečně skladovány.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení zajistí správné a bezpečné skladování léků ve všech skladovacích prostorách (lékárna, příruční sklady na pracovištích, příruční lékárny na jednotlivých pracovištích apod.). Zařízení naplní podmínku bezpečného a správného skladování splněním následujících podmínek:

- a. léky jsou skladovány za podmínek předepsaných výrobcem;
- b. návykové látky jsou skladovány za podmínek stanovených příslušnou legislativou;
- c. všechny léky a chemické látky, z nichž se léky připravují, jsou řádně označeny názvem, datem expirace a případným upozorněním na potenciální rizika;
- d. v prostorách, kde jsou skladovány léky, probíhají pravidelné kontroly zaměřené na dodržení skladovacích podmínek;
- e. zařízení stanoví vnitřním předpisem, jak jsou označovány a skladovány léky vnesené pacienty.

Indikátory standardu:

1. Léky jsou skladovány za podmínek předepsaných výrobcem.
2. Návykové látky jsou skladovány v souladu s příslušnou legislativou.²⁵
3. Léky a suroviny pro přípravu léků jsou označeny názvem, datem expirace a případným upozorněním na potenciální rizika.
4. Léky vnesené pacienty jsou označovány a skladovány v souladu s příslušným vnitřním předpisem.

²⁵ viz § 10 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách.

Objednávání, předepisování a podávání léků probíhá v zařízení dle stanovených postupů.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení naplní tento standard, pokud vypracuje vnitřní předpis, který v souladu s platnou legislativou upraví konkrétní postupy při objednávání, předepisování a podávání léků. Přitom nestačí pouhý odkaz na příslušný obecně platný či resortní předpis, je nutno specifikovat, jak je aplikován v daném zařízení.

Vnitřní předpis upraví způsob objednávání léků pro pacienty zařízení, a to včetně neobvyklých situací. Součástí vnitřního předpisu je dále úprava předepisování (ordinování) léků a úprava postupu při jejich podávání.

Předpis stanoví, kteří lékaři jsou oprávněni léky ordinovat (možno např. omezit předepisování návykových látek na určitý kvalifikační stupeň), zda jsou oprávněni ordinovat léky i lékaři, kteří jsou v příslušném zařízení na stáži. Předpis dále stanoví, které osoby jsou oprávněny léky pacientům podávat a jaké jsou požadavky na jejich odbornou či specializovanou způsobilost; přitom lze specificky upravit podávání některých skupin léků (opiáty) či podávání léků některým skupinám pacientů (děti, oslabení senioři, psychiatričtí pacienti). Předpis rovněž stanoví postup při používání neregistrovaných léků, postup hlášení zaznamenaných závažných nežádoucích účinků léků, neočekávaných nežádoucích účinků léků a v případě potřeby i pokyny pro způsob podávání léků, který není uveden v SPC (Summary Product Content = souhrn údajů o přípravku), např. drcení a pülání tablet, které by bylo v rozporu s SPC.

Indikátory standardu:

1. Zařízení má vypracovaný vnitřní předpis upravující postupy při předepisování a podávání léků.
2. Součástí předpisu je postup při hlášení nežádoucích účinků léků.
3. Pouze osoby uvedené v předpisu ordinují pacientům léky.
4. Pouze osoby uvedené v předpisu podávají léky pacientům.
5. Tento předpis se dodržuje.

Zařízení stanoví minimální náležitosti úplné ordinace léku pro hospitalizované pacienty.

Účel a naplnění standardu:

Zatímco náležitosti ambulantní preskripce jsou přesně upraveny²⁶, formální náležitosti ordinace léku pro hospitalizované pacienty (v dekuru či medikačním listu) musí být specificky upraveny vnitřním předpisem zařízení s cílem eliminovat variabilitu při ordinacích a zvýšit bezpečnost pacientů. Vnitřní předpis upravuje minimálně následující oblasti:

- a. minimální rozsah údajů nutných k identifikaci pacientů;
- b. minimální náležitosti ordinace;
- c. postup při provádění generické záměny léků ordinovaných na lůžkovém pracovišti;
- d. postup při podmíněné ordinaci léků („podle potřeby“);
- e. postup zajišťující bezpečnost při objednávání a skladování léků s podobnými názvy či podobným obalem;
- f. postup v případě, že je ordinace neúplná, nečitelná či nejasná;
- g. další typy povolených ordinací (např. ordinace s terapeutickým rozptylem);
- h. postup při ústních či telefonních ordinacích (viz Resortní bezpečnostní cíl č. 6);
- i. ordinace, které se vždy vztahují k váze pacienta či k tělesnému povrchu (například ordinace léků pro malé děti či ordinace cytostatik).

Indikátory standardu:

1. Zařízení upraví vnitřním předpisem alespoň oblasti uvedené pod písmeny a) až i) v účelu tohoto standardu.
2. Ordinace léků se v zařízení provádějí v souladu s vnitřním předpisem.

²⁶viz vyhláška MZ č. 54/2008 Sb. v platném znění, o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů

Léky se pacientům podávají podle ordinace.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení zajistí, aby při podávání léků proběhly následující postupy:

- ověření názvu léku s ordinací;
- ověření času a frekvence podání s ordinací;
- ověření dávky s ordinací;
- ověření aplikační cesty s ordinací;
- ověření identifikace pacienta (viz Resortní bezpečnostní cíl č. 1).

Konkrétní postup ověřování stanoví vnitřní předpis. Ordinací se myslí vždy původní ordinace lékaře.

Indikátory standardu:

- Při podávání léků se ověřují jejich názvy s ordinací.
- Při podávání léků se ověřuje podávaná dávka s ordinací.
- Při podávání léků se ověřuje aplikační cesta s ordinací.
- Léky se podávají v předepsaných časech.
- Léky se podávají v souladu s ordinací a podání se dokumentuje.²⁷

²⁷ viz § 1 odst. 2. písm. e) vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Skladování a užívání léků donesených do zařízení pacienty nebo jejich blízkými a manipulace s bezplatnými vzorky léků probíhají v souladu s legislativou a vnitřními předpisy zařízení.

Účel a naplnění standardu:

K účelné kontrole postupu užívání léků v zařízení je třeba vědět, zda se užívají léky z jiných zdrojů, než je standardní způsob jejich dodávky na pracoviště. Ošetřující lékaři vědí, jaké léky si pacienti nebo jejich blízcí přinášejí s sebou do zařízení a pokud jejich užívání schválí, zaznamenají je do dokumentace. Pokud pacient užívá některé léky sám (obvykle tzv. „SOS léky“), ví o tom jeho ošetřující lékař a zaznamená tento fakt do dokumentace. Vnitřní předpis též stanoví postup při převzetí léků vnesených pacientem. Zařízení zajistí manipulaci s bezplatně dodávanými vzorky léků v souladu s platnou legislativou.²⁸

Indikátory standardu:

1. Zařízení upraví v souladu s legislativou vnitřním předpisem postup při užívání léků pacienty samotnými a evidenci a případné užívání léků, které s sebou do zařízení přinášejí pacienti.
2. Zařízení upraví v souladu s legislativou vnitřním předpisem užívání bezplatných vzorků léků.
3. Nakládání s léky přinesenými pacienty probíhá dle vnitřního předpisu.
4. Nakládání s bezplatnými vzorky léků probíhá dle vnitřního předpisu.

²⁸ viz. § 5 odst. 1 písm. b) zákona č. 40/1995 Sb. o regulaci reklamy; pokyn SÚKL UST 23 verze 2, poskytování reklamních vzorků humánních léčivých přípravků.

VII.

Hygiena prostředí a protiepidemická opatření

Zařízení má vytvořen a zaveden do praxe koordinační postup k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, program ke snížení rizik nozokomiálních infekcí pacientů a profesionálních infekcí pracovníků.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení naplní tento standard vytvořením programu kontroly infekcí, který zahrnuje způsob a rozsah hlášení infekčních onemocnění, systém sledování a evidence nozokomiálních infekcí a profesionálních infekcí pracovníků. Program musí být komplexní a musí zahrnovat jak problematiku péče o pacienta, tak oblast zdraví pracovníků a začleňuje všechny prostory zařízení sloužící pacientům, pracovníkům a návštěvám. Program kontroly nozokomiálních a profesionálních infekcí úzce souvisí s lékařskou a ošetrovatelskou péčí a dalšími činnostmi v rámci zařízení a je nezbytné, aby se na koordinaci podíleli zástupci lékařů a ošetrovatelské péče. Dozorem nad programem kontroly nozokomiálních a profesionálních infekcí (sběr dat, předávání hlášení, kontakt s orgánem veřejného zdraví) je pověřen jeden pracovník. Výsledky monitoringu nozokomiálních a profesionálních infekcí jsou pravidelně sdělovány lékařům, sestřám a ostatním zaměstnancům. Všichni pracovníci mají orientační přehled o postupu, způsobu hlášení a evidenci infekčních onemocnění, nozokomiálních a profesionálních infekcí. V souladu s platnou legislativou zařízení spolupracuje s orgánem ochrany veřejného zdraví a předkládá mu zprávy o výskytu infekčních onemocnění a opatření ke snížení rizik a profesionálních infekcí v zařízení.

Indikátory standardu:

1. Zařízení hlásí výskyt infekčních onemocnění v souladu s platnou legislativou.²⁹
2. Zařízení sleduje výskyt všech nozokomiálních infekcí v souladu s platnou legislativou.³⁰
3. Zařízení sleduje výskyt všech profesionálních infekcí v souladu s platnou legislativou.
4. Zařízení provádí opatření ke snížení vzniku a šíření infekčních onemocnění, snížení rizik nozokomiálních a profesionálních infekcí.³¹

²⁹ viz § 16 odst. 2 písm. b) zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veř. zdraví; § 2 vyhlášky MZ 195/2005 Sb.

³⁰ viz § 16 odst. 2 písm. a) zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veř. zdraví

³¹ viz § 47 odst. 4. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování;

§ 15 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veř. zdraví

Zařízení dodržuje hygienické požadavky pro příjem fyzických osob do zařízení a jejich ošetřování.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení je povinno dodržovat hygienické požadavky při příjmu a ošetřování fyzických osob v souladu s platnou legislativou.³² Dodržováním správných postupů, hygienických zásad a hygienicko-epidemiologického režimu zařízení redukuje výskyt nozokomiálních infekcí a zvyšuje kvalitu péče a bezpečí pacienta. Zařízení naplní tento standard zakotvením hygienických požadavků a postupů do vnitřních předpisů jednotlivých oddělení a pracovišť zařízení nebo do provozních řádů, vždy s přihlédnutím k charakteru a rozsahu činnosti a formě poskytované zdravotní péče:

- a. příjem, ošetření a umístění fyzických osob podle zdravotního stavu;
- b. zásady ukládání oděvů a obuvi fyzických osob;
- c. péče o fyzické osoby s rizikovými faktory;
- d. zajištění dohledu nad dodržováním zásad osobní hygieny fyzických osob (upoutané na lůžko, nepohyblivé, částečně omezené, před operačními výkony a po operačních výkonech);
- e. zásady bariérové ošetrovací techniky;
- f. zásady izolačního opatření v případě výskytu infekce (např. MRSA, *Clostridium difficile*, multirezistentní mikroorganismy atd.);
- g. zásady opakovaného používání zdravotnických prostředků (dezinfekce, čištění, sterilizace);
- h. zásady asepsy a antisepsy;
- i. zásady používání nástrojů a pomůcek k parenterálním výkonům;
- j. dodržování hygienických požadavků zdravotnických pracovníků (používání ochranných prostředků ve vztahu k výkonu, zátěži a riziku pacienta, úprava nehtů, nošení šperků, mytí a dezinfekce rukou, zásady hygienických opatření při vstupu do operačních traktů – vstup do filtrů, hygiena rukou před oblékáním do sálového oděvu, ústenka, čepice, chirurgická dezinfekce rukou);
- k. návštěvy (řízeny s ohledem na provoz, zaměření pracoviště, stav pacienta).

³² viz § 17 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví; § 7 vyhlášky MZ č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení má vypracované vnitřní předpisy hygienických požadavků a postupů jednotlivých oddělení a pracovišť nebo provozní řády vždy s přihlédnutím k charakteru a rozsahu činnosti a formě poskytované zdravotní péče minimálně v rozsahu písmen a) až k) účelu standardu.
2. Provozní řád a vnitřní předpisy hygienických požadavků a postupů se dodržují.

Zařízení 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.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení stanoví místa a činnosti, kde je předpoklad velkého výskytu nebo rizika infekce a kde to vyžaduje platná legislativa, a vypracuje jednotné postupy, které popíše ve vnitřním předpisu zařízení nebo v provozních řádech jednotlivých oddělení nebo pracovišť. Riziková místa a činnosti hygienicko-epidemiologicky významné jsou v zařízení pravidelně kontrolována a stanovené postupy a metody se dodržují.

Mezi tyto oblasti a činnosti patří:

- a. hygiena rukou;
- b. nakládání s odpady;
- c. manipulace s použitým prádlem;
- d. poranění o použitou jehlu, kontaminovanou pomůcku, expozice biologickému materiálu;
- e. odběr a manipulace s biologickým materiálem;
- f. ochranná dezinsekce, deratizace;
- g. úklid a malování;
- h. zásady dezinfekce a dvoustupňové dezinfekce;
- i. zásady sterilizace, vyššího stupně dezinfekce a její kontroly;
- j. manipulace se stravou;
- k. postupy a opatření na prevenci legionelózy.

Indikátory standardu:

1. Zařízení stanoví metody a postupy, které jsou spojeny s rizikem infekce a určí jednotné postupy za účelem snižování rizika infekce.
2. Mezi tyto postupy patří minimálně oblasti uvedené v písmenech a) až k) účelu standardu.
3. Stanovené postupy a metody se dodržují.
4. Stanovené postupy jsou v zařízení předmětem dohledu a kontroly.

Zařízení provádí školení personálu v oblasti hygienicko-epidemiologické problematiky.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení provádí v souladu s platnou legislativou průběžná školení pracovníků, např. v hygieně rukou, třídění a likvidaci odpadu, manipulaci s prádlem, stravování, úklidu, dezinfekci, sterilizaci, hlášení nozokomiálních nákaz. Tento standard naplní vypracováním vnitřních předpisů souvisejících s protiepidemickými opatřeními a průběžným školením kompetentních osob v této problematice personálem zařízení. Při posuzování shody se standardem bude vyžadováno předložení prezenční listiny či záznamu o provedených školeních (celoorganizační semináře, provozní schůzky, porady, semináře apod.).

Indikátory standardu:

1. Zařízení provádí školení v oblasti hygienicko-epidemiologických předpisů.
2. Do programu školení jsou zahrnuti lékaři, nelékařští pracovníci a další pracovníci.
3. Školení reaguje na významné změny v oblasti hygienických a epidemiologických požadavků na provoz zdravotnických zařízení v souladu s platnou legislativou.
4. Pracovníci znají a dodržují postupy, ve kterých jsou školeni.



Řízení a správa

Zařízení definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti, rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení a formy komunikace.

Účel a naplnění standardu:

Struktura zařízení, tedy vztahy nadřízenosti a podřízenosti, je jasně definována v organizačním řádu.

Vnitřní předpis zařízení jasně definuje pravomoci a povinnosti jednotlivých vedoucích pracovníků nebo formalizovaných skupin (např. komise pro účelnou farmakoterapii apod.).

Vnitřní předpis dále jasně definuje formy vertikální i horizontální komunikace mezi jednotlivými funkčními skupinami pracovníků. Jsou vymezeny především písemné formy této komunikace (příkazy, směrnice, zápisy apod.).

Zařízení aktualizuje svou organizační strukturu tak, aby trvale splňovala měnící se požadavky zřizovatele/statutárního orgánu/majitele a potřeby veřejnosti, které poskytuje zdravotní péči.

Zařízení určí nejdelší časový interval, po který je organizační řád platný, aniž by byl revidován.

Indikátory standardu:

1. Vnitřní předpis zařízení stanoví její organizační strukturu.
2. Vnitřní předpis zařízení stanoví pravomoci a povinnosti vedoucích pracovníků.
3. Vnitřní předpis zařízení definuje formy vnitřní komunikace.
4. Tento vnitřní předpis je pravidelně aktualizován.
5. Tento vnitřní předpis je aktuální a je dodržován.

Vedení zařízení ve spolupráci se zřizovatelem/statutárním orgánem/majitelem formuluje poslání, vizi a strategii zařízení na základě analýzy dostupných zdrojů a potřeb pacientů.

Účel a naplnění standardu:

Poslání, vize a strategie jsou stěžejní pro fungování organizace. Stanovují základní rámec pro operativní i dlouhodobé rozhodování vedoucích pracovníků, definují a sjednocují hodnoty a směr rozvoje. Posláním zařízení se rozumí nejen definice aktuálního spektra služeb, ale také hodnot společných pro všechny pracovníky a role, kterou zařízení zastává v kontextu regionu a komunity, ve které se nachází.

Vizi a strategii se rozumí nejvyšší a obecný soubor principů, v rámci kterých se uskutečňuje plánování a rozvoj zařízení. Vize a strategie by vždy měly vycházet na jedné straně z přání a ambicí správního orgánu a vrcholového vedení, na straně druhé z realisticky zhodnocených dostupných zdrojů (finančních, lidských, informačních a dalších) a faktorů (kulturních, regionálních, politických, společenských a dalších), které mají a budou mít vliv na fungování organizace. Zařízení by mělo integrovat řízení kvality a bezpečí do poslání i strategického plánování.

Indikátory standardu:

1. Vedení zařízení ve spolupráci se zřizovatelem/statutárním orgánem/majitelem pravidelně analyzuje dostupné zdroje.
2. Vedení zařízení ve spolupráci se zřizovatelem/statutárním orgánem/majitelem analyzuje potřeby pacientů.
3. Vedení zařízení ve spolupráci se zřizovatelem/statutárním orgánem/majitelem definuje poslání, vizi a strategii zařízení.
4. Poslání, vize a strategie zařízení jsou aktualizovány s ohledem na potřeby pacientů a dostupné zdroje.
5. Součástí poslání, vize a strategie zařízení je zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče.

Pracovníci zařízení dodržují obecně závazné předpisy – národní a oborovou legislativu. Zařízení má zavedený účinný postup zapracování změn v legislativě do vnitřních předpisů.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení tento standard naplní, když uvede všechny své vnitřní předpisy do souladu s legislativou a zavede takové postupy, které jí umožní reagovat na případné změny tak, aby trvale fungovalo dle platné legislativy.

Řešení, jak dosáhnout výše uvedeného, existuje mnoho. Volba účinného řešení musí vycházet z velikosti zařízení, spektra poskytovaných služeb a finančních možností.³³ Zařízení však vždy musí mít účinný postup sledování změn v legislativě a jejich zavedení do praxe.

K naplnění tohoto standardu zařízení prokáže, že její vedení pověřilo osobu či osoby (zaměstnance či smluvní třetí stranu) sledováním změn oborové legislativy a že příslušní vedoucí pracovníci jsou informováni o změnách v oborové legislativě a v rámci svých pravomocí spolupracují na změnách vnitřních předpisů dle identifikovaných změn legislativy. V rámci akreditačního šetření je prověřováno, zda výsledek tohoto postupu (aktuální vnitřní předpisy, informování vedoucích i řadových pracovníků) je uspokojivý (viz též standard číslo 9.4).

Indikátory standardu:

1. Vedení zařízení pověří osobu/osoby odpovědné za sledování změn aktuální legislativy.
2. V zařízení existuje postup zavedení těchto změn do vnitřních předpisů zařízení.
3. Tento postup je funkční. Vedoucí pracovníci ho umějí popsat.
4. Vnitřní předpisy zařízení a praxe jsou v souladu s platnou legislativou.

³³ Velká zařízení mohou mít celé právní oddělení, které má tuto agendu na starosti, v malých zařízeních se může jednat o jednoho pracovníka pověřeného na část úvazku. Častým řešením je též smluvní zajištění, kdy zařízení uzavře smlouvu na tyto služby s právníkem či advokátní kanceláří.

Vedení zařízení společně s vedoucími pracovníky všech pracovišť písemně definuje systém vnitřních předpisů.

Účel a naplnění standardu:

Vnitřní předpisy zařízení jsou nástrojem zajištění konzistentní praxe v manažerských i klinických oblastech. Vzhledem k velkému počtu činností, které jsou upraveny vnitřními předpisy, jejich vzájemnému propojení, nutnosti provádění změn a aktualizace vnitřních předpisů, je nezbytné, aby vedení zařízení společně se všemi pracovníky, kteří se na vzniku a implementaci vnitřních předpisů podílejí, písemně popsalo:

- a. typy vnitřních předpisů a rozsah jejich platnosti;
- b. způsob vzniku jednotlivých typů vnitřních předpisů;
- c. způsob schvalování a vydávání vnitřních předpisů odpovědnými osobami;
- d. maximální dobu platnosti a způsob aktualizace vnitřních předpisů;
- e. způsob implementace vnitřních předpisů včetně školení příslušných pracovníků;
- f. způsob, jakým je zajištěno, že v praxi se pracuje dle aktuálních a platných vnitřních předpisů a že tyto jsou dostupné pro všechny pracovníky, kterým jsou určeny;
- g. způsob rušení a ukončování platnosti vnitřních předpisů a způsob, jakým je zajištěno, aby nebyly nadále používány.

Indikátory standardu:

1. V zařízení je písemně definován postup řízení vnitřních předpisů minimálně v rozsahu písmen a) až g) účelu standardu.
2. Vnitřní předpisy zařízení jsou vedené v písemné podobě (tištěné či elektronicky) a jsou dostupné pro všechny pracovníky, kterým jsou určeny.
3. Vnitřní předpisy zařízení jsou aktuální a jsou dodržovány.

Vedení zařízení se aktivně podílí na řízení kvality a bezpečí poskytovaných služeb.

Účel a naplnění standardu:

Vedení zařízení dohlíží na tvorbu programu kvality, schvaluje ho a pravidelně přezkoumává. Zároveň se také účastní analýzy výstupů z tohoto programu (výsledky auditů, sledování indikátorů kvality, sledování nežádoucích událostí atd.), které využívá k řízení stejným způsobem, jako využívá k řízení například data o hospodaření zařízení.

Role osob, které jsou odpovědné za řízení kvality (např. manažera kvality, náměstka pro kvalitu či jiných), je pouze podpůrná, koordinační v oblasti naplňování programu kvality a fungující jako prostředník mezi klinickým a neklinickým provozem zařízení a vrcholovým vedením. Hlavní manažerská role a odpovědnost za kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb spočívá na vrcholovém vedení.

Indikátory standardu:

1. Vedení zařízení se aktivně podílí na plánování programu řízení kvality a bezpečí, zejména při stanovování priorit takového programu a vyčleňování zdrojů pro jeho realizaci.
2. Vedení zařízení aktivně dohlíží na realizaci programu řízení kvality a bezpečí.
3. Vedení zařízení pravidelně přezkoumává výstupy a výsledky programu řízení kvality a bezpečí.
4. Vedení zařízení využívá výstupy a výsledky programu řízení kvality k rozhodování.

Vedení zařízení sděluje veřejnosti vhodnou a srozumitelnou formou spektrum poskytované péče a služeb a výsledky v oblasti řízení kvality a bezpečí poskytované péče zařízení.

Účel a naplnění standardu:

Jedním z klíčových prostředků spolupráce zařízení s veřejností je poskytování informací, které pacienti (ale také například jiní poskytovatelé v regionu) potřebují ke svému rozhodování o tom, kterého poskytovatele vyhledají a jakou cestou se dostanou k adekvátní péči. Proto musí zařízení vhodnou a srozumitelnou formou zveřejňovat takové informace, které jejich adresátům umožní využívat její služby bez zbytečných bariér.

Tento proces začíná identifikací „pacientů“ zařízení, a to jak externích (pacienti, praktičtí lékaři, terénní specialisté, záchranná služba, ostatní poskytovatelé zdravotních, ale i sociálních služeb a další), tak interních (ostatní pracoviště zařízení, vedoucí pracovníci atd.). V dalším kroku zařízení u těchto „pacientů“ identifikuje jejich informační potřeby, jinými slovy, jaké informace (rozsah a formu jejich sdělování) potřebují k tomu, aby ke službám zařízení měli co nejsnazší přístup. Právě fakt, že informační potřeby různých pacientů jsou různé co do rozsahu, obsahu a formy, logicky povede ke stratifikaci sdělovaných informací dle jejich cílové skupiny. Protože akreditace klade důraz na zvyšování kvality a bezpečí, jedním z jejích požadavků je i zveřejňování výsledků v této oblasti, tedy aby součástí informací, které jsou zveřejňovány, byla také informace o výsledcích programu kvality. Je nezbytné, aby zejména informace pro laickou veřejnost byly prezentovány srozumitelně, tedy s komentáři a interpretacemi zveřejněných dat.

Indikátory standardu:

1. Existují aktuální informace o spektru péče a služeb každého pracoviště, které vedoucí pracovníci používají k řízení zařízení.
2. Informace o spektru péče a služeb jsou pravidelně aktualizovány.
3. Informace o spektru péče a služeb jsou pravidelně poskytovány veřejnosti, a to v adekvátním rozsahu, vhodnou a srozumitelnou formou.
4. Výsledky zařízení v oblasti kvality a bezpečí poskytovaných služeb jsou pravidelně poskytovány veřejnosti, a to vhodnou a srozumitelnou formou.

Vedení zařízení odpovídá za služby zajištěné smluvními dodavateli.

Účel a naplnění standardu:

Zajištění činností či služeb zabezpečujících provoz zařízení třetími stranami na smluvním základě je ve zdravotnictví velmi rozšířeno. Zařízení, pokud takových služeb využívá, musí zajistit, aby úroveň kvality a bezpečí kontrahovaných služeb byla srovnatelná s úrovní služeb vlastních a aby tyto služby byly součástí programu kvality a bezpečí. Odpovědnost za výsledek poskytované zdravotní péče, bez ohledu na to, zda jsou některé její komponenty poskytovány smluvním partnerem, zůstává na vedení zařízení.

Vedoucí pracovníci odpovědní za příslušnou oblast služeb zajistí, aby služby zajištěné smluvními dodavateli:

- a. byly vybírány v souladu s posláním zařízení a potřebami pacientů;
- b. byly poskytovány na základě formální či neformální dohody či smlouvy;
- c. splňovaly platnou legislativu a akreditační standardy;
- d. svou úroveň odpovídaly úrovni služeb poskytovaných zařízení.

K zajištění výše uvedených bodů je nutné, aby v zařízení existoval dohled a kontrola nad službami, které jsou zajišťovány smluvními dodavateli. Způsob dohledu a kontroly se značně liší dle povahy služby, proto je součástí smlouvy s dodavatelem vždy určeno, jak dohled a kontrola probíhá.³⁴

V neposlední řadě je nutné, aby vedoucí pracovníci zařízení integrovali informace vzešlé z dohledu a kontroly, případně sbírali další data o kvalitě těchto služeb a na základě této zpětné vazby rozhodovali o tom, zda je služba poskytována na přiměřené úrovni a s dodavatelem bude nebo nebude zařízení nadále spolupracovat.

³⁴ Pokud je externě zajišťován například úklid, potom dohled a kontrola probíhá stejně jako u vlastních služeb zařízení (pracovníci externí firmy jsou na místě a lze je řídit, kontrolovat, školit atd. stejně jako vlastní zaměstnance). Rozdílným případem je například dodávka stravy, kdy smluvní kuchyně může být mimo areál zařízení. Možnosti v tomto případě jsou: 1. Vstupní kontrola stravy; 2. Dohoda s dodavatelem, že u něj pravidelně proběhne kontrola ze strany zástupců zařízení; 3. Smluvní dodavatel prokáže svoji kvalitu certifikátem o externím hodnocení kvality, který zařízení uznává; 4. Kombinace předešlého. Zcela jiná situace může nastat v případě některých klinických, např. laboratorních služeb. Zásadou je, aby vždy probíhal dohled a kontrola kvality.

Indikátory
standardu:

1. Vedoucí kliničtí pracovníci jsou odpovědní za úroveň klinických služeb poskytovaných smluvními dodavateli alespoň v rozsahu písmen a) až d) účelu standardu.
2. Vedoucí nekliničtí pracovníci jsou odpovědní za úroveň neklinických služeb poskytovaných smluvními dodavateli alespoň v rozsahu písmen a) až d) účelu standardu.
3. Nad klinickými a neklinickými službami zajišťovanými smluvními dodavateli probíhá dohled a kontrola přiměřeně k povaze služby a potřebám zařízení.
4. 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.

Účel a naplnění standardu:

Česká republika se zavázala k účasti v programu zařízení podporující zdraví, který vyhlásila Světová zdravotnická organizace (WHO). Od tvorby národní legislativy a činnosti státní správy, organizací působících v oblasti veřejného zdravotnictví, ale také systémů externího hodnocení kvality se očekává, že budou společně vytvářet synergický tlak na implementaci tohoto programu do fungování zdravotnických zařízení České republiky.

Vedení zařízení zavede program podpory zdraví tak, že určí osobu (či skupinu osob) odpovědnou za implementaci a koordinaci programu podpory zdraví a vyčlení programu podpory zdraví nezbytné materiální zdroje.

Samotný program podpory zdraví potom zahrnuje alespoň:

- a. priority podpory zdraví pro pacienty a jejich blízké;
- b. priority podpory zdraví pro pracovníky zařízení;
- c. způsob posuzování potřeb podpory zdraví u pacientů a pracovníků zařízení zejména s důrazem na prevenci kouření, konzumaci alkoholu a jiných návykových látek a na psychologickou podporu;
- d. klinické i neklinické postupy, jejichž součástí jsou činnosti podporující zdraví (edukace, farmakoterapie, psychologická podpora a podobně) a způsob implementace těchto postupů do vnitřních předpisů zařízení;
- e. rozsah, formu a způsob zveřejnění informací o faktorech ovlivňujících zdraví.

Zavedení programu podpory zdraví je dlouhodobý proces. Je nutné sledovat a vyhodnocovat účinnost programu a na základě této zpětné vazby program upravovat tak, aby se jeho účinnost v čase zvyšovala.

Indikátory standardu:

1. Vedení zařízení určí osobu (či skupinu osob), která je odpovědná za koordinaci programu podpory zdraví, a vyčlení programu podpory zdraví nezbytné materiální zdroje.
2. Program podpory zdraví zařízení zahrnuje alespoň položky uvedené v písmenech a) až e) účelu standardu.
3. Program podpory zdraví je v zařízení zaveden.
4. Účinnost programu podpory zdraví se v zařízení sleduje a vyhodnocuje. Výsledky jsou využívány k zvyšování účinnosti programu.

V zařízení je vytvořen a zaveden soubor pravidel pro dodržování etických norem a zlepšování organizační kultury ve všech klíčových činnostech.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení naplní standard vydáním vnitřního předpisu či předpisů, které stanovují etický rámec. Jeho naplnění zařízení docílí tím, že při vydávání všech vnitřních předpisů se zvažují a dle potřeby zohledňují následující oblasti:

- a. možné konflikty zájmů (např. ekonomické zájmy zařízení vs. zájmy pacienta, skryté zájmy pracovníků vs. zájmy zařízení) a postup při jejich řešení;
- b. etická dilemata a způsob jejich řešení;
- c. případy znevýhodnění jedné ze stran neposkytnutím pravdivých a úplných informací protistranou;
- d. případy zneužívání formálního či neformálního postavení pracovníka zařízení v jednání s pacientem nebo jiným pracovníkem;
- e. případné nežádoucí motivace jedné ze stran, způsob jejich odtažení a prevence.

Součástí agendy zvyšování kvality a bezpečí v zařízení je snaha pozitivně ovlivňovat organizační kulturu.³⁵

Indikátory standardu:

1. Vedoucí pracovníci zařízení stanoví základní etický rámec pro všechny klinické služby alespoň v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu.
2. Vedoucí pracovníci zařízení stanoví základní etický rámec pro všechny neklinické činnosti, jednání s dodavateli i odběrateli včetně zásad pravdivého vykazování poskytnuté péče, a to alespoň v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu.
3. Všichni pracovníci zařízení dodržují stanovený etický rámec v klinických i neklinických činnostech.
4. Všichni pracovníci zařízení se aktivně podílí na udržování a zlepšování zdravé organizační kultury v zařízení.

³⁵ Organizační kulturou se rozumí soubor hodnot a neformálních norem sdílených pracovníky zařízení. Kultura organizace má zásadní vliv na kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb, spokojenost pacientů i personálu, přístup organizace jako celku ke změnám a krizovým situacím a na další důležité aspekty fungování zdravotnického zařízení.

IX.

Řízení kvality a bezpečí

V organizační struktuře zařízení jsou stanoveny osoby, orgány či týmy, které se zabývají plánováním, řízením, monitorováním a zvyšováním kvality péče a bezpečí poskytovaných služeb.

Účel a naplnění standardu:

Základními předpoklady fungování projektu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb jsou: existence osob, orgánů či týmů odpovědných za řízení kvality a bezpečí, osobní angažovanost vrcholového a středního managementu, provázanost řízení kvality a bezpečí s ostatními řídicími postupy zařízení (např. plánování zdrojů) a informovanost a zapojení personálu. Zařízení standard naplní, pokud jasně určí osoby či skupiny osob, které se budou oblastí řízení kvality a bezpečí poskytovaných služeb zabývat, určí jejich místo v organizační struktuře (nadřízenost, podřízenost, odpovědnosti a pravomoci), poskytne odpovídající zdroje a zapojí do programu kontinuálního zlepšování jak řídicí, tak řadové pracovníky.

Indikátory standardu:

1. V organizační struktuře zařízení jsou definovány osoby, orgány či týmy odpovědné za plánování, řízení, monitorování a zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
2. Odpovědné osoby, orgány a týmy mají písemně stanovené spektrum odpovědností a pravomocí.
3. Vedení zařízení se osobně aktivně účastní programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a poskytuje mu adekvátní technické, materiální a jiné potřebné zdroje.
4. Personál zařízení je pravidelně informován, zná postupy zvyšování kvality a bezpečí služeb a je školen v zavedených změnách.

V zařízení je zaveden funkční program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb, program je plánován a řízen a je rozšířen do celého zařízení.

Účel a naplnění standardu:

Zavádění systému pro zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb s sebou přináší nejen změny v zavedených postupech, ale i zásadní změny v kultuře zařízení a v myšlení zaměstnanců. Základními pilíři zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb jsou jeho správné řízení (plánování, monitorování výsledků, analýza získaných dat a aktivní řízení rizik) a zapojení všech zaměstnanců. Vzhledem k tomu, že výsledky poskytované péče jsou ovlivněny činnostmi různých skupin zdravotnických i nezdravotnických pracovníků, je nutné, aby řízení kvality a bezpečí zahrnovalo všechny postupy a činnosti celého zařízení. Z uvedeného důvodu vedení zařízení stanoví obecný program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb (vize, cíle kvality a bezpečí, nástroje k jejich dosažení), který zahrnuje veškerá pracoviště zařízení včetně oblužných provozů (např. údržba, stravovací provoz, úklid, prádelna, technická doprava apod.) a veškeré činnosti spojené s kvalitou. Program kvality a bezpečí zařízení je delegován na všechny vedoucí zaměstnance, kteří jej rozpracují do podoby konkrétních úkolů a povinností pro řízené útvary. Funkčnost, efektivita a aktuálnost programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb jsou pravidelně přezkoumány vedením zařízení.

Indikátory standardu:

1. Zařízení má zpracován program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
2. Program zvyšování kvality a bezpečí je rozpracován a rozšířen do celého zařízení.
3. Vedoucí pracovníci zařízení všech úrovní řízení se účastní plánování, monitorování a vyhodnocování programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
4. Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb se pravidelně přezkoumává a aktualizuje.
5. Pracovníci jsou seznámeni s programem zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a umí definovat svou úlohu v rámci jeho naplňování.

Zdravotní péče se v zařízení poskytuje dle doporučených klinických postupů, standardů a protokolů.

Účel a naplnění standardu:

Snahou vedoucích pracovníků zařízení by mělo být standardizovat důležité postupy, které provádějí lékaři, sestry a další zdravotnický personál, a to s přihlédnutím k současným vědeckým poznatkům, doporučením odborných společností a požadavkům národní legislativy.

Tento standard není možno interpretovat tak, že pro všechny postupy v zařízení jsou zpracovány doporučené postupy, standardy či protokoly. Obvyklý postup je vybrat ty činnosti, které se týkají více pracovišť v zařízení – například péče o pacienty s diabetem či hypertenzí – nebo činnosti s velkou mírou rizika – například používání omezovacích prostředků.³⁶

Zařízení naplní standard tím, že ročně vypracuje a zavede do praxe alespoň jeden doporučený klinický postup, standard či protokol, který bude splňovat následující kritéria:

- a. jedná se o nový či významně upravený postup, jehož zavedení přispěje k řešení dříve identifikovaných problémů v klinické péči (nekonzistentní praxe, častý výskyt nežádoucích událostí, nežádoucí trendy ve sledovaných datech, časté stížnosti pacientů, vysoká finanční zátěž apod.) nebo existuje jiný opodstatněný důvod k jeho zavedení;
- b. je v souladu se současnými vědeckými poznatky, doporučeními odborných společností a požadavky národní legislativy;
- c. je v souladu se současnými, místními a materiálními možnostmi zařízení.

Vzhledem k tomu, že výše uvedené postupy patří mezi vnitřní předpisy zařízení, jejich vznik a zavádění do praxe jsou popsány v systému vnitřních předpisů zařízení (viz standard č. 9.4) a v praxi se dle těchto pravidel odehrávají.

Jako nově zavedené musí být tyto postupy sledovány pomocí nástrojů řízení kvality (audity, indikátory kvality, nežádoucí události apod.), alespoň dokud není jasné, že jejich zavedení do praxe se zdařilo. V opačném případě jsou postupy modifikovány a znovu sledovány.

³⁶ Příklady dalších oblastí/činností vyžadujících zpracování postupů: rehabilitační ošetřování, péče o rizikové skupiny pacientů (dětí, senioři, pacienti po operaci v celkové anestézii), sledování bolesti, péče o pacienta s rizikem sebepoškození, provádění méně častých výkonů (např. péče o pacienty s PEG na standardních odděleních) a další.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení ročně vypracuje a zavede do praxe alespoň jeden doporučený klinický postup, standard či protokol, který bude splňovat kritéria uvedená v písmenech a) až c) účelu standardu.
2. Účinnost zavedených doporučených klinických postupů, standardů či protokolů je po nezbytně dlouhou dobu sledována, v případě neuspokojivých výsledků jsou tyto postupy přehodnocovány.
3. Vytvořené doporučené klinické postupy, standardy či protokoly jsou dodržovány.

V zařízení probíhá interní audit kvality a bezpečí poskytovaných služeb³⁷, tato činnost je plánovaná a dokumentovaná a provádějí ji k tomu pověřené a kvalifikované osoby.

Účel a naplnění standardu:

Interní audit kvality je základním nástrojem prosazování a udržení změn, které jsou zaváděny v souvislosti se zvyšováním kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Zároveň je tato činnost jedním ze zdrojů zpětné vazby (společně s hlášeními a indikátory kvality) pro následné stanovování priorit v rámci dalšího plánování zlepšování. Interním auditem kvality jsou prověřovány veškeré postupy a pracoviště, které ovlivňují kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb. Zařízení má zpracován vnitřní předpis, který definuje kritéria výběru, požadavky na kvalifikaci interních auditorů, odpovědnosti a pravomoci auditorů a auditovaných a postupy pro plánování, realizaci, dokumentování a vyhodnocování interního auditu kvality v zařízení. Zařízení standard naplní, když prokáže, že interní audit kvality je systémově plánován a řízen, je rozprostřen do celého zařízení a na základě zjištění z interních auditů kvality jsou přijímána opatření ke zlepšování.

Indikátory standardu:

1. V zařízení je zaveden systém interních auditů kvality.³⁸
2. Interní auditoři kvality jsou k tomuto účelu školeni a splňují kvalifikační požadavky stanovené zařízením.
3. Interní audit kvality probíhá v celém zařízení a zahrnuje všechny oblasti poskytovaných služeb.
4. Závěry interních auditů kvality jsou využívány ke zvyšování kvality a bezpečí.

³⁷ Pro účely tohoto textu je termínem „interní audit“ vždy míněn audit zaměřený na dodržování pravidel souvisejících s řízením kvality a bezpečí.

³⁸ viz § 47 odst. 3 písm. b) z. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; ZD 27/2012 ministerstva zdravotnictví

V zařízení probíhá sběr a analýza dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb.

Účel a naplnění standardu:

V zařízení probíhá sběr a analýza objektivních dat o kvalitě (indikátorů kvality). Vzhledem k omezeným zdrojům nelze tímto způsobem sledovat všechny oblasti poskytovaných služeb. Je na rozhodnutí řídicích a vedoucích klinických i neklinických pracovníků, které oblasti se rozhodnou sledovat pomocí objektivních dat. Způsob, jakým jsou definovány priority v oblasti sběru a analýzy dat, však musí zařízení zdůvodnit. Tedy jasně vysvětlit, proč zvolila konkrétní spektrum sledovaných indikátorů, případně proč některé oblasti sledovány nejsou. Jedním z klíčů, který lze použít pro výběr oblastí sledovaných pomocí indikátorů kvality, je zaměřit se na postupy, které jsou rizikové, ekonomicky náročné, nekonzistentně prováděné v rámci zařízení či nově zavedené.

Na základě sběru a analýzy dat jsou v zařízení sledovány minimálně tyto klinické oblasti:

- a. skladování, předepisování a podávání léků;
- b. dodržování tří vybraných bezpečnostních cílů (viz kapitola 1);
- c. nozokomiální nákazy a protiepidemická opatření;
- d. včasnost, správnost a úplnost zdravotnické dokumentace;
- e. identifikace a prevence rizik;

Na základě sběru a analýzy dat jsou v zařízení sledovány minimálně tyto neklinické oblasti:

- f. spokojenost pacientů;
- g. spokojenost zaměstnanců.

Práce s objektivními daty o kvalitě a bezpečí vyžaduje jistou erudici a by mělo zajistit, aby s daty pracovali k tomu kvalifikovaní pracovníci.

Aby se mohlo sledování objektivních dat stát skutečně účinným nástrojem zvyšování kvality, musí být získané informace využívány pro další zlepšování. Zařízení tedy demonstruje, která rozhodnutí byla přijata na základě sledování dat o kvalitě a jakým způsobem se předávají výsledky těm pracovníkům, kterých se sledovaná data týkají.

S tímto standardem souvisí též standard č. 8.5, který definuje účast vedení zařízení na řízení kvality a stanovuje požadavek zveřejňování výsledků v oblasti kvality a bezpečí a standard č. 9.3, který stanovuje povinnost sledovat data u nově zavedených klinických postupů.

Indikátory
standardu:

1. V zařízení probíhá sběr a analýza dat o kvalitě v klíčových klinických oblastech, minimálně však v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu.
2. V zařízení probíhá sběr a analýza dat o kvalitě v klíčových neklinických oblastech, minimálně však v rozsahu písmen f) a g) účelu standardu.
3. Priority pro takový sběr dat definují vedoucí pracovníci zařízení ve spolupráci s vedoucími klinických i neklinických provozů.
4. Tam, kde je to možné, vyhledává zařízení příležitosti ke srovnávání vlastních výsledků s dalšími organizacemi.
5. Výsledky analýzy dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb jsou pravidelně sdělovány všem pracovníkům.
6. Výsledky sběru a analýzy dat se využívají k trvalému zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Tam, kde se vyskytují nežádoucí trendy či odchylky, jsou data intenzivně analyzována.

V zařízení je zaveden účinný postup sledování nežádoucích událostí.³⁹

Účel a naplnění standardu:

Sběr dat o nežádoucích událostech a jejich kvalitní analýza jsou jedním ze základních vstupů do postupů řízení rizik a kontinuálního zlepšování. Zařízení tento standard naplní, když standardizuje a zavede účinný systém pro hlášení nežádoucích událostí, jehož součástí je i identifikace výstražných událostí a nedokonaných pochybení („skorochyb“).

Mezi výstražné události se řadí:

- neočekávané úmrtí bez přímého vztahu k přirozenému průběhu choroby pacienta,
- trvalá ztráta funkce bez přímého vztahu k přirozenému průběhu choroby pacienta,
- chirurgický výkon provedený u nesprávného pacienta, na nesprávné straně těla či provedený nesprávný chirurgický výkon.

Zavedený systém hlášení může rovněž sledovat výskyt provozních či organizačních selhání dle priorit zařízení. Má-li být systém účinný, musí být dostupný všem pracovníkům, aby mohl kdokoliv informovat o nežádoucí události, a musí zajišťovat ochranu toho, kdo nežádoucí událost hlásí před jakýmkoliv postihem. Toho lze dosáhnout například anonymizací hlášení po jeho doručení na pracoviště zabývající se šetřením příčin nežádoucích událostí.

Zařízení zpracuje vnitřní předpis, který definuje postupy hlášení, zpracování, šetření, vyhodnocení, dokumentování a komunikování nežádoucích událostí včetně stanovení pravomocí a odpovědností osob, které danou činnost vykonávají. Zařízení doloží praktické využití získaných informací k prevenci rizik a zvyšování kvality a bezpečí a demonstruje postupy pro zvyšování motivace zaměstnanců k hlášení nežádoucích událostí.

V zařízení je vnitřním předpisem stanoven a v praxi zaveden účinný postup hlášení a analýzy nežádoucích událostí, v rámci tohoto postupu zařízení definuje, které události se považuje za nežádoucí, výstražné a nedokonané a definuje jejich závažnost s ohledem na riziko pro pacienty, pracovníky a další osoby.

³⁹ Nežádoucí událostí se rozumí poškození pacienta nebo riziko tohoto poškození, způsobené činností zdravotnických a nezdravotnických pracovníků zdravotnického zařízení, nikoli onemocněním nebo poraněním pacienta.

Indikátory
standardu:

1. Priority takového postupu definují řídicí pracovníci ve spolupráci s vedoucími klinických i neklinických provozů.
2. Předpisem definované výstražné nežádoucí události jsou intenzivně analyzovány.
3. Výsledky analýzy nežádoucích událostí se využívají k trvalému zvyšování bezpečí poskytovaných služeb.
4. Jednotlivá pracoviště jsou informována o výsledcích analýzy nežádoucích událostí.



Bezpečí prostředí

Bezpečí prostředí se v zařízení plánuje a řídí a zařízení je uspořádáno ve shodě s národní legislativou.

Účel a naplnění standardu:

V zařízení jsou stanoveny osoby odpovědné za řízení jejího prostředí (např. vedoucí pracovník v oblasti technické a hospodářské nebo jiná odpovídající funkce). Tyto osoby jsou identifikovány v organizační struktuře zařízení a jsou jim přiděleny adekvátní pravomoci a odpovědnosti. Jednotlivým oblastem řízení prostředí jsou přiděleny potřebné finanční, personální a další zdroje nutné k jejich zajištění.

Některé aspekty fungování zařízení jsou často zajištěny externími dodavateli. Odpovědnost za bezpečné a funkční prostředí v zařízení však zůstává na jejím vedení. Proto i u činností, které jsou zajištěny smluvně, je nutné zajistit adekvátní kvalitu. Toho lze dosáhnout pouze nějakou formou kontroly či dohledu nad smluvním dodavatelem (viz standard č. 8.7). Tuto kontrolu si může zařízení zajistit vlastními silami nebo požadovat certifikát o externí kontrole. Reálné řešení se bude lišit dle charakteru dodávaných služeb, vztahu s dodavatelem a podobně.

K naplnění tohoto standardu zařízení musí mít platné příslušné podklady k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Předmětem šetření jsou též výsledky proběhlých kontrol orgánů státní kontroly. Pokud některý z provozů nevyhovuje stavebním či hygienickým předpisům, předloží zařízení seznam těchto nedostatků i s plánem nápravy. Přitom nelze akceptovat nedostatky, které bezprostředně ohrožují pacienty, pracovníky či jiné osoby, nebo brání provozu zařízení. V těchto případech zařízení zavádí taková náhradní opatření, která zajistí bezpečný provoz až do doby, kdy jsou uvedené nedostatky odstraněny.

Indikátory standardu:

1. Jsou stanoveny osoby odpovědné za jednotlivé aspekty řízení provozu zařízení, tyto osoby jsou identifikovány v organizační struktuře zařízení a jsou jim přiděleny adekvátní pravomoci a odpovědnosti a přiděleny potřebné finanční, personální a další zdroje.
2. Pokud jsou některé činnosti související s bezpečím provozu zařízení zajišťovány smluvními dodavateli, jsou tyto služby předmětem dohledu či kontroly ze strany zařízení.
3. Zařízení má aktuální doklady nutné k registraci, eviduje výsledky proběhlých kontrol orgánů státní kontroly a plánuje odstranění případných zjištěných nedostatků.

4. Pokud některé z pracovišť nevyhovuje platné legislativě, stavebním či hygienickým předpisům, zařízení plánuje jejich odstranění a zavádí náhradní opatření, která zajistí bezpečný provoz do doby zavedení definitivního řešení.

Zařízení zajistí ochranu před požárem či zakouřením pro pacienty, návštěvy a pracovníky.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení splňuje veškeré předpisy a normy v oblasti požáru či zakouření, které vycházejí z národní legislativy.⁴⁰ Jedním z důležitých předpisů je zákaz kouření ve všech prostorách zařízení s příslušnými výjimkami.⁴¹

K zabezpečení zařízení proti požáru či zakouření je nutné přistupovat prostřednictvím řízení rizik, jehož součástí je:

- a. analýza rizika z hlediska požáru či zakouření, kdy se berou v úvahu takové aspekty, jako je množství skladovaných hořlavin, rizikovost činností, které se v daných prostorách provádí (například práce s elektřinou či otevřeným ohněm apod.) a další;
- b. analýza rizika před stavbou či rekonstrukcí či jinými činnostmi dočasně zvyšujícími riziko požáru či zakouření;
- c. zavedení takových preventivních opatření, která požární riziko snižují či zmírňují jeho dopady (plechové skříně na hořlaviny, častější kontroly, instalace detekčních systémů, zvýšení dostupnosti prostředků pro zdolávání požáru, školení pracovníků a podobně);
- d. seznámení pracovníků včetně externích dodavatelů s riziky na jejich pracovišti a se zavedenými preventivními opatřeními.

Důležitými komponentami protipožárních opatření je detekce požáru či zakouření a jeho zdolávání. Existuje mnoho variant, jak toto zajistit. Tam, kde nejsou instalována technologická řešení (např. detektory či sprinklery) a za detekci i případné hašení odpovídají pracovníci, je nutné o to důsledněji personál školit a prověřovat jeho znalosti.

Zásadním prvkem protipožárního zabezpečení je rychlé a snadné opuštění ohrožených prostor, evakuace. K zajištění evakuace je nutné:

⁴⁰ viz zákon č. 133/1985 Sb., o požární ochraně; vyhláška ministerstva vnitra č. 21/1996 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona České národní rady o požární ochraně; vyhláška ministerstva vnitra č. 23/2008 Sb., o technických podmínkách požární ochrany staveb; vyhláška č. 202/1999 Sb., kterou se stanoví technické podmínky požárních dveří, kouřotěsných dveří a kouřotěsných požárních dveří; Nařízení vlády č. 11/2002 Sb. kterým se stanoví vzhled a umístění bezpečnostních značek a zavedení signálů

⁴¹ viz § 8 odst. 1 písm. e) zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami

- e. plánovat evakuaci s ohledem na charakter prostor (umístění v budově, přítomnost evakuačních výtahů), počet personálu a pacientů, jejich zdravotní stav, schopnost samostatné evakuace, nutnost dozoru nad místem shromažďování evakuovaných a další specifika);
- f. určit a označit únikové cesty, zajistit volné únikové východy a adekvátní shromaždiště;
- g. zajistit spolupráci s hasičským záchranným sborem;
- h. pravidelně prověřovat či nacvičovat⁴² plán evakuace na všech pracovištích, a to minimálně tak, aby na každém pracovišti proběhl takový nácvik či prověření minimálně jednou za dva roky.

Všichni pracovníci musí znát své povinnosti jak v prevenci, tak ve zdolávání požárních situací a evakuaci. K tomuto účelu musí být školeni přiměřeně své roli v programu prevence a zakouření a jejich znalosti a dovednosti musí být pravidelně prověřovány.

Kromě prověřování znalostí pracovníků a nacvičování evakuace je dále nutné pravidelně kontrolovat všechny ostatní komponenty programu prevence požáru a zakouření, a to zejména:

- i. dodržování nastavených preventivních opatření (integrita požárních přepážek a dveří, požární klapky, přítomnost hořlavého materiálu apod.);
- j. přítomnost a funkčnost všech používaných zařízení pro detekci a zdolávání požáru či zakouření (detektory, sprinklery, hasicí přístroje, hydranty apod.);
- k. přítomnost příslušného značení, volnost únikových cest, funkčnost únikových východů.

Indikátory standardu:

1. Zařízení dodržuje veškerou platnou legislativu v oblasti prevence požáru či zakouření včetně zákazu kouření.
2. Zařízení řídí riziko požáru či zakouření minimálně v rozsahu písmen a) až d) účelu standardu.
3. Zařízení zavede účinný systém detekce a zdolávání požáru či zakouření.

⁴² Nacvičováním evakuačního plánu se rozumí simulace skutečné situace, kdy se realizuje celý evakuační plán včetně evakuace pacientů, personálu, nebezpečného materiálu atd. včetně například zapojení hasičského sboru. Prověřováním evakuačního plánu se rozumí provedení takových činností, které nenaruší normální provoz pracovišť (nejsou například evakuováni pacienti). Při prověřování jsou například zkoušena všechna zařízení k evakuaci (evakuační výtahy, požární dveře atd.), měří se čas evakuace jednoho lůžka a následně přepočítává čas nutný k evakuaci při současném počtu pacientů a personálu, prověřují se znalosti personálu a podobně. Prověřování evakuačního plánu je svou kvalitou na nižší úrovni než nácvik, ale lze jej provést bez zásadního ovlivnění normálního provozu. Proto se doporučuje volit tento postup právě tam, kde by nácvik mohl narušit kvalitu poskytované péče (např. jednotky intenzivní péče, operační sály, apod.).

4. Zařízení zavede účinný systém evakuace v případě požáru či zakouření minimálně v oblastech uvedených v písmenech e) až h) účelu standardu.
5. Zařízení 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.
6. Všechny komponenty prevence požáru či zakouření jsou pravidelně prověřovány minimálně v rozsahu písmen i) až k) účelu standardu.

Zařízení zajistí bezpečí a bezpečnost prostředí a osob.

Účel a naplnění standardu:

Bezpečné prostředí je takový stav prostor, budov, pozemků a zařízení, který nepředstavuje riziko poškození pro osoby, které se zde pohybují, tedy personál, pacienti a návštěvy zařízení.

Bezpečnost je ochrana pracovníků, pacientů a dalších osob a jejich majetku proti útoku, krádeži či poškození.⁴³

Zařízení musí v první řadě tyto dva aspekty prostředí plánovat, školit k tomuto účelu personál v jeho povinnostech a dále nastavit plán kontrol a prověrek za účelem udržení trvalého bezpečí a bezpečnosti fyzického prostředí.

Zařízení zajistí identifikaci všech osob, se kterými je v pracovně-právním či jiném smluvním vztahu a které vstupují do kontaktu s pacienty či se pohybují v prostorách, kde se pacientům poskytuje přímá či nepřímá péče. Mezi tyto osoby patří minimálně následující skupiny:

- a. pracovníci v pracovněprávním či obdobném vztahu se zařízením;
- b. zaměstnanci smluvních dodavatelů;
- c. osoby připravující se v zařízení na výkon zdravotnického povolání;
- d. dobrovolníci;
- e. další osoby, které poskytují péči pacientům nebo se jinak podílejí na provozu zařízení.

Indikátory standardu:

1. Zařízení plánuje a řídí zajištění bezpečí a bezpečnosti prostředí a osob.
2. Zajištění bezpečí a bezpečnosti prostředí se plánuje a řídí též v případě staveb, rekonstrukcí či jiných situací, které mohou bezpečí a bezpečnost přechodně narušit.
3. Prostor je předmětem pravidelných kontrol z hlediska bezpečí a bezpečnosti.

⁴³ Příklady nedostatků v oblasti bezpečí fyzického prostředí mohou být nezajištěná okna na dětském, psychiatrickém či jiném podobném oddělení ve vysokém patře budovy (nebezpečí pádu pacienta či jiné osoby z potenciálně rizikových pracovišť), ostré či jinak nebezpečné součásti zařízení či vybavení společných prostor zařízení, chybějící poklopy kanalizace, zábradlí nebo například volně přístupné chemikálie či nebezpečný odpad. Příklady problémů s bezpečností jsou volně přístupná oddělení, kde se vyskytují nesoběstační pacienti, citlivé informace či důležitá zařízení, jejichž poškození by mohlo narušit fungování zařízení a/nebo ohrozit pacienty.

4. Všechna identifikovaná rizika v oblasti bezpečí a bezpečnosti jsou odstraňována. V případě rizik, jejichž odstranění vyžaduje delší dobu, větší investici a podobně, je jejich odstranění plánováno a v mezidobí jsou přijímána adekvátní náhradní opatření (viz též standard č. 10.1, indikátor č. 4).
5. Všechny osoby, minimálně v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu, jsou v zařízení identifikovány.
6. Pracovníci zařízení včetně externích dodavatelů, znají a dodržují své povinnosti v zajištění bezpečí a bezpečnosti fyzického prostředí a osob.

Zařízení zajistí bezpečné nakládání s chemickými látkami a odpadem.

Účel a naplnění standardu:

Oblast manipulace s chemickými látkami a nakládání s odpadem je regulována národní i evropskou legislativou.⁴⁴ Její dodržování je pro naplnění tohoto standardu zásadní.

Zařízení upraví nakládání s chemickými látkami a odpadem vnitřním předpisem (vnitřními předpisy), jehož předmětem musí být alespoň:

- a. typy chemických látek a druhy odpadů, které se v zařízení vyskytují;
- b. zásady shromažďování (u odpadu), skladování, označování, manipulace s chemickými látkami a odpadem;
- c. používání osobních ochranných pracovních prostředků;
- d. likvidace chemických látek a odpadu;
- e. postup při nehodách a haváriích;
- f. rozsah školení personálu v nakládání s chemickými látkami a odpadem.

Indikátory standardu:

1. Zařízení dodržuje platnou legislativu v oblasti nakládání s chemickými látkami a odpadem.
2. Zařízení upraví nakládání s chemickými látkami a odpadem vnitřním předpisem (vnitřními předpisy), který obsahuje alespoň oblasti uvedené v písmenech a) až f) účelu standardu.
3. S chemickými látkami a odpadem se v zařízení nakládá dle vnitřního předpisu, pracovníci znají své povinnosti a dodržují je.

⁴⁴viz zákon č. 350/2011 Sb., chemický zákon; zákon č. 185/2011 Sb., o odpadech; zákon č. 18/1997 Sb., atomový zákon; zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech a další související právní předpisy.

Zařízení zajistí trvalé zásobování elektřinou, pitnou vodou a medicínami.

Účel a naplnění standardu:

Zajištění elektrickou energií, pitnou vodou a medicínami je nezbytné pro nerušený provoz zařízení. Z toho důvodu je nutné plánovat zásobování těmito komoditami, a to jak v normálním režimu, tak v režimu výpadku jejich obvyklého zásobování.

U elektřiny musí zařízení disponovat náhradním zdrojem (např. naftový agregát) a případně UPS zařízením tam, kde je nutné zajistit nepřetržité napájení elektrickou energií. Kapacita tohoto zdroje musí odpovídat potřebě zařízení, která jsou na tyto náhradní zdroje napojena (obvykle přístroje zajišťující podporu životních funkcí pacientů, evakuační výtahy, důležité informační technologie apod.). U medicínami musí vedení zařízení určit minimální zásobu (ať už hlavním, obvykle centrálním zdrojem, nebo náhradními způsoby), pod kterou by stav neměl nikdy klesnout, a pokud k tomu dojde, jaký je postup při zajištění péče o pacienty (příklad pacientů, omezení některých provozů apod.).

Stejně principy platí i pro zásobování pitnou vodou.

V případě přerušení normální dodávky musí náhradní zdroje zajistit provoz zařízení do té doby, než bude zajištěna péče o pacienty jiným způsobem či na jiném místě (příklad, odklon akutních pacientů, omezení některých provozů).

Dalším důležitým principem je trvalá připravenost, tedy pravidelný nácvik situací, kdy dojde k přerušení či zastavení dodávky jednou z uvedených komodit.

Indikátory standardu:

1. Zařízení zajistí přiměřený náhradní zdroj elektřiny pro zajištění nepřetržitého provozu důležitých přístrojů a zařízení.
2. Zařízení zajistí přiměřený náhradní způsob zásobování pitnou vodou a medicínami.
3. Náhradní zdroje a způsoby zásobování jsou pravidelně prověřovány a testovány z hlediska dostupnosti a funkčnosti.
4. Zařízení plánuje opatření v případě hrozby vyčerpání náhradních zdrojů nebo selhání náhradních způsobů zásobování.

Zařízení zajistí bezpečný a spolehlivý provoz zdravotnických přístrojů, zdrojů ionizujícího a neionizujícího záření a měřidel.

Účel a naplnění standardu:

Provoz zdravotnických přístrojů, zdrojů ionizujícího i neionizujícího záření a měřidel podléhá legislativě. Jedním z požadavků standardu je tedy dodržování legislativy v této oblasti.⁴⁵

Zařízení standard naplní, pokud prokáže, že eviduje všechny přístroje, zdroje ionizujícího a neionizujícího záření a měřidla, která jsou zde používána, a to včetně přístrojů darovaných, zapůjčených, ve zkušební provozu a podobně. Dále u všech přístrojů, zdrojů ionizujícího a neionizujícího záření a měřidel jsou s ohledem na platnou legislativu a požadavky výrobce konkrétního přístroje plánovány, prováděny a dokumentovány pravidelné revize, kalibrace, ověření, validace, bezpečnostně technické kontroly či další příslušné úkony k zajištění jejich spolehlivého a bezpečného provozu a platí, že pracovníci, kteří s přístroji pracují či se podílejí na jejich údržbě, jsou k tomuto účelu adekvátně školeni.

Indikátory standardu:

1. Zařízení dodržuje platnou legislativu v oblasti provozu zdravotnických přístrojů, zdrojů ionizujícího a neionizujícího záření a měřidel.
2. Zařízení eviduje všechny zdravotnické přístroje, zdroje ionizujícího a neionizujícího záření a měřidla, která se v zařízení používají a plánuje u nich revize, kalibrace, bezpečnostně technické kontroly či další příslušné úkony s ohledem na platnou legislativu a požadavky výrobce.
3. Všechny zdravotnické přístroje, zdroje ionizujícího a neionizujícího záření a měřidla, která se v zařízení používají, mají platné doklady o revizích, kalibracích, ověřeních, validacích, bezpečnostně technických kontrolách či dalších preventivních úkonech s ohledem na platnou legislativu a požadavky výrobce.
4. Pracovníci, kteří s přístroji pracují či se podílejí na jejich údržbě, jsou k tomuto účelu adekvátně školeni, o tomto školení existují záznamy a pracovníci své povinnosti znají a umějí je popsat.

⁴⁵ viz zákon č. 18/1997 Sb., atomový zákon; vyhláška státního úřadu pro jadernou bezpečnost č. 307/2002 Sb., o radiační ochraně; zákon č. 505/1990 Sb., o metrologii; vyhláška ministerstva průmyslu a obchodu č. 345/2005 Sb., kterou se stanoví měřidla k povinnému ověřování a měřidla podléhající schválení typu; zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích.

XI.

Informace a komunikace

Zařízení určí vnitřním předpisem formální a věcné náležitosti zdravotnické dokumentace pro všechny obory.

Účel a naplnění standardu:

Základním dokumentem pro naplnění tohoto standardu je vnitřní předpis upravující vedení zdravotnické dokumentace. Standard nerozlišuje mezi dokumentací ambulantní a chorobopisy hospitalizovaných pacientů, proto i vnitřní předpis musí pokrýt obě tyto skupiny. Standard se týká jak vyšetření lékařem, tak vyšetření ošetrovatelského, případně vstupního vyšetření jinou osobou (např. fyzioterapeut, zdravotně sociální pracovník).

Zařízení může buď stanovit centrálně rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření, nebo stanovit jejich rozsah podle odborností. Nelze připustit formulace jako „obvyklý rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření“, nebo „standardní vyšetření pacienta“, protože nic takového není normováno.

Při zpracování obsahu a rozsahu anamnézy a klinického (fyzikálního) vyšetření je nutno vycházet i z náplně jednotlivých typů vyšetření (komplexní, cílené, kontrolní) v metodice ZP, resp. v registračních listech jednotlivých výkonů, nelze však bez výčtu rozsahu vyšetření na tyto výkony odkazovat, protože jejich náplň není obecně známa.

Zařízení dále stanoví, které osoby mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet a provádět záznamy, přitom vychází z platné legislativy.⁴⁶

V souladu s předpisem zařízení vydá seznam zakázaných zkratk (resp. výčet dokumentace, v níž je užívání zkratk nepřipustné – např. předepisování léků, propouštěcí zprávy) a zveřejní obvyklým způsobem seznam zkratk uváděných ve zdravotnické dokumentaci. Toto se netýká obecně známých zkratk (např. jednotky SI systému či značky chemických prvků). Zejména tam, kde se uvádějí zkratky do dokumentace odesílané ze zařízení, musí být na každé takové zprávě odkaz na místo, kde lze význam zkratk vyhledat, případně může zařízení užívání zkratk v takových dokumentech zakázat.

Indikátory standardu:

1. Zařízení vypracuje vnitřní předpis, který upravuje formální a věcnou náplň zdravotnické dokumentace hospitalizovaných i ambulantních pacientů.

⁴⁶ viz § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

2. Do dokumentace pacientů nahlíží jen osoby uvedené v předpisu.
3. Do dokumentace pacientů provádějí záznamy jen osoby uvedené v předpisu.
4. Vnitřní předpis stanoví seznam zkratk používaných ve zdravotnické dokumentaci a seznam zakázaných zkratk či situací, kdy je užívání zkratk zakázáno.
5. Zdravotnická dokumentace je vedena v souladu s předpisem.

Zařízení určí vnitřním předpisem frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů.

Účel a naplnění standardu:

Tento standard lze naplnit při vypracovávání vnitřního předpisu upravujícího vedení zdravotnické dokumentace.⁴⁷ K naplnění standardu je nutno stanovit frekvenci a rozsah lékařských vizit a záznamů ošetrovatelského personálu či jiných osob. Jedná se pochopitelně o úpravu pravidelných záznamů u pacientů. Předpis stanoví obsah i formu zápisu (včetně času záznamu, identifikace a podpisu osob, které záznam provedly). U pravidelných záznamů (vizita lékaře a sestry) lze povinnost uvádět čas záznamu naplnit, pokud v harmonogramu oddělení nebo ve vnitřním předpisu je přesně stanovena doba, kdy vizita probíhá. Všechny další záznamy však časovým údajem označeny být musí.

Indikátory standardu:

1. Zařízení upraví vnitřním předpisem v souladu s místními podmínkami frekvenci a obsah zápisů všech profesních skupin, které o pacienta pečují (lékaři, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, kliničtí psychologové atp.).
2. Záznamy všech osob jsou vedeny v souladu s vnitřním předpisem.

⁴⁷ viz § 53 až § 69 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; vyhláška MZ č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

V dokumentaci každého pacienta je pravidelně písemně vyhotovována epikríza s frekvencí a věcným obsahem stanovenými pro každé oddělení.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení upraví vnitřním předpisem (praktické je v rámci úpravy vedení dokumentace) frekvenci, formu i rozsah zapisování epikríz do dokumentace pacientů. Dle rozhodnutí managementu zařízení se může situace na jednotlivých pracovištích lišit – v rámci jednoho pracoviště ale musí být frekvence, forma i rozsah zapisování epikríz stejná.

V tomto vnitřním předpise zařízení stanoví, který lékař je za zápis epikrízy odpovědný (obvykle ošetřující lékař).

Indikátory standardu:

1. Zařízení upraví vnitřním předpisem frekvenci, formu i rozsah zapisování epikríz do dokumentace pacientů na jednotlivých pracovištích (odděleních, klinikách).
2. Tento vnitřní předpis je v souladu s platnou legislativou.⁴⁸
3. Epikríza se v zařízení provádí v souladu s předpisem.
4. Obsahová náplň je v zařízení v souladu s předpisem.

⁴⁸ viz § 2 písm. c) vyhlášky MZ č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Všichni propouštění pacienti jsou v den propouštění vybaveni propouštěcí zprávou (předběžnou nebo definitivní), jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány vnitřním předpisem.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení naplní tento standard, když ve vnitřním předpise (nejlépe v tom, který obecně upravuje vedení zdravotnické dokumentace) upraví obsahové a formální náležitosti propouštěcí zprávy vydávané propouštěným pacientům. V tomto předpise uvede interval, ve kterém se definitivní zpráva vyhotoví a pokud není vyhotovena při propouštění pacientů, stanoví se náležitosti předběžné propouštěcí zprávy, kterou pacient musí být při propouštění vždy vybaven. Tento předpis určí, který lékař za vypsání propouštěcí zprávy odpovídá a zda ji kromě něho podepisuje ještě jiná osoba (např. primář oddělení).

Součástí tohoto předpisu jsou také obsahové a formální náležitosti ošetrovatelské překladové zprávy, pokud tato není součástí celkové propouštěcí zprávy.

Indikátory standardu:

1. Zařízení upraví vnitřním předpisem obsahové a formální náležitosti propouštěcí zprávy.
2. Propouštěcí zprávou odpovídající tomuto předpisu jsou pacienti vybaveni při propouštění.
3. Předběžná a definitivní propouštěcí zpráva je součástí dokumentace pacienta.

Zařízení provádí kontrolu zdravotnické dokumentace včetně úplnosti a včasnosti vyhovování propouštěcích zpráv.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení zavede pravidelné audity zdravotnické dokumentace a výsledky těchto auditů vyhodnocuje, s výsledky pracuje a jednotlivá oddělení jsou průběžně informována o výsledcích takové kontroly. Zařízení naplní standard, zavede-li pravidelné audity dokumentace (hospitalizovaných i ambulantních pacientů). Výsledky auditů porovnává v časové řadě a užívá je při evaluaci pracovišť.

Indikátory standardu:

1. V zařízení probíhají pravidelné audity zdravotnické dokumentace.
2. Zařízení pravidelně vyhodnocuje úplnost a včasnost propouštěcích zpráv.
3. Výstupy této kontroly zařízení efektivně používá k průběžnému hodnocení pracovišť.

Účel a naplnění standardu:

Vnitřní předpisy určují bezpečnostní postupy povolující pouze oprávněným osobám získat přístup k datům a informacím. Přístup k různým kategoriím informací závisí na potřebnosti a je definován podle pracovního zařazení a funkce včetně studentů na výukových pracovištích.

Účinný postup určuje:

- a. kdo má přístup k informacím;
- b. informace, ke kterým má jednotlivec přístup;
- c. závazek uživatele pracovat s informacemi jako s důvěrnými;
- d. postup při narušení ochrany a zabezpečení.

Indikátory standardu:

1. Zařízení má písemný předpis určující zabezpečení informací, který upravuje minimálně oblasti uvedené v písmenech a) až d) účelu standardu a respektuje platnou legislativu.
2. Jsou určeny osoby, které z důvodu pracovního postavení či potřeb mají povolen přístup ke každé kategorii dat a informací.
3. Předpis je zaveden.
4. Sleduje se dodržování předpisu.

Zařízení má zavedenu bezpečnostní politiku informačních technologií včetně havarijních plánů.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení stanoví vnitřním předpisem bezpečnostní politiku informačních technologií, která řeší rizikové oblasti provozu informačních technologií. Bezpečnostní politika informačních technologií obsahuje minimálně následující oblasti:

- a. popis jednotlivých modulů informačního systému zařízení (např. klinický informační systém, laboratorní informační systém, apod. včetně intranetu a elektronické pošty) s uvedením odpovědnosti za správu a údržbu. Důraz se klade zejména na ty druhy používaných informačních systémů, které pracují s daty pacientů či jinými citlivými daty;
- b. fyzickou bezpečnost – ochranu součástí informačního systému proti neoprávněnému vniknutí osob (prevence a detekce neoprávněného vniknutí), ochrana médií s uloženými informacemi (archivační média, tiskové a jiné výstupy), ochrana proti přírodním živlům apod.;
- c. logickou bezpečnost – hardwarová a softwarová opatření pro kontrolu přístupu, identifikaci uživatele, odpovědnost uživatele, integritu dat, dostupnost informací, rozdělení pravomocí, sledování a záznam činnosti systémů i uživatelů apod.;
- d. personální bezpečnost – definice přístupových práv pro práci s informačním systémem, změny těchto práv (včetně jejich ukončení) při změnách pracovního zařazení, monitorování a protokolování aktivit uživatelů, detekce neautorizovaných aktivit, osvěta a školení;
- e. procedurální bezpečnost – kontrolu vstupu a výstupu dat, zálohovací procedury, havarijní plány (včetně náhradních opatření v případě nefunkčnosti či omezené funkčnosti informačního systému), bezpečnostní pravidla provozu informačního systému.

Indikátory standardu:

1. Zařízení definuje písemným předpisem bezpečnostní politiku informačních technologií minimálně v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu.
2. Zařízení zajistí fyzickou bezpečnost informačních technologií.
3. Zařízení zajistí logickou bezpečnost informačních technologií.
4. Zařízení zajistí personální bezpečnost informačních technologií.
5. Zařízení zajistí procedurální bezpečnost informačních technologií.

XII.

Řízení lidských zdrojů

Vedení zařízení plánuje počet personálu a jeho kvalifikaci k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky.

Účel a naplnění standardu:

V návaznosti na poslání zařízení, spektrum poskytované péče a potřeby pacientů a jejich blízkých, management a vedoucí pracovníci jednotlivých pracovišť společně stanoví počty potřebného personálu, jejich požadovanou kvalifikaci a definuje podmínky a pravidla jejich dalšího vzdělávání. Pokud zařízení z nějakého důvodu plán nedodrží (například z důvodu nedostatku personálu), management tuto skutečnost vede v patrnosti a přijímá opatření, aby tato situace neohrozila kvalitu a bezpečí poskytované péče. Zařízení standard naplní, pokud prokáže, že plánuje obsazení jednotlivých pracovišť a kontinuální vzdělávání zaměstnanců, že tento plán je aktuální a v praxi se dodržuje a že jsou dodržovány všechny legislativní normy, které tuto oblast upravují.

Indikátory standardu:

1. Počty personálu potřebného pro jednotlivá pracoviště a jejich kvalifikace se v zařízení plánují.
2. Počty a kvalifikace personálu odpovídají plánu nebo jsou přijímána náhradní opatření.
3. Kontinuální vzdělávání personálu se plánuje v souladu s potřebami zařízení.
4. Každému zaměstnanci je umožňováno nebo přímo poskytováno vzdělávání a odborné školení jak v rámci zařízení, tak mimo něj, které udržuje či zvyšuje jeho znalosti a dovednosti.
5. Zařízení dodržuje platnou legislativu v oblasti plánování počtu a rozšiřování kvalifikace pracovníků.⁴⁹

⁴⁹ viz § 11 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; vyhláška MZ č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb; § 230 až 235 zákona č. 262/2005 Sb., zákoník práce.

Každý pracovník zařízení má osobní spis, který obsahuje důležité informace o jeho dosažené kvalifikaci a další informace požadované legislativou.

Účel a naplnění standardu:

U každého pracovníka je nutno důsledně vést doklady o dosaženém vzdělání a další doklady, které jsou podstatné pro zařazení pracovníka do pracovního procesu.

Zařízení naplní standard, pokud prokáže, že má zaveden postup ověření a zařazení potřebných dokladů do osobního spisu při vstupu nového pracovníka a že tyto doklady vždy při změnách aktualizuje. Tato povinnost se v přiměřeném rozsahu vztahuje i na pracovníky, kteří svou činnost provádějí na základě jiného než pracovněprávního vztahu (například na základě dodavatelské smlouvy provádějí konziliární činnost či zajišťují ústavní pohotovostní službu).

Indikátory standardu:

1. Každý pracovník zařízení má zaveden osobní spis.⁵⁰
2. Osobní spis každého pracovníka obsahuje informace o jeho dosažené kvalifikaci a předchozí odborné praxi.
3. Osobní spis každého pracovníka obsahuje všechny doklady požadované legislativou.
4. Osobní spis každého pracovníka je aktuální, v zařízení je zaveden postup aktualizace dokladů shromažďovaných v osobních spisech pracovníků.

⁵⁰ viz § 312 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce.

Povinnosti každého pracovníka zařízení jsou stanoveny v platné náplni práce.

Účel a naplnění standardu:

Povinnosti a pravomoci každého pracovníka (včetně těch, kteří pracují na podkladě jiného než pracovněprávního vztahu) je třeba přesně definovat. Stanovené povinnosti a pravomoci pracovníků musí odpovídat jejich skutečné činnosti (nestačí tedy například formální citace z katalogu prací) a musí být definovány písemně tak, aby byly pro pracovníky závazné (například jako příloha pracovní smlouvy nebo přímo jako součást dodavatelské smlouvy u externích pracovníků). Při určování náplně práce je třeba postihnout i situace, kdy se pravomoci a povinnosti pracovníka mění, například při službě mimo pracovní dobu apod. Pokud se na některé činnosti vztahují zvláštní požadavky na odbornou kvalifikaci (dosažené vzdělání, praxe), náplň práce musí být v souladu s těmito požadavky.

Indikátory standardu:

1. Každý pracovník zařízení má písemně stanovenou náplň práce.
2. Náplň práce každého pracovníka odpovídá jeho dosaženému vzdělání, kvalifikaci a předchozí odborné praxi.
3. Náplň práce každého pracovníka je aktuální a odpovídá realitě, všichni pracovníci znají svoje povinnosti a pravomoci vyplývající z náplně práce.

Všichni pracovníci jsou při nástupu zapracováni (adaptační proces) dle potřeb zařízení a s ohledem na jejich náplň práce a požadavky legislativy.

Účel a naplnění standardu:

Nový pracovník, chce-li dobře plnit svoji funkci, potřebuje porozumět organizační struktuře zařízení a svému zapojení v ní. Toho dosáhne tím, že se seznámí s novým pracovištěm a svou vlastní pracovní náplní. Jako součást takového uvedení do provozu musí být pracovník seznámen se všemi vnitřními předpisy, které se vztahují k jeho práci a musí si osvojit veškeré postupy, které bude provádět. U některých takových činností je s výhodou požadovat po proškoleném pracovníkovi, aby prokázal potřebné znalosti a dovednosti před tím, než je mu umožněno provádět je samostatně. Je rovněž nutné pamatovat na školení, která jsou povinná z platné legislativy (například školení v bezpečnosti a ochraně zdraví při práci, protipožární ochraně a podobně).

Povinnost řádného zapracování se v přiměřeném rozsahu vztahuje i na smluvní/externí pracovníky, stážisty a další osoby, které provádějí pracovní činnost v zařízení. I v jejich případě platí, že rozsah zapracování odpovídá jejich pracovnímu zařazení.

Indikátory standardu:

1. Všichni pracovníci zařízení jsou při nástupu zapracováni.
2. Délka, rozsah a náplň zapracování odpovídá pracovnímu místu, které pracovník zastává.
3. Všichni pracovníci jsou v rozsahu stanoveném v zařízení zapracováni v oblastech, které požaduje platná legislativa.
4. O zapracování každého pracovníka je veden písemný záznam.

Všichni pracovníci zařízení, kteří poskytují zdravotní péči, mají stanoveno aktuální spektrum svých kompetencí. Kompetence každého pracovníka jsou pravidelně hodnoceny.

Účel a naplnění standardu:

Každý pracovník poskytující zdravotní péči musí mít stanovené spektrum kompetencí (činnosti, které smí provádět v souvislosti s péčí o pacienty). Ty jsou mu přidělovány nejen na základě jeho vzdělání, ale také na základě poslání zařízení, spektra pacientů a jejich potřeb, specifických úkolů konkrétního pracoviště a v neposlední řadě osobních znalostí a dovedností, zdravotního stavu a hodnotového systému daného pracovníka. Vzhledem k tomu, že tyto kvality se v čase mění, kompetence všech pracovníků musí být průběžně přehodnocovány. Při stanovování kompetencí je nutné vycházet z platné legislativy a je možné přihlídnout například k doporučením odborných společností.

Při nástupu zdravotníka do zaměstnání jsou mu společně s popisem pracovní náplně přiděleny konkrétní kompetence a ty jsou dále pravidelně (v intervalu stanoveném zařízením, nejméně však jednou za dva roky) aktualizovány, a to na základě pravidelného hodnocení, které je, tam kde je to možné, založeno na konkrétních datech o kvalitě práce daného jednotlivce.

Pokud z hodnocení kompetencí pracovníka vyplynou nedostatky, které lze řešit poskytnutím dalšího vzdělávání a školení tomuto pracovníkovi, jsou tyto zahrnuty do jeho individuálního plánu školení a vzdělávání.

Aktuální spektrum kompetencí společně s pravidelným písemným hodnocením kompetencí každého zdravotnického pracovníka je zaznamenáno v jeho osobním spise.

Hodnocení je primárně vázáno na kompetence, tedy výkony, rozhodnutí či jiné činnosti, které se přímo vztahují k péči o pacienta. Proces přidělování a hodnocení kompetencí se tedy nevztahuje na nekliničké pracovníky zařízení.

Indikátory standardu:

1. Každý pracovník zařízení, který poskytuje zdravotní péči, má stanoveno spektrum svých kompetencí.
2. Informace o spektru kompetencí zdravotnických pracovníků jsou uvedeny v jejich osobních spisech, všichni zdravotničtí pracovníci jsou se svými kompetencemi seznámeni.
3. Kompetence každého zdravotnického pracovníka jsou průběžně hodnoceny a aktualizovány vždy při změně a minimálně jednou za dva roky, pracovníci jsou s výsledky hodnocení seznámeni.

4. Hodnocení a aktualizace kompetencí, tam, kde je to možné, jsou založeny na jasně definovaných kritériích nebo datech o kvalitě práce hodnoceného pracovníka, všichni pracovníci jsou s těmito kritérii seznámeni.
5. Pokud z hodnocení kompetencí pracovníka vyplyne potřeba dalšího vzdělávání či školení, jsou tyto u daného pracovníka plánovány.
6. Spektrum kompetencí každého zdravotnického pracovníka je aktuální a odpovídá skutečnosti.

Zařízení má vypracován plán bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) pro všechna pracoviště včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení musí identifikovat jednotlivá rizika na všech svých klinických i ostatních pracovištích, především rizika biologických činitelů, ale i další, např. RTG záření, neionizující záření při práci s lasery, poranění injekční jehlou, pády na pracovišti atd., a s přihlédnutím k těmto rizikům musí stanovit frekvenci pravidelných preventivních prohlídek pracovníků, přiřadit jim osobní ochranné pracovní pomůcky a přizpůsobit jim školení v BOZP na příslušných pracovištích.

Zařízení vytvoří vnitřní předpis, ve kterém pro různá pracoviště (standardní oddělení, intenzivní péče, operační sály, komplement atd.) stanoví úroveň protiepidemických opatření a s tím související vybavení pracovníků osobními ochrannými pracovními pomůckami (viz standardy č. 10.2 a 10.3).

Zařízení provádí vstupní a periodická školení, týkající se BOZP a hygienických předpisů, jejichž součástí je i ověření znalostí školeného personálu.

Indikátory standardu:

1. Zařízení má vypracovány vnitřní předpisy upravující oblast BOZP v souladu s platnou legislativou.⁵¹
2. Zařízení má záznamy o proškolení personálu v souladu s vnitřním předpisem včetně ověření a zhodnocení jejich znalostí.
3. Vnitřní předpisy jsou v zařízení dodržovány.

⁵¹ viz § 101 až 108 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce; zákon č. 309/2006 Sb., zákon o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci; nařízení vlády č. 93/2012 Sb., podmínky ochrany zdraví při práci.

| | | | |
|---------------------------|---------|------------------------------|---------|
| A | | K | |
| alternativa | 33 | kompetence | 24, 144 |
| aplikační | 80 | komunikace | 93 |
| audit | 109 | kontinuita | 42 |
| | | konzultace | 44 |
| | | koordinace | 41 |
| B | | KPR | 67 |
| bariérová | 86 | kritéria | 53 |
| bariéra | 43 | kvalita | 105 |
| bezpečí | 105 | | |
| bezpečnost | 17, 122 | L | |
| bezpečnostní | 17 | laboratorní | 57 |
| bolesti | 54 | lčiva | 19 |
| | | legislativa | 95 |
| C | | léky | 19 |
| cytostatik | 79 | lůžková zdravotní péče | 45 |
| | | | |
| D | | M | |
| dat | 110 | medicinální plyn | 125 |
| deratizace | 88 | měřidla | 126 |
| dezinfekce | 86 | mytí | 86 |
| dezinfekční | 22 | | |
| diagnostická | 64 | N | |
| dietní | 44 | náplň | 142 |
| dodavatel | 99 | návazná | 44 |
| domáci | 45 | návyková | 77 |
| | | nežádoucí událost | 112 |
| E | | nozokomiální | 85 |
| edukace | 35 | nutriční | 44, 69 |
| elektřina | 125 | nutriční terapeut | 53 |
| epikríza | 132 | | |
| etická | 102 | O | |
| evakuace | 120 | odpady | 88 |
| | | omezovací | 34 |
| F | | operační | 20 |
| farmakologická | 34 | ordinace | 79 |
| frekvence | 80 | organizační struktura | 93 |
| fyzioterapeut | 53 | ošetřovatelská | 66 |
| | | | |
| H | | P | |
| havarijní | 136 | pád | 21 |
| hygiena | 22 | podpora | 101 |
| | | povrch | 79 |
| Ch | | požár | 119 |
| chemická | 77 | práva | 27 |
| | | primární | 45 |
| I | | profesionální | 85 |
| identifikace | 18 | prognostická | 47 |
| infekce | 85 | propouštění | 44 |
| infekční | 85 | propuštění | 55 |
| informace | 135 | prostředky | 20 |
| informovaný souhlas | 32 | předání | 46 |
| integrace | 65 | přehodnocení | 56 |
| interval | 56 | překlady | 47 |
| izolační | 86 | | |

| | | | |
|--------------------------|---------|-----------------------|--------|
| R | | U | |
| radiodiagnostická..... | 60 | úklid..... | 88 |
| rehabilitační..... | 73 | V | |
| rehabilitační..... | 44 | vize..... | 94 |
| resuscitace..... | 67 | vizity..... | 56 |
| režimová..... | 44 | vnitřní předpisy..... | 96 |
| rizika..... | 19, 119 | voda..... | 125 |
| S | | vyšetření..... | 51 |
| skladování..... | 77 | vyšetřování..... | 30 |
| soukromí..... | 30 | výživová..... | 68 |
| spirituální potřeby..... | 29 | vzorky..... | 59, 81 |
| spis..... | 141 | Z | |
| sterilizace..... | 86 | zabezpečení..... | 135 |
| stížnost..... | 37 | zakouření..... | 119 |
| strategie..... | 94 | záměny..... | 20 |
| stravy..... | 68 | zapracování..... | 143 |
| T | | záření..... | 126 |
| technologie..... | 136 | | |
| tlumočnická..... | 28 | | |
| transport..... | 59 | | |



SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE

www.sakcr.cz

Tigis
VYDAVATELSTVÍ
NAKLADATELSTVÍ

www.tigis.cz

ISBN 978-80-905886-0-8