



SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE

AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NEMOCNICE



4. vydání
účinné od 1. února 2024

© Spojená akreditační komise, o.p.s.

AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NEMOCNICE

*obsahující hodnotící požadavky specifikované v příloze č. 1 vyhlášky MZČR
č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče*

Editoři:

MUDr. David Marx, Ph.D.
Ing. Gabriela Franková

4. vydání
účinné od 1. února 2024

schváleno MZČR dne: 19. 07. 2023

© Spojená akreditační komise, o.p.s.
2023

AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NEMOCNICE

Editoři:

MUDr. David Marx, Ph.D.

Ing. Gabriela Franková

Grafická úprava, sazba, zlom a tisk:



V roce 2023 vydala SAK, o. p. s. společně
s tiskárnou H&B Tisk a.s., Vrchní 23, 747 05 Opava,
www.hbtisk.cz

© Spojená akreditační komise, o.p.s.

© H&B Tisk a.s.

ISBN 978-80-905886-1-5

Obsah	3
Předmluva	5
Úvod	7
Pojmy	9
I. Resortní bezpečnostní cíle	11
II. Práva pacientů a jejich edukace	21
III. Dostupnost a kontinuita péče	37
IV. Diagnostická péče	45
V. Terapeutická péče	59
VI. Anesteziologická a chirurgická péče	71
VII. Objednávání, předepisování a podávání léčivých přípravků	79
VIII. Hygiena nemocničního prostředí a protiepidemická opatření	87
IX. Řízení a správa	97
X. Řízení kvality a bezpečí	109
XI. Bezpečí prostředí	121
XII. Informace a komunikace	137
XIII. Řízení lidských zdrojů	151
Rejstřík klíčových slov	161
Poznámky	165

Vážené kolegyně, vážení kolegové, všichni, kdo se podílíte přímo či nepřímo na poskytování zdravotních služeb formou akutní lůžkové péče v nemocnicích, pracovníci zodpovědní za systém řízení kvality a bezpečí zdravotní péče, včetně jeho následného externího zhodnocení pomocí vyhlášených akreditačních standardů, Spojená akreditační komise vám předkládá v pořadí již čtvrté vydání akreditačních standardů pro nemocnice – publikaci, která reaguje na četné změny jak v oblasti platné legislativy, tak ve vnímání kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb či v oblasti identifikace a řízení rizik, které od vydání 3. revize standardů v roce 2014 nastaly.

V návaznosti na výsledky každoročně zpracovávané analýzy Spojené akreditační komise, o.p.s., v oblasti plnění jednotlivých standardů a indikátorů, a s ohledem na nemocnice, které se k prvnímu externímu hodnocení kvality a bezpečí teprve připravují, bylo v této revizi přistoupeno ke zvýšení interpretační a uživatelské přívětivosti u některých standardů (např. standard pro použití omezovacích prostředků, kompetence zdravotnických pracovníků apod.), a to formou jejich přeformulování či doplněním odkazů a vysvětlivek. Vedle těchto změn formálního charakteru obsahuje nové vydání standardů i několik novinek, které by v kontextu vývoje a zmíněných změn měla mít nemocnice, proklamující snahu o kontinuální zvyšování kvality a bezpečí svých služeb, zavedeny do praxe.

Při formulování nových požadavků bylo vždy zvažováno hledisko potenciální míry rizika pro dané postupy a činnosti a jejich dopady na pacienty, pracovníky nemocnic a jiné zainteresované osoby. V kontextu zkušeností s pandemií Covid-19 i s trvale narůstajícím globálním rizikem antibiotické rezistence se jednoznačně jevilo jako žádoucí efektivní a systémové nastavení procesu prevence a kontroly infekcí. Nové znění standardů v kapitole 8. Hygiena nemocničního prostředí a protiepidemická opatření tomu plně odpovídá. Vedle této nejrozsáhlejší změny byla pozornost zaměřena rovněž na oblast proaktivního řízení kvality a bezpečí – význam tohoto procesu trvale stoupá mj. i s ohledem na narůstající počet soudních sporů ve zdravotnictví. Do této oblasti patří např. zavedení nového standardu, který požaduje zavedení systému včasné detekce zhoršení stavu pacienta.

Systémy pro řízení kvality a bezpečí zdravotních služeb si již v České republice našly své pevné místo a značný posun v této oblasti ze strany poskytovatelů péče je od dob prvního vydání akreditačních standardů pro nemocnice zcela nezpochybnitelný.

Z uvedeného důvodu je třeba, aby se tomuto trendu přizpůsobily i jednotlivé standardy a indikátory a vytvořily tak nemocnicím prostor pro ještě sofistikovanější řízení rizik – proto byla rozšířena kapitola 10. Řízení kvality a bezpečí o jasně specifikované povinné oblasti pro realizaci interního auditu a sběr dat o kvalitě (indikátory kvality) a do kapitoly 12. byla zakomponována oblast legislativou řízené kybernetické bezpečnosti. U některých standardů byly definovány nové požadavky na kontinuální vzdělávání zaměstnanců v některých klíčových oblastech. Nedílnou součástí Akreditačních standardů SAK pro nemocnice jsou i Resortní bezpečnostní cíle – ty jsou v publikaci uvedeny v původním znění – liší se tak od ostatních kapitol tím, že na rozdíl od standardů neobsahují část „účel“. Na základě zkušeností z předcházejícího období je u některých z nich uveden v poznámkách pod čarou ideální postup implementace vycházející z mezinárodních doporučení – to usnadňuje efektivní zavedení požadavků cílů do klinické praxe.

Dovolte, abych závěrem poděkoval všem, kdo na tomto čtvrtém vydání spolupracovali, ať již v pozici autorů jednotlivých standardů (MUDr. Dana Hedlová, Ph.D. a MUDr. Lucie Bareková, Ph.D., Bc. Petr Foltýn a kolektiv, Ing. Patrik Kapias, MBA, MUDr. Otakar Buda, MBA, Mgr. Pavel Ruml a další) či jako pečliví připomínkující a kritici (spolupracovníci, auditoři a konzultanti SAK), kteří do standardů vnášeli pohled každodenní praxe nemocnic. Chtěl bych rovněž poděkovat vám všem, kdo budete s těmito standardy pracovat, a popřál vám mnoho úspěchů při zvyšování kvality a bezpečí ve vašich zařízeních. Odměnou, nechtě jsou vám dobře vyšetření a bezpečně a kvalitně léčení pacienti a spokojený personál vašich nemocnic.

MUDr. Ivan Staněk, MBA

Předseda Správní rady Spojené akreditační komise, o.p.s.

Čtvrté vydání Akreditačních standardů Spojené akreditační komise (SAK) pro nemocnice vychází po téměř desetileté přestávce od vydání předcházejícího. V tomto období docházelo pochopitelně ke kontinuálnímu zpřesňování interpretací jednotlivých standardů ve vazbě na legislativní změny i na základě vývoje zdravotnické praxe, bylo to také období zásadně ovlivněné dopadem pandemie Covid-19 na zdravotnické systémy v celém světě včetně České republiky.

Předkládané nové vydání akreditačních standardů bylo zpracováno na základě následujících zdrojů:

- 1) Aktuální stav národní i evropské legislativy v oblastech, které jsou jednotlivými kapitolami pokryty. Upraven byl jak text standardů, jejich účelu či indikátorů, tak systém legislativních odkazů – pochopitelně s výhradou změn, k nimž v čase logicky dochází. Explicitně jsou ve standardech promítnuty zejména požadavky některých resortních metodických pokynů (např. zavedení systémů včasné detekce zhoršení stavu pacientů, postup při použití omezovacích prostředků apod.).
- 2) Připomínky z praxe a zkušenosti z provedených akreditačních šetření. SAK průběžně analyzuje hodnocení jednotlivých standardů a indikátorů i možnost integrace požadavků jednotlivých standardů. Věnujeme se též zpětné vazbě od akreditovaných zařízení i od našich spolupracovníků – auditorů a konzultantů – s cílem formulovat standardy a jejich požadavky maximálně srozumitelně a uživatelsky přátelsky – právě na základě připomínek z terénu dochází v aktuálním vydání jak k formulačním zpřesněním, tak k redukci některých standardů s duplicitními požadavky či k integraci více standardů do jednoho.
- 3) Globální i lokální vývoj zdravotnických systémů v oblasti kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Tomu například odpovídá zcela přepracovaná kapitola 8. Prevence a kontrola infekcí. Nové znění odpovídá aktuálnímu pojetí prevence infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče (HAI) jako proaktivního procesu vycházejícího z konkrétní situace (a konkrétních rizik) u dané nemocnice. Podobným způsobem byl přeformulován standard týkající se kyberbezpečnosti –

text tak pomáhá nemocnicím efektivně zavádět externí legislativní požadavky a účinně zavádět preventivní opatření.

Většina změn nijak neovlivňuje procesy zavedené dle předcházejícího vydání standardů – jedná se především o zpřesnění požadavků a jejich formulací. Spojená akreditační komise rovněž poskytne nemocnicím, které již mají systém dle standardů SAK zavedený a připravují se na reakreditaci, písemné podklady (tabulka změn) usnadňující práci s textem této 4. revize standardů a bude poskytovat konzultační i edukační podporu na svých školících akcích i formou ad hoc konzultací pro jednotlivé nemocnice.

*MUDr. David Marx, Ph.D.
Ředitel Spojené akreditační komise, o.p.s.*

Pojmy

V těchto akreditačních standardech jsou pro zjednodušení používány následující obecné pojmy, kterými se rozumí:

Léčivé přípravky	Označení pro léčivé přípravky, léčiva a krev a krevní deriváty.
Legislativa	Pro zjednodušení je tento pojem užíván v rámci standardů pro označení právních předpisů, přičemž vždy je míněno pouze platné znění.
Nemocnice	Poskytovatel akutní lůžkové zdravotní péče dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.
Školení	Jedná se o obecný pojem, užívaný v textu standardů, který definuje požadavek na systémové zvyšování znalostního potenciálu zaměstnanců nemocnice v definované oblasti. Formu, rozsah a způsob dokladovatelnosti, s výjimkou povinných školení v souladu s platnou legislativou (např. BOZP, instruktáže u zdravotnických prostředků apod.), si stanoví nemocnice sama. Může se jednat například o seznámení s postupy, které proběhne v rámci provozní porady, prokazatelné seznámení s vnitřním předpisem, který standardizuje příslušnou problematiku, e-learning apod.

Zkratky

ČR	Česká republika
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník dle zákona č. 96/2004 Sb., v platném znění; je-li v textu uvedena bližší specifikace (např. sestra pro kontrolu infekcí apod.), znamená to, že uvedenou činnost vykonává tento konkrétní pracovník, nikoliv kterýkoliv nelékařský zdravotnický pracovník.
SAK	Spojená akreditační komise, o.p.s.
RBC	Resortní bezpečnostní cíle

Resortní bezpečnostní cíle

Účel Resortních bezpečnostních cílů:

Resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví ČR¹ vycházejí z publikovaných postupů směřujících k minimalizaci rizik ve frekvenčně nejrizikovějších oblastech poskytování zdravotní péče.

Těmito oblastmi jsou:

1. Bezpečná identifikace pacientů.
2. Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizika.
3. Prevence záměny pacienta, výkonu, strany a místa při výkonech.
4. Prevence pádů.
5. Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.
6. Bezpečná komunikace.
7. Bezpečné předávání pacienta.
8. Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných 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. V případě budoucích změn rozsahu či požadavků Resortních bezpečnostních cílů SAK, včas oznámí akreditovaným nemocnicím i zájemcům o akreditaci případnou odpovídající změnu Akreditačních standardů.

Nemocnice 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 nemocnici provádějí.

¹Věstník MZČR, částka 13/2021.

Indikátory
kvality a bezpečí

Cílem standardu je stanovit jednotný postup při identifikaci pacientů. Každý pacient musí být správně identifikován zejména před tím, než je mu podán léčivý či transfuzní přípravek a krevní deriváty, odebrán vzorek biologického materiálu a před provedením jakýchkoli diagnostických, terapeutických či ošetrovatelských výkonů.

Standard je splněn, jestliže nemocnice:

1. Má vypracován postup pro jednoznačnou, bezpečnou identifikaci pacientů.
2. Má zavedený jednotný systém dvoustupňové identifikace pacientů (např. Identifikační náramek a slovní identifikace pacienta).
3. Má stanoven dvoustupňový způsob identifikace pacienta, který není schopen ze zdravotních důvodů sdělit vlastní identifikační údaje či nelze označit pacienta např. Identifikačním náramkem.
4. Má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. Interní audit, systém sledování nežádoucích událostí, systém sledování neshod na příjmu biologického materiálu v klinických laboratořích – viz dále) a v případě zjištění nedostatků přijímá nápravná opatření.

Poznámky pro hodnocení

V souladu s principy předběžné opatrnosti a standardy správné praxe nemocnice stanoví minimálně dva identifikátory (obvykle jméno, příjmení a datum narození) s tím, že verbální identifikace pacienta je vždy aktivní – tedy vyzváním pacienta ke sdělení obou identifikátorů.

Součástí vnitřního předpisu je i uvedení postupu pro identifikaci osob přijatých bez dostupného identifikačního nástroje (např. osoba v bezvědomí bez jakýchkoli průkazů totožnosti).

Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizika

Cílem standardu je stanovit seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizika (dle charakteru oddělení) ve vztahu k možnosti poškození pacienta, individuálně pro každé oddělení. K těmto léčivým přípravkům patří vždy injekční roztoky Chloridu draselného (KCl) o koncentraci 7,45 % a vyšší, inzulinů a neředěné hepariny (pokud se používají). Zajistit bezpečné skladování těchto léčivých přípravků v souladu s doporučením výrobce léčiv a zajistit podmínky bezpečného užívání léčivých přípravků s vyšší mírou rizika samotnými pacienty, které jsou vneseny do zdravotnického zařízení samotnými pacienty.

Indikátory kvality a bezpečí

Standard je splněn, jestliže nemocnice:

1. Má stanoven seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizika (dle charakteru oddělení) a seznam pracovišť, která je mohou objednávat v ústavní lékárně podle potřeby.
2. Má zajištěno bezpečné uložení léčivých přípravků s vyšší mírou rizika v souladu s platnou legislativou a souhrnem údajů o léčivém přípravku (SPC).
3. Má stanoven postup bezpečného nakládání s léčivými přípravky s vyšší mírou rizika zdravotnickým personálem.
4. Má stanoveny podmínky pro užívání léčivých přípravků s vyšší mírou rizika samotnými pacienty, které jsou vneseny do zdravotnického zařízení samotnými pacienty.
5. Má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, systém sledování nežádoucích událostí – viz dále) a v případě zjištění nedostatků přijímá nápravná opatření.

Poznámky pro hodnocení

V souladu s principy předběžné opatrnosti a standardy správné praxe nemocnice stanoví, že umístění rizikových léčiv je možné pouze na pracovištích, kde je to z důvodů péče o pacienty nutné. Cílem tohoto opatření je předcházet zbytečnému skladování léčivých přípravků s vysokou mírou rizika bez schopnosti prokázat jejich reálnou potřebu (např. údaje o frekvenci objednávek).

Prevence záměny pacienta, výkonu, strany a místa při výkonech

Prevence záměny pacienta, výkonu, strany a místa při operačních/intervenčních/invazivních výkonech je komplexním bezpečnostním opatřením, které v sobě zahrnuje nejen bezpečnou komunikaci a identifikaci pacienta, ale je odrazem vzájemné spolupráce mezi jednotlivými odděleními. Cílem standardu je nastavit komplexní opatření tak, aby riziko pochybení v souvislosti se záměnou pacienta, výkonu, strany a místa při operačních/intervenčních/invazivních výkonech bylo zcela minimalizováno či vyloučeno.

Indikátory kvality a bezpečí

Standard je splněn, jestliže nemocnice:

1. Má stanovené jednotné postupy pro provedení správného výkonu u správného pacienta na správné straně a místě.
2. Používá standardizovaný způsob označení strany a místa výkonu a zajistí účast pacienta (pokud je to vzhledem k jeho zdravotnímu stavu možné) na označení strany a místa výkonu.
3. Používá a dokumentuje perioperační bezpečnostní proces bezprostředně před zahájením a před ukončením výkonu (minimálně tzv. *Kontrolní seznam – bezpečí chirurgického výkonu* uveřejněn na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví (MZČR).
4. Má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, systém sledování nežádoucích událostí viz dále) a v případě zjištění nedostatků přijímá nápravná opatření.

Poznámky pro hodnocení

Standardizovaným způsobem se míní postup stanovený v dané nemocnici – nikoli nutně používání stejné značky.

V případě indikátoru č. 3 se vždy aplikuje na výkony prováděné v celkové anestezii, na ostatní se aplikuje přiměřeně.

**Indikátory
kvality a bezpečí**

Pády pacientů ve zdravotnickém zařízení jsou jednou z nejčastějších nežádoucích událostí všech věkových skupin pacientů. Cílem standardu je zavést taková bezpečnostní opatření, která by pády pacientů minimalizovala.

Standard je splněn, jestliže nemocnice:

1. Má vypracovaný postup pro identifikaci rizikových pacientů, rizikových situací a prevenci pádů pacientů pro tyto situace.
2. Vede evidenci pádů pacientů.
3. Pravidelně provádí analýzu příčin pádů pacientů.
4. Vytváří a realizuje preventivní a nápravná opatření.
5. Má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, stopař, analýza sledování nežádoucích událostí viz dále).

Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

Hygienická dezinfekce rukou je účinným prostředkem prevence přenosu infekcí spojených se zdravotní péčí (HAI²). Jedná se o nejefektivnější cestu k celkovému snížení výskytu HAI a snížení nákladů na jejich léčbu. Cílem standardu je zavést optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče a zajistit vybavenost pracovišť dezinfekčními přípravky k zajištění hygieny rukou.

Indikátory kvality a bezpečí

Standard je splněn, jestliže nemocnice:

1. Má zaveden systém vstupního a periodického školení všech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků zdravotnického zařízení v oblasti hygieny rukou a bariérové péče.
2. Má zajištěnu vybavenost každého umyvadla hygienickými potřebami, dezinfekčními přípravky, je dostupné schéma správného mytí a dezinfekce rukou zejména na exponovaných místech např. vyšetřovnách, převazovnách atd.
3. Má zajištěny dezinfekční přípravky k dispozici v místě poskytování péče a na dalších rizikových místech, kde se manipuluje se zdravotnickými prostředky a pomůckami kontaminovanými biologickým materiálem.
4. Má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, e-learning, sledování výskytu infekcí spojených s poskytováním zdravotních služeb, sledování compliance hygieny rukou) a v případě zjištění nedostatků přijímá nápravná opatření.

²Zkratka vychází z anglického názvu Healthcare-Associated Infections.

Indikátory
kvality a bezpečí

Chyby v komunikaci mohou vést k nedorozumění a následnému poškození pacienta. Zavedení pravidel pro bezpečnou interní komunikaci ve zdravotnickém zařízení riziko nedorozumění snižuje. Cílem standardu je prevence pochybení při péči o pacienta způsobené nedorozuměním při komunikaci.

Standard je splněn, jestliže nemocnice:

1. Má vypracován a zaveden jednotný systém používaných interních zkratk.
2. Má zavedeny standardní postupy pro případy telefonických ordinací léčivých přípravků.
3. Má vypracován postup hlášení kritických hodnot vyšetření.
4. Má vypracován postup předávání informací telefonicky osobám určeným pacientem, orgánům státní správy, orgánům činných v trestním řízení a dalším osobám, které jsou oprávněny k získání informací o stavu pacienta, a médiím.
5. Má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. Interní audit, hlášení nežádoucích událostí) a v případě zjištění nedostatků přijímá nápravná opatření.

Poznámky pro hodnocení

V souladu s principy předběžné opatrnosti a standardy správné praxe nemocnice stanoví, že indikátor č. 2 se vztahuje i na ústní ordinace – minimální součástí ústní nebo telefonické ordinace (s výjimkou případů, kdy je poskytována neodkladná péče, či kdy léčivý přípravek podává přímo ordinující lékař) je pak její znění shodné s minimálním rozsahem stanoveným dle standardu 7.3 a explicitní stanovení postupu, kdy přijímající osoba ordinaci zapíše a svůj záznam ordinujícímu přečte.

Na péči o pacienta se v průběhu hospitalizace podílí mnoho zdravotnických pracovníků nebo jiných odborných pracovníků a v návaznosti na vývoj jeho zdravotního stavu není vyloučena potřeba překlada pacienta mezi jednotlivými odděleními či klinikami nebo i mimo danou nemocnici. Cílem standardu je zajistit jednotný způsob předávání pacientů a informací o nich u dané nemocnice.

**Indikátory
kvality a bezpečí**

Standard je splněn, jestliže poskytovatel:

1. Má vypracován a zaveden jednotný systém předávání pacientů a informací o nich u dané nemocnice.
2. Má vypracován a zaveden jednotný systém předávání pacientů a informací o nich mimo nemocnici.
3. Má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, analýza zdravotnické dokumentace, analýza klinického informačního systému, zpětná vazba od jiných poskytovatelů zdravotních služeb) a v případě zjištění nedostatků přijímá nápravná opatření.

Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů

Výskyt dekubitů u hospitalizovaných pacientů je jednou z možných nežádoucích událostí. Za nejúčinnější způsob řešení problematiky dekubitů je považována jejich včasná identifikace a prevence. Cílem standardu je sledování výskytu dekubitů a předcházení jejich vzniku.

Indikátory kvality a bezpečí

Standard je splněn, jestliže nemocnice:

1. Zavede vnitřním předpisem proces vstupního hodnocení rizika vzniku dekubitu u hospitalizovaných pacientů a opakovaného/periodického hodnocení u pacientů, u nichž došlo ke změně zdravotního stavu, ke změně pohybového režimu apod.
2. Zavede opatření ke snížení rizika dekubitů u pacientů, kteří jsou vyhodnoceni jako riziková.
3. Má stanoven jednotný postup pro prevenci vzniku dekubitů a postup řešení v případě, že k rozvoji dekubitu dojde.
4. Má zavedený systém evidence dekubitů, sledované výsledky analyzuje a pravidelně vyhodnocuje. V případě potřeby stanovuje nápravná a preventivní opatření.
5. Má zavedený vnitřní postup pro ošetřování dekubitů a volbu vhodných terapeutických postupů.
6. Má zaveden systém vzdělávání zdravotnického personálu v problematice prevence a léčby dekubitů.
7. Má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, systém sledování nežádoucích událostí, viz dále) v případě potřeby stanovuje nápravná a preventivní opatření.

Práva pacientů a jejich edukace

Seznam standardů kapitoly:

- 2.1. Každý pacient je při přijetí do nemocnice vhodnou formou seznámen se svými právy a povinnostmi. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace.
- 2.2. Všichni pacienti jsou informováni o svých právech a povinnostech způsobem a jazykem, kterému rozumí.
- 2.3. Při poskytování zdravotní péče se respektují kulturní, spirituální a náboženské hodnoty pacientů.
- 2.4. Při poskytování zdravotní péče se respektuje důstojnost a soukromí pacientů.
- 2.5. Nemocnice podporuje právo pacienta a jeho blízkých podílet se na poskytování zdravotní péče.
- 2.6. Veškeré výkony se provádějí se souhlasem pacienta.
- 2.7. Pacienti jsou přiměřeně informováni o povaze onemocnění, o navrhované léčbě a o poskytovatelích zdravotní péče takovým způsobem, aby se mohli podílet na rozhodování poskytované péči.
- 2.8. Používání omezovacích prostředků u pacientů je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a jeho okolí a s ohledem na právní řád ČR.
- 2.9. V nemocnici je zaveden účinný systém edukace pacientů a jejich blízkých.
- 2.10. Při edukaci pacientů pracovníci nemocnice vzájemně spolupracují.
- 2.11. V nemocnici je v souladu s platnou legislativou zaveden postup přijímání a řešení stížností pacientů a jejich blízkých.

Standard 2.1.

Účel a naplnění standardu:

Každý pacient je při přijetí do nemocnice vhodnou formou seznámen se svými právy a povinnostmi.³ O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace.

Dodržování práv pacientů je jednou ze stěžejních oblastí procesu kontinuálního zvyšování kvality. Povinností nemocnice je stanovit, kdo odpovídá za seznámení přijímaného pacienta, případně blízkých osob, s jeho právy a povinnostmi (přijímající lékař či přijímající NLZP). Při formulaci této povinnosti je nutno počítat se situací, kdy bezprostředně při přijetí zdravotní stav pacienta neumožňuje, aby byl se svými právy a povinnostmi seznámen; pak je toto seznámení nutno provést bez zbytečného odkladu, jakmile to umožňuje pacientův stav.

Osoba, která seznamuje pacienta s jeho právy a povinnostmi, o tom učiní záznam do dokumentace.

Nemocnice v souladu s platnou legislativou⁴ upraví postup při přijímání pacientů k hospitalizaci v situaci, kdy nemohou dát relevantní souhlas s hospitalizací.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice stanoví postup dokumentovaného seznámení pacienta s jeho právy a povinnostmi, postup stanoví osobu/osoby odpovídající za informování pacientů.
2. Nemocnice zajistí přístup pacienta k informacím o jeho právech a povinnostech v takové formě, která je pro pacienty srozumitelná.
3. Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při přijímání pacienta k hospitalizaci bez jeho souhlasu, a to včetně postupu informování pacienta o jeho právech, jakožto osoby nedobrovolně hospitalizované.
4. Stanovené postupy se v nemocnici kontrolují.
5. Stanovené postupy se v nemocnici dodržují.

³§ 28 a § 41 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění; § 46 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

⁴§ 38 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

Standard 2.2.

Všichni pacienti jsou informováni o svých právech a povinnostech způsobem a jazykem, kterému rozumí.⁵

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice připraví informační materiály v různých jazykových mutacích pro pacienty, kteří o ně projeví zájem.

Nemocnice naplní tento standard také zajištěním dostupnosti tlumočnických a překladatelských služeb pro pacienty, kteří nemluví a nerozumí česky, a dále pak pro pacienty s handicapem (neslyšící, nevidomí 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. V této souvislosti je třeba jednoznačně doporučit zajištění trvalé dostupnosti tlumočnických služeb na telefonu tak, aby nevznikalo riziko, informační bariéry a případné poškození pacienta v důsledku nedostatečných informací pro pracovníky poskytující zdravotní služby. Při poskytování odkladné zdravotní péče je možné pacienty požádat, aby si zajistili tlumočníky sami, nelze toto po nich však vymáhat.

Indikátory standardu:

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

⁵§ 30 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

Standard 2.3.

Při poskytování zdravotní péče se respektují kulturní, spirituální a náboženské hodnoty pacientů.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice zajistí, aby při poskytování zdravotní péče byly respektovány kulturní, spirituální a náboženské hodnoty pacientů. Pracovníci nemocnice motivují pacienty k tomu, aby vyjádřili své spirituální a kulturní potřeby. Pracovníci nemocnice znají postup k zajištění duchovní péče pro pacienty včetně kontaktů s kaplanem a duchovními mimo pravidelně stanovenou dobu.⁶

Duchovní službou v nemocnici je pověřen kaplan, který splňuje kritéria daná Metodickým pokynem ministerstva zdravotnictví o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb⁷. Seznam kaplanů zveřejňuje MZČR. Kaplan zajišťuje a koordinuje spolupráci nemocnice s jednotlivými církvemi působícími na daném teritoriu a spolupracuje s jejich duchovními.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice má zavedený postup pro identifikaci spirituálních a kulturních potřeb pacientů.
2. Nemocnice má zavedený postup k zajištění duchovní péče pro pacienty.
3. Tento postup umožňuje kontakty s kaplanem a duchovními i mimo pravidelně stanovenou dobu.
4. Pracovníci nemocnice tyto postupy znají a dodržují.

⁶§ 28 odst. 3 písm. j) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

⁷Věstník MZČR, částka 4/2017.

Standard 2.4.

Při poskytování zdravotní péče se respektuje důstojnost a soukromí pacientů.⁸

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice zajistí, aby při poskytování zdravotní péče byla vždy respektována důstojnost a soukromí pacientů.⁹ Toto se týká zejména vyšetření pacientů, rozhovorů s nimi, provádění diagnostických a léčebných výkonů a transportu pacientů po nemocnici. Při respektování soukromí nemocnice zajistí jak vizuální, tak auditivní soukromí (včetně jakýchkoli audiovizuálních záznamů a projekcí zahrnujících pacienty) - zejména zajistí, aby informace o zdravotním stavu pacientů nebyly bez výslovného souhlasu pacientů prezentovány před nepovolanými osobami včetně spolupacientů. Nemocnice 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 nemocnice respektují individuální (např. kulturní) potřeby soukromí u pacientů.

⁸ Podmínka respektu a soukromí se vztahuje rovněž na jakékoliv audiovizuální projekce zachycující pacienta.

⁹ viz § 28 odst. 3 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

Standard 2.5.

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

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice podporuje participaci pacientů a jejich blízkých na rozhodování o poskytování zdravotní péče. Nemocnice zajistí realizaci práva pacientů na druhý názor¹⁰ bez obav z ohrožení jejich zdravotní péče, a to jak v rámci dané nemocnice, tak mimo ni. Všichni pracovníci znají své povinnosti v oblasti podpory práv pacientů a jejich blízkých podílet se na poskytování zdravotní péče a jsou v této oblasti vzdělávání.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice vypracuje postupy podporující právo pacientů a jejich blízkých podílet se na poskytování zdravotní péče.
2. Součástí těchto postupů je vždy specifikace činnosti při realizaci práva pacienta na druhý názor a v případě dříve vysloveného přání.
3. Pracovníci jsou v oblasti podpory práv pacientů vzdělávání.
4. Pracovníci nemocnice stanovené postupy znají a dodržují.

¹⁰viz § 28 dost. 3 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění; § 46 dost. 1 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

Standard 2.6.

Veškeré výkony se provádějí se souhlasem pacienta.

Účel a naplnění standardu:

K nejvýznamnějším nástrojům k zajištění účasti pacientů na rozhodování o jim poskytnuté zdravotní péči patří informovaný souhlas. Aby pacient souhlasil s poskytováním péče/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 nemocnice (obecný souhlas s přijetím) či před jednotlivými výkony s vysokou mírou rizika. Nemocnice přesně stanoví vnitřním předpisem postup při získávání informovaného souhlasu, přičemž tento postup musí být v souladu s legislativou¹¹. Tento předpis popíše formy vyjádření souhlasu pacientů s výkonem (ústní, písemná apod.) a způsob dokumentace takového souhlasu.¹² Nemocnice dále stanoví a zveřejní spektrum výkonů, u kterých je nutno informovaný souhlas odebrat v písemné podobě, a příslušné výjimky při odebrání informovaného souhlasu vyplývající z legislativy včetně situace, kdy souhlas od pacienta nelze odebrat.¹³ Vnitřní předpis obsahuje rovněž postupy pro případ odmítnutí péče ze strany pacienta („revers“, případně též „negativní revers“), a to včetně specifikace rozsahu a obsahu příslušné dokumentace.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice vnitřním předpisem upraví postup při získávání informovaného souhlasu.
2. Nemocnice vnitřním předpisem upraví postup při odmítnutí péče ze strany pacienta.
3. Nemocnice stanoví a zveřejní vnitřním předpisem spektrum výkonů, u kterých je nutné informovaný souhlas zajistit v písemné podobě, včetně stanovení osob oprávněných písemný souhlas odebrat.
4. Příslušní pracovníci jsou seznámeni s postupy předepsanými při získávání informovaného souhlasu.
5. Informovaný souhlas/nesouhlas („revers“) se od pacientů získává formou a způsobem stanoveným vnitřním předpisem.

¹¹viz § 34, 35 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

¹²viz § 1 odst. 2) písm. i) vyhlášky MZČR č. 98/2012 Sb. v platném znění.

¹³viz § 45 odst. 2) písm. h) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

Standard 2.7.

Účel a naplnění standardu:

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.¹⁴

Tento standard navazuje na předcházející; všechny plánované diagnostické a terapeutické postupy pracovníci nemocnice srozumitelně vysvětlí pacientovi a – pokud je to na místě (tedy pacient s tím souhlasí, případně se jedná o situaci, kdy pacient nemůže vyslovit souhlas a informace se podává v souladu s platnou legislativou¹⁵) – jeho blízkým. Poskytnutá informace vždy obsahuje následující body:

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

Pracovníci nemocnice sdělí pacientovi jméno lékaře (resp. jiného zdravotnického pracovníka), který má primární odpovědnost za jemu poskytnutou péči nebo který by měl plánovaný výkon provést.¹⁶

Indikátory standardu:

1. Pacienti jsou informováni o svém zdravotním stavu.
2. Pacienti jsou informováni o navrhované léčbě a o tom, kdo příslušný výkon bude provádět.
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.

¹⁴ viz § 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

¹⁵ viz § 34 odst. 7 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

¹⁶ viz § 28 odst. 3 písm. g) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

Standard 2.8.

Používání omezovacích prostředků u pacientů je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a jeho okolí a s ohledem na právní řád ČR¹⁷.

Účel a naplnění standardu:

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

K naplnění tohoto standardu nemocnice vypracuje vnitřní předpis, který stanoví indikace k omezení pacientů, formu ordinace tohoto omezení s tím, že se jedná zejména o kompetenci lékaře (s výjimkou nezbytně nutné doby omezení pacientů, kteří jsou bezprostředně nebezpeční sobě nebo svému okolí). Předpis dále stanoví, jaký je rozsah a frekvence lékařského a ošetrovatelského vyšetření pacientů před použitím omezovacích prostředků včetně prostředků farmakologických, během omezení a po jeho ukončení a jakou formou se průběh použití omezovacích prostředků či farmakologického zklidnění zaznamenává do dokumentace pacientů. V souladu s platnou legislativou¹⁸ je minimálním obsahem dokumentace popsání důvodů, které vedly k aplikaci omezovacího prostředku, kroky, které předcházely samotnému omezení, včetně deeskalace, stanovení úrovně dohledu nad pacientem, frekvence přehodnocení trvání indikace k omezení pacienta lékařem a jednoznačné rozhodnutí o dalším pokračování či ukončení omezení.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice 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 a způsob evidence omezení. Provedená vyšetření a jejich dokumentace jsou v souladu s předpisem.

¹⁷viz čl. 8 odst. 6 Listiny základních práv a svobod; § 39, odst. 3, písm. e) a § 40 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění; § 1 odst. 2 písm. k) vyhlášky MZČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, Věstník MZČR, částka 4/2018 Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta.

¹⁸viz. § 1 odst. 2 písm. k) vyhlášky MZČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, článek 2 Věstníku MZČR, částka 4/2018 Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta.

3. Indikace k omezení pacienta je zaznamenána v souladu s předpisem.
4. Nemocnice eviduje způsoby omezení.
5. Způsoby omezení pacienta jsou analyzovány a vyhodnocovány.
6. Omezení pacienta je prováděno a dokumentováno v souladu s předpisem.

Standard 2.9.

V nemocnici 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. Nemocnice 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 plánovaném založení stomie, změně dietního režimu, aplikaci léčivých přípravků) 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.

V praxi je třeba odlišovat **edukaci** pacientů, od prostého **informování** – tím máme na mysli předání informací např. o provozu oddělení, umístění jednotlivých místností, použití dorozumívacího zařízení, dostupnosti služeb v nemocnici (obchody, taxislužba apod.). Informace se zpravidla podávají všem pacientům stejně a různou formou (např. dostupností tištěných informačních materiálů) a není je třeba dokumentovat.

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 edukováni o možnosti rozhodovat a podílet se na poskytování zdravotní péče.
5. Pacienti, případně jejich blízcí jsou, pokud je to na místě, edukováni o potřebné nutriční či rehabilitační péči a léčbě bolesti a o možnosti podílet se na optimální realizaci příslušných postupů/intervencí.

Standard 2.10.

Při edukaci pacientů pracovníci nemocnice vzájemně spolupracují.

Účel a naplnění standardu:

Efektivní edukace je týmový proces – při jejím poskytování a dokumentování pracovníci, kteří poskytují pacientům zdravotní péči (zejména lékaři a NLZP), vzájemně spolupracují. Spolupráce vychází z potřeb pacienta (případně osob jemu blízkých), takže ne vždy je nutná.

Nemocnice vytváří podmínky pro efektivní poskytování edukace jednotlivými skupinami pracovníků, kteří o pacienta pečují.

Indikátory standardu:

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

Standard 2.11.

Účel a naplnění standardu:

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

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 legislativou¹⁹.

Vzhledem k často nevyrovnanému vztahu pacient-zdravotník je nutné, aby nemocnice 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.

Nemocnice 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 prostorách nemocnice a podobně);
- b) možné formy podání stížnosti (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 nemocnice apod.);
- d) osoby odpovědné za přijetí a vedení spisu k vyřízení stížnosti;
- e) osoby odpovědné za zpracování roční analýzy stížností dle typů;
- f) obvyklé způsoby projednávání stížnosti v rámci nemocnice (vyjádření zúčastněných, komisionální posouzení a další);
- g) termíny, do kterých je nutné informovat pacienta o výsledku šetření stížnosti, přičemž nejzazším termínem je 30 kalendářních dnů;
- h) postup informování pacienta v případě, že nebylo možné dodržet termíny stanovené v předchozím písmenu g);

¹⁹§ 93 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

- i) způsob přijetí stížnosti v pracovní době, v době pohotovostní služby a víkendech a svátcích;
- j) postup při odvolání pacienta proti výsledku šetření stížnosti;
- k) další pravidla a termíny požadované národní legislativou.

**Indikátory
standardu:**

1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup přijímání a vyřizování stížností, a to nejméně v rozsahu písmen a) až k) 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 cestou definovanou vnitřními předpisy nemocnice.
4. Stížnosti pacientů a jejich blízkých jsou minimálně ročně vyhodnocovány s ohledem na jejich počet, typ a oprávněnost, data jsou agregována a slouží ke zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.

Dostupnost a kontinuita péče

Seznam standardů kapitoly:

- 3.1. Nemocnice stanoví a realizuje postup pro zajištění kontinuity péče pacientům a návaznosti koordinace činností zdravotnických pracovníků.
- 3.2. Při poskytování zdravotní péče nemocnice odstraňuje mechanické, jazykové, kulturní a ostatní bariéry bránící dostupnosti zdravotní péče či jejímu vlastnímu poskytování.
- 3.3. Při propouštění či při zajišťování další péče jsou pacienti, případně jejich blízcí, srozumitelným způsobem informováni.
- 3.4. Nemocnice spolupracuje s poskytovateli ambulantních zdravotnických služeb, se zařízeními následné a dlouhodobé péče, s lékaři primární péče, agenturami domácí péče a s poskytovateli sociální péče s cílem zajistit svým pacientům včas a správně návaznou péči.
- 3.5. Každé předání pacienta mezi směnami, mezi různými typy péče či mezi jednotlivými pracovišti se provádí kompetentním zdravotnickým pracovníkem kompetentnímu zdravotnickému pracovníkovi. Při předání pacienta na jiné pracoviště bude proveden záznam v dokumentaci pacienta a bude provedeno předání pacienta kompetentním zdravotnickým pracovníkem kompetentnímu zdravotnickému pracovníkovi.
- 3.6. Překlady pacientů k jiným poskytovatelům zdravotnických služeb (do jiných zdravotnických zařízení) probíhají dle stanovených postupů.

Standard 3.1.

Nemocnice stanoví a realizuje postup pro zajištění kontinuity péče pacientům a návaznosti koordinace činností zdravotnických pracovníků.

Účel a naplnění standardu:

Na péči o pacienty se v průběhu jejich pobytu v nemocnici od přijetí do propuštění či překlady může podílet řada pracovišť a pracovníků. Nemocnice zajistí vzájemnou koordinaci mezi těmito pracovišti i pracovníky např. při překládání pacientů a provádění klinických i laboratorních vyšetření. Součástí koordinace péče je také jasné stanovení pracovníka formou vnitřního předpisu (obvykle ošetřující lékař či lékař v pohotovostní službě, případně ošetřující NLZP), který odpovídá za koordinaci péče o pacienta v průběhu hospitalizace. V průběhu procesu poskytování péče se zajišťuje uspokojování potřeb pacientů pomocí zdrojů v rámci nemocnice a v případě potřeby i mimo ni.

Při zajišťování kontinuity péče je významným faktorem koordinace konziliárních služeb v nemocnici – nemocnice 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, minimálního obsahu záznamu o provedeném konziliárním vyšetření a způsob jejich dokumentování (žádanka, zápis ve zdravotnické dokumentaci).

Indikátory standardu:

1. Nemocnice vytvoří a zavede postupy, které zajišťují návaznost a koordinaci poskytované zdravotní péče v rámci nemocnice.²⁰
2. Nemocnice upraví vnitřním předpisem organizaci konziliárních služeb v rámci nemocnice.
3. Konziliární služby jsou v nemocnici 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.

²⁰viz § 46 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

Standard 3.2.

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

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice zajišťuje péči různým skupinám obyvatel, někteří pacienti jsou vysokého věku, mají fyzický handicap, kognitivní deficit, mluví různými jazyky či dialekty, mají kulturní odlišnosti nebo jsou u nich přítomny jiné překážky ztěžující jim první kontakt s nemocnicí i další čerpání zdravotní péče. Nemocnice by o těchto překážkách měla vědět a měla by realizovat taková opatření, která je odstraní či zmenší, a to v průběhu celého procesu poskytování zdravotní péče (zajištění speciálních kompenzačních pomůcek, zajištění tlumočnických služeb, dobrovolnická podpora, přítomnost doprovázející osoby, případně vodičího či asistenčního psa apod.).

Součástí stanovených opatření je u osob s fyzickým nebo smyslovým handicapem informace o dostupnosti a možnostech použití kompenzačních pomůcek²¹.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice vytváří podmínky pro poskytování služeb skupinám obyvatel z přirozeného spádového území, kterým možné překážky stěžují kontakt a čerpání zdravotní péče.
2. Nemocnice stanoví postup, jak odstranit, či zmírnit překážky při přijímání pacienta.
3. Nemocnice stanoví postup, jak zmírnit dopad překážek na poskytování zdravotní péče.
4. Uvedené postupy jsou zavedeny do praxe.

²¹Z veřejných zdrojů lze využít například - <http://rsss.mpsv.cz/projekt/vystupy-a-dokumenty/>.

Standard 3.3.

Účel a naplnění standardu:

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

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 se doporučuje pro poskytování další péče, pokyny pro případné ambulantní sledování v nemocnici, 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, medikace a podobně). Nemocnice 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.²²
2. Součástí informací jsou pokyny pro případné ambulantní sledování v nemocnici.
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.

²²viz § 46 odst. 1 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

Standard 3.4.

Nemocnice spolupracuje s poskytovateli ambulantních zdravotnických služeb, se zařízeními následné a dlouhodobé péče, s lékaři primární péče, agenturami domácí péče a s poskytovateli sociální péče s cílem zajistit svým pacientům včas a správně návaznou péči.

Účel a naplnění standardu:

Odeslání pacienta do péče poskytovatele ambulantní či lůžkové zdravotní péče nebo jiné instituce musí být plánováno. Nemocnice se seznámí se spektrem poskytovatelů zdravotní péče ve své přirozené spádové oblasti a s tím, jaké druhy a formy zdravotní péče tato zařízení poskytují a o jaké skupiny pacientů pečují. S těmito poskytovateli nemocnice naváže formální nebo neformální vztahy. Pokud do nemocnice přichází pacient z jiného spádového území, při propouštění se nemocnice 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. Nemocnice se seznámí se spektrem poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb ve svém přirozeném 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.

Standard 3.5.

Každé předání pacienta mezi směnami, mezi různými typy péče či mezi jednotlivými pracovišti se provádí kompetentním zdravotnickým pracovníkem kompetentnímu zdravotnickému pracovníkovi. Při předání pacienta na jiné pracoviště bude proveden záznam v dokumentaci pacienta a bude provedeno předání pacienta kompetentním zdravotnickým pracovníkem kompetentnímu zdravotnickému pracovníkovi.

Účel a naplnění standardu:

Tuto povinnost nemocnice uloží svým pracovníkům buď ve vnitřním předpisu jednotlivých pracovišť, nebo (lépe a praktičtěji) v předpisu celonemocničním.

Standard upravuje dvě oblasti:

- a) předání pacientů mezi směnami;
- b) předání pacientů při překladu na jiné pracoviště dané specializace (např. JIP – standardní oddělení) nebo na pracoviště jiné specializace v rámci jedné nemocnice.

Nemocnice 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. Nemocnice ve vnitřním předpisu upraví postup zdravotnických pracovníků při předávání pacientů mezi směnami, při překladu na jiné pracoviště dané specializace či na pracoviště jiné specializace.
2. Tento předpis stanoví formu a obsah záznamů při předávání pacientů a odborné kompetence předávajících a přebírajících pracovníků.
3. Tento předpis se v nemocnici dodržuje.

Standard 3.6.

Překlady pacientů k jiným poskytovatelům zdravotnických služeb (do jiných zdravotnických zařízení) probíhají dle stanovených postupů.

Účel a naplnění standardu:

Postup při překladu pacientů nemocnice 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 sjednat 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 překládající nemocnice, průběh hospitalizace, důvod překladu, další doporučení a odhad prognózy. Vnitřní předpis upraví náležitosti ošetřovatelské překladové zprávy, pokud tato není součástí celkové překladové zprávy.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice 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 nezbytné pro zachování kontinuity péče. Tato povinnost se dodržuje.
4. Tento předpis stanoví formální a obsahové náležitosti lékařské i ošetřovatelské překladové zprávy, kde musí být vždy uvedeno, jaká byla indikace k přijetí do překládající nemocnice, průběh hospitalizace, důvod překladu a ev. prognostická rozvaha a další doporučení. Předpis se dodržuje.

Seznam standardů kapitoly:

- 4.1. Nemocnice stanoví minimální obsah a rozsah vstupního vyšetření při přijetí pacientů do péče.
- 4.2. Vstupní vyšetření pacientů se provádějí v časovém intervalu stanoveném nemocnicí s tím, že vstupní vyšetření lékařem a sestrou (nebo porodní asistentkou) je u hospitalizovaných pacientů provedeno do 24 hodin po přijetí, pokud zdravotní stav pacienta či vnitřní předpis nemocnice nevyžaduje dřívejší provedení.
- 4.3. U všech pacientů je při přijetí k hospitalizaci proveden screening nutričního stavu a soběstačnosti.
- 4.4. Součástí vstupního vyšetření je u všech pacientů hodnocení bolesti.
- 4.5. Na základě vstupního vyšetření se plánuje propuštění pacienta.
- 4.6. U všech hospitalizovaných pacientů se provádí a dokumentuje pravidelné přehodnocení jejich stavu.
- 4.7. Organizace a dostupnost laboratorních služeb odpovídá potřebám pacientů a požadavkům národní legislativy a národních či nemocničních odborných standardů.
- 4.8. Výsledky laboratorních vyšetření jsou dostupné v časovém limitu stanoveném nemocnicí.
- 4.9. Nemocnice má zavedený systém hlášení kritických hodnot výsledků laboratorních vyšetření.
- 4.10. V nemocnici se manipuluje s laboratorními vzorky dle stanovených postupů.
- 4.11. Organizace a dostupnost radiodiagnostických služeb a zobrazovacích vyšetření odpovídá potřebám pacientů a požadavkům národní legislativy a národních či nemocničních odborných standardů.

Standard 4.1.

Účel a naplnění standardu:

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

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

Nemocnice 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.

Nemocnice 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 celonemocniční rozsah.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem obsah a rozsah vstupního vyšetření pro všechny klinické odbornosti při přijetí pacientů k hospitalizaci.
2. Nemocnice 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.
4. Na základě provedených vstupních vyšetření se stanoví a dokumentuje diagnostický souhrn, důvod hospitalizace a individuální plán diagnostické, léčebné, ošetřovatelské péče.

Standard 4.2.

Vstupní vyšetření pacientů se provádějí v časovém intervalu stanoveném nemocnicí s tím, že vstupní vyšetření lékařem a sestrou (nebo porodní asistentkou) je u hospitalizovaných pacientů provedeno do 24 hodin po přijetí, pokud zdravotní stav pacienta či vnitřní předpis nemocnice nevyžaduje dřívější provedení.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice naplní tento standard v případě, že stanoví časové intervaly pro provedení vstupních vyšetření pro jednotlivé klinické odbornosti. Tyto intervaly mohou být stanoveny paušálně nebo pro každou odbornost či pro každou kategorii pacientů zvlášť. S ohledem na fakt, že pro bezprostřední zahájení péče o pacienty je stěžejní vstupní vyšetření pacienta lékařem a sestrou, nemocnice stanoví, aby úplné vstupní vyšetření lékařem a sestrou u hospitalizovaných pacientů bylo provedeno a dokumentováno do 24 hodin po přijetí k hospitalizaci.

Nemocnice dále zajistí, aby se vstupní vyšetření prováděla ve stanovených časových intervalech.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice stanoví časové intervaly pro provedení vstupních vyšetření pro jednotlivé klinické odbornosti.
2. Vstupní vyšetření se provádějí a dokumentují ve stanovených časových intervalech.
3. Vstupní vyšetření lékařem v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem je u hospitalizovaných pacientů provedeno nejpozději do 24 hodin po přijetí či dříve, pokud to vyžaduje zdravotní stav pacienta či vnitřní předpis nemocnice.
4. Vstupní vyšetření sestrou v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem je u hospitalizovaných pacientů provedeno nejpozději do 24 hodin po přijetí či dříve, pokud to vyžaduje zdravotní stav pacienta či vnitřní předpis nemocnice.

Standard 4.3.

U všech pacientů je při přijetí k hospitalizaci proveden screening nutričního stavu a soběstačnosti.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice vypracuje screeningová kritéria, na jejichž základě se u přijímaných pacientů hodnotí nutriční stav a stupeň soběstačnosti. Používaná screeningová kritéria odpovídají hodnocené populaci pacientů (dospělí, děti apod.).

Samotný screening provádí při vstupním vyšetření zpravidla lékař nebo NLZP, v případě, že na základě těchto kritérií je identifikováno příslušné riziko, zajistí nemocnice další vyšetření a péči – obvykle příslušným nelékařským pracovníkem (fyzioterapeut, nutriční terapeut) nebo týmem (viz též standard č. 5.6.). Nemocnice rovněž stanoví časový interval, ve kterém musí být další potřebné vyšetření provedeno.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice používá screeningová kritéria pro hodnocení nutričního stavu a soběstačnosti pacientů.
2. Tato kritéria se aplikují na všechny pacienty přijaté k hospitalizaci.
3. Pacientům, kteří byli na základě screeningu vyhodnoceni jako riziková, se zajistí další odpovídající péče.

Standard 4.4.

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. Nemocnice naplní tento standard, když postup hodnocení bolesti upraví pro všechny kategorie pacientů (včetně dětí a osob, které nejsou schopny verbální komunikace včetně osob s kognitivním deficitem) a zajistí příslušné screeningové 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 též 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.

Standard 4.5.

Na základě vstupního vyšetření se plánuje propuštění pacienta.

Účel a naplnění standardu:

Součástí vstupního vyšetření u hospitalizovaných pacientů je plánování jejich propuštění již od počátku pobytu v nemocnici. Cílem plánování je zajistit potřeby pacienta po propuštění v závislosti na jeho onemocnění či úrazu. Nemocnice 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, zajištění umístění pacienta v zařízení následné či sociální péče nebo edukaci jeho blízkých o provádění konkrétních výkonů nutných k zajištění péče o pacienty.

Indikátory standardu:

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

Standard 4.6.

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

Účel a naplnění standardu:

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

Indikátory standardu:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem minimální intervaly a rozsah přehodnocování stavu pacientů.
2. Vizita lékaře se provádí minimálně 1x za 24 hodin včetně dní pracovního volna, nestanoví-li vnitřní předpis v souladu s platnou legislativou jinak.
3. Pacienti jsou vyšetřováni minimálně ve stanovených intervalech a rozsahu.
4. Vyšetření se zaznamenávají do dokumentace.

Standard 4.7.

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

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice zajistí takovou dostupnost laboratorních služeb, která odpovídá potřebám jejích pacientů. Tyto služby poskytuje buď vlastními pracovišti, nebo je zajistí dodavatelsky, a to včetně služeb v pohotovostním režimu.

Pokud jsou laboratorní služby zajišťovány dodavatelsky, má nemocnice k dispozici informaci o výsledcích systémů externí kontroly kvality v dodavatelské laboratoři (například z webové stránky laboratoře).

Nemocnice 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 nemocničních odborných standardů.²³
2. Laboratorní služby dostupné pacientům nemocnice odpovídají jejich potřebám.
3. Nemocnice 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.

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

Standard 4.8.

Výsledky laboratorních vyšetření jsou dostupné v časovém limitu stanoveném nemocnicí.

Účel a naplnění standardu:

Pro zajištění efektivní péče o pacienty je nutné znát časovou dostupnost výsledků laboratorních vyšetření. Nemocnice 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.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice stanoví časovou dostupnost výsledků laboratorních vyšetření.
2. Informace o očekávané časové dostupnosti výsledků laboratorních vyšetření jsou dostupné pro všechny pracovníky nemocnice.
3. Výsledky laboratorních vyšetření jsou dostupné ve stanoveném čase.

Standard 4.9.

Nemocnice má zavedený systém hlášení kritických hodnot výsledků laboratorních vyšetření.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice naplní tento standard stanovením spektra kritických hodnot výsledků vybraných laboratorních vyšetření a popisem postupu hlášení těchto hodnot z laboratoře na klinická pracoviště. Zároveň nemocnice 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. Nemocnice stanoví spektrum kritických hodnot výsledků laboratorních vyšetření.
2. Nemocnice stanoví, kdo a komu hlásí kritické hodnoty výsledků laboratorních vyšetření a jak se tyto výsledky dokumentují.
3. Nemocnice stanoví postup při řešení nahlášené kritické hodnoty.
4. Stanovené postupy se v nemocnici dodržují.

Standard 4.10.

V nemocnici se manipuluje s laboratorními vzorky dle stanovených postupů.

Účel a naplnění standardu:

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

Indikátory standardu:

1. Nemocnice zavede do praxe standardizovaný postup pro objednávání laboratorních vyšetření.
2. Nemocnice zavede do praxe standardizovaný postup pro identifikaci laboratorních vzorků a jejich odběr.
3. Nemocnice zavede do praxe standardizovaný postup pro transport, skladování a uchovávání laboratorních vzorků.
4. Stanovené postupy se v nemocnici dodržují.

Standard 4.11.

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

Účel a naplnění standardu:

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

Nemocnice 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 nemocničních odborných standardů.²⁴
2. Nemocnice vypracuje přehled zobrazovacích vyšetření zajišťovaných pro pacienty včetně vyšetření zajišťovaných extramurálně.
3. Nemocnice stanoví časový interval dostupnosti výsledků zobrazovacích vyšetření.
4. Výsledky zobrazovacích vyšetření jsou dostupné ve stanoveném časovém intervalu.

²⁴§ 11 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění; vyhláška MZČR č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče v platném znění, § 71 zákona č. 373/2011 Sb. zákon o specifických zdravotních službách v platném znění.

Seznam standardů kapitoly:

- 5.1. Pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán diagnostické, léčebné, ošetrovatelské, případně zdravotně-sociální péče.
- 5.2. Ošetrovatelská péče se v nemocnici poskytuje v návaznosti na plán léčebné a diagnostické péče a na základě identifikace potřeb pacienta.
- 5.3. Nemocnice zavede účinný postup pro zajištění kardiopulmonální resuscitace.
- 5.4. Nemocnice má zavedený systém včasné detekce zhoršení stavu pacienta.
- 5.5. Na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a podávání stravy a výživových produktů.
- 5.6. Strava pro pacienty se v nemocnici podává bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným pro každé oddělení a schváleným nutričním terapeutem.
- 5.7. Pacienti v nutričním riziku mají zajištěnu odpovídající péči.
- 5.8. Nemocnice má zaveden účinný systém léčby bolesti.
- 5.9. Nemocnice má zaveden účinný systém léčebné rehabilitační péče.

Standard 5.1.

Pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán diagnostické, léčebné, ošetrovatelské, případně zdravotně-sociální 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 aj.), terapeutických opatření, ošetrovatelské péče včetně režimových opatření, případně zdravotně sociální péče.

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, vhodnosti a přiměřenosti ošetrovatelské péče poskytované danému pacientovi.

Indikátory standardu:

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

Standard 5.2.

Ošetrovatelská péče se v nemocnici poskytuje v návaznosti na plán léčebné a diagnostické péče a na základě identifikace potřeb pacienta.

Účel a naplnění standardu:

Ošetrovatelskou péčí poskytuje tým nelékařských zdravotnických pracovníků. Ošetrovatelská péče je zaměřena na identifikaci rizik a udržení nebo zlepšení soběstačnosti pacienta v běžných denních činnostech, což je průkazné ve zdravotnické dokumentaci.

Nemocnice stanoví s ohledem na spektrum poskytovaných zdravotních služeb ve vnitřním předpisu systém poskytování ošetrovatelské péče, rozsah a věcný obsah ošetrovatelské dokumentace. Minimální rozsah dokumentace obsahuje:

- a) vstupní vyšetření pacienta;
- b) identifikaci rizik souvisejících s hospitalizací²⁵;
- c) průběžné záznamy o poskytované péči a hodnocení stavu pacienta.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem systém poskytování ošetrovatelské péče.
2. Ošetrovatelská péče je dokumentována, minimálně v rozsahu písmen a) - c) účelu standardu. Z ošetrovatelské dokumentace je patrný vývoj stavu pacienta s ohledem na zjištěná rizika a vývoj soběstačnosti.
3. Rizika související s hospitalizací jsou identifikována, v souladu s intervalem stanoveným vnitřním předpisem přehodnocována a je stanoven plán péče v kontextu těchto rizik.
4. Soběstačnost pacienta v běžných denních činnostech je posouzena a je stanoven plán udržení nebo zlepšení soběstačnosti.
5. Ošetrovatelská péče se poskytuje v souladu s ošetrovatelskými standardy, které stanovují kritéria k jejímu hodnocení.
6. Nemocnice má stanoven způsob ověření realizace postupů v praxi a kontrolu účinnosti zavedených postupů.
7. Nemocnice vzdělává své pracovníky v oblasti ošetrovatelství.

²⁵Jedná se o základní rizika: riziko pádu, riziko dekubitů, riziko malnutrice, riziko infekce, případně další rizika stanovená nemocnicí formou vnitřního předpisu.

Standard 5.3.

Nemocnice zavede účinný postup pro zajištění kardiopulmonální resuscitace.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice vytvoří vnitřní předpis, který stanoví, jaké přístroje, zdravotnické prostředky a léčivé přípravky k neodkladné kardiopulmonální resuscitaci (KPR) jsou bezprostředně dostupné na jednotlivých pracovištích (lůžkových jednotkách i ambulancích). Spektrum tohoto vybavení záleží na rozhodnutí vedení nemocnice a jednotlivých pracovišť a musí vycházet ze spektra pacientů, které dané pracoviště převážně ošetřuje (pečuje-li např. pracoviště jak o děti, tak o dospělé, musí být k dispozici obličejové masky či i.v. kanyly odpovídající oběma populačním skupinám).

Kromě vybavení rovněž nemocnice stanoví vnitřním předpisem, jak probíhá případná resuscitace organizačně (kdo ji zajišťuje pro jednotlivá pracoviště, jaké jsou telefonní kontakty atd.). S ohledem na povinnost zajistit dostupnost KPR ve všech prostorách nemocnice se doporučuje zejména nemocnicím pavilonového typu zvážit pro vnější prostory součinnost se Zdravotnickou záchrannou službou.

Nemocnice dále upraví rozsah školení jednotlivých skupin pracovníků v KPR minimálně v rozsahu metodiky BLS²⁶. Školení je realizováno minimálně 1x ročně, a to včetně přezkoušení a dokumentování.²⁷ Toto proškolení se vždy týká zdravotnických pracovníků a dle rozhodnutí vedení nemocnice i dalších zaměstnanců. Zvláštní pozornost je věnována včasnému proškolení nově nastupujících zaměstnanců.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice má vnitřní předpis, kterým stanoví postupy pro zajištění nepřetržité dostupnosti kardiopulmonální resuscitace pro všechny pacienty a ostatní osoby, praxe v nemocnici je v souladu s předpisem.
2. Nemocnice upraví vnitřním předpisem vybavení léčivými přípravky, spotřebním materiálem, přístroji a zdravotnickou technikou pro zajištění kardiopulmonální resuscitace na jednotlivých pracovištích, praxe v nemocnici je v souladu s vnitřním předpisem.

²⁶viz například www.cprguidelines.eu nebo www.resuscitace.cz.

²⁷Příloha č. 1, bod 2. 10. 1. vyhlášky č. 102/2012 Sb. v platném znění.

3. Nemocnice realizuje a dokumentuje školení zaměstnanců 1x ročně v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem.
4. Léčivé přípravky a pomůcky pro neodkladnou péči jsou trvale dosažitelné na pracovištích, počet balení léčivých přípravků a jejich expirační doby a funkčnost a expirační doby pomůcek kontroluje pověřený pracovník minimálně jedenkrát týdně a o provedené kontrole existuje záznam.

Standard 5.4.

Nemocnice má zavedený systém včasné detekce zhoršení stavu pacienta.²⁸

Účel a naplnění standardu:

Všichni zdravotničtí pracovníci poskytující přímo zdravotní péči pacientům musí mít dostatečné znalosti a zkušenosti k tomu, aby identifikovali pacienty, u nichž dochází k akutnímu zhoršení zdravotního stavu a zajistili včasnou odpovídající péči. K akutnímu zhoršení stavu může dojít kdykoli i u pacientů, kteří v daný okamžik nejsou monitorováni či nejsou umístěni na pracovištích intenzivní či resuscitační péče. Pro identifikaci pacientů s náhle vzniklým závažným poškozením zdraví a pacientů v přímém ohrožení života nemocnice stanoví kritéria založená na měření fyziologických funkcí (např. systém Early Warning Signs/Paediatric Early Warning Signs) s tím, že tato kritéria jsou zpracována pro všechny populační skupiny pacientů (děti, dospělí), jsou dostupná na všech zdravotnických pracovištích. Nemocnice dále zajistí a prověřuje jejich znalost u zdravotnických pracovníků poskytujících přímou zdravotní péči pacientům včetně proškolení o postupu při identifikaci pacienta s akutním zhoršením zdravotního stavu. Minimální součástí tohoto postupu je popis aktivace systému neodkladné konziliární činnosti a popis aktivace resuscitačního týmu (viz standardy č. 3.1. a 5.3.).

Indikátory standardu:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem postup pro včasnou detekci zhoršení stavu pacientů a reakci na identifikaci zhoršeného stavu.
2. Vnitřní předpis stanoví kritéria pro včasnou detekci zhoršení stavu, tato kritéria jsou stanovena pro všechny populační skupiny pacientů nemocnice.
3. Zdravotničtí pracovníci nemocnice vnitřní předpis znají a dodržují.

²⁸Metodický pokyn Řešení stavů hrozícího nebo náhle vzniklého selhání základních životních funkcí, vydaný Věstníkem MZČR, částka 11/2019.

Standard 5.5.

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

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při přípravě, skladování, distribuci a vydávání stravy a výživových produktů včetně stanovení konkrétní odpovědnosti jednotlivých pracovníků.²⁹

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

Veškeré uvedené kroky jsou v souladu s národní legislativou.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice 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 nemocnici dodržuje.

²⁹Ve stravovacích provozech je aplikován systém kontroly kritických bodů (HACCP).

Standard 5.6.

Účel a naplnění standardu:

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

Nemocnice 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 nemocnice by přílohou vnitřního předpisu měl být výčet nemocničních diet – vlastní dietní systém dané nemocnice s jejich jasnou specifikací názvem i nutriční hodnotou. Tento systém diet musí odpovídat potřebám pacientů či klientů dané nemocnice, 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 nemocnice z hlediska dietních omezení pacienta stanovených lékařem a postupu vyřazování problematických potravin.

Nemocnice 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 informací o vhodnosti či nevhodnosti některých pokrmů a potravin a podmínkách jejich uskladnění v nemocnici a dále postup pracovníků nemocnice při poučení pacientů (resp. jejich blízkých) o druzích potravin, které je možno v nemocnici skladovat, i o omezeních uplatňovaných na problematické potraviny.

**Indikátory
standardu:**

1. Nemocnice 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 v nemocnici dodržuje.

Standard 5.7.

Pacienti v nutričním riziku mají zajištěnu odpovídající péči.

Účel a naplnění standardu:

V rámci vstupního vyšetření se hodnotí nutriční riziko (viz standard č. 4.3.) 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 nemocnicí vyšetřeni nutričním terapeutem, případně lékařem s příslušnou kompetencí. Výsledky vyšetření jsou zaznamenány v dokumentaci a na jejich základě 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. Nemocnice vzdělává své pracovníky v oblasti identifikace nutričního rizika.

Standard 5.8.

Nemocnice má zaveden účinný systém léčby bolesti.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice respektuje právo pacientů na účinné hodnocení bolesti a léčbu bolesti. Nemocnice 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 nemocnice;
- c) přehodnocování bolesti, vyhodnocování účinnosti léčby bolesti;
- d) rozsah odpovědnosti zdravotnických pracovníků při identifikaci a léčbě bolesti
- e) edukace pacientů a jejich blízkých o léčbě bolesti;
- f) vzdělávání pracovníků nemocnice v oblasti identifikace a léčby bolesti.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice má zavedený postup pro identifikaci pacientů s bolestí minimálně v rozsahu písmen a) až f) účelu standardu.
2. Pacientům s bolestí se poskytuje odpovídající léčba.
3. Bolest, její okolnosti a léčba se dokumentují ve zdravotnické dokumentaci pacienta.
4. Nemocnice má zaveden postup pro edukaci pacientů a jejich blízkých o léčbě bolesti.
5. Nemocnice vzdělává své pracovníky v oblasti identifikace a léčby bolesti.

Standard 5.9.

Nemocnice má zaveden účinný systém léčebné rehabilitační péče.

Účel a naplnění standardu:

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

- a) zpracování plánu léčebné rehabilitační péče pro pacienty s potřebou této péče včetně stanovení intervalů jeho přehodnocení;
- b) seznámení pacienta a zdravotnických pracovníků s plánem léčebné rehabilitační péče a jejího vyhodnocování;
- c) stanovení optimální úrovně dokumentování rehabilitačního procesu a jeho vyhodnocování;
- d) edukace pacientů a jejich blízkých o rehabilitačních postupech a případně o kompenzačních pomůckách a jejich použití;
- e) vzdělávání pracovníků nemocnice 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 nemocnici obsahuje alespoň body a) – e) uvedené v účelu.
- 3. Léčebná rehabilitační péče se plánuje a plán se pravidelně vyhodnocuje.
- 4. Nemocnice má zaveden proces pro edukaci pacientů a jejich blízkých o rehabilitačních postupech a kompenzačních pomůckách.
- 5. Rehabilitační proces je dokumentován všemi, kteří se na procesu podílejí.
- 6. Nemocnice vzdělává své pracovníky v oblasti rehabilitace a rehabilitačního ošetřování.

Anesteziologická a chirurgická péče

Seznam standardů kapitoly:

- 6.1. Pacienti, u nichž je plánován diagnostický či terapeutický výkon v anestezii, mají provedeno předanestetické vyšetření.
- 6.2. Anesteziologická péče se plánuje a dokumentuje.
- 6.3. U každého pacienta jsou během celkové anestezie a po ní monitorovány základní životní funkce.
- 6.4. Postup při provádění střední a hluboké sedace je v nemocnici sjednocen.
- 6.5. Operační protokol nebo krátká zpráva o průběhu operace se vypisuje bezprostředně po provedení výkonu.
- 6.6. Pooperační dokumentace pacientů obsahuje informace o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infuzí), o aplikaci transfuzních přípravků a všech případných komplikacích a jiných závažných okolnostech výkonu.

Standard 6.1.

Pacienti, u nichž je plánován diagnostický či terapeutický výkon v anestezii, mají provedeno předanestetické vyšetření.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice naplní tento standard vypracováním vnitřního předpisu upravujícího postup při vyšetření pacientů před výkonem v anestezii. Tento předpis upravuje postup při elektivních výkonech i při urgentních stavech, přičemž rozsah předanestetického vyšetření musí minimálně odpovídat odbornému doporučení České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Předpis stanoví povinnost provést a dokumentovat předanestetické vyšetření (dle ASA³⁰, typu pacienta a urgentnosti celkového stavu) před zahájením celkové anestezie.

Tento předpis též stanoví rozsah a formu dokumentace vyšetření prováděného anesteziologem bezprostředně před uvedením pacienta do anestezie. U pacientů, u nichž se provádějí plánované výkony, se provedou a dokumentují dvě vyšetření anesteziologem – přitom vyšetření prováděné bezprostředně před uvedením pacienta do anestezie může mít např. podobu stručného zaškrťovacího formuláře či dokumentace prvního čtení monitoringu fyziologických funkcí před zahájením anestezie.

Tento předpis dále stanoví odborné kompetence, které musí splnit lékař odpovědný za závěr předanestetického vyšetření pacientů.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice má vnitřní předpis upravující postup při předanestetickém vyšetření pacientů.
2. Tento předpis stanoví rozsah předanestetického vyšetření; praxe v nemocnici je v souladu s předpisem.
3. Tento předpis stanoví rozsah vyšetření pacienta anesteziologem bezprostředně před zahájením anestezie a způsob dokumentace tohoto vyšetření; praxe v nemocnici je v souladu s předpisem.
4. Předanestetická vyšetření provádějí výhradně lékaři, kteří mají přidělené kompetence odpovídající předpisu.

³⁰ASA - míra anesteziologického rizika podle American Society of Anesthesiologists.

Standard 6.2.

Anesteziologická péče se plánuje a dokumentuje.

Účel a naplnění standardu:

Součástí předanestetického vyšetření je písemné plánování anesteziologické péče – stanovení typu anestezie, případné potřebné postanestetické péče atd.

Indikátory standardu:

1. Anesteziologická péče se plánuje.
2. Plán anesteziologické péče je uveden ve zdravotnické dokumentaci.

Standard 6.3.

U každého pacienta jsou během celkové anestezie a po ní monitorovány základní životní funkce.

Účel a naplnění standardu:

K naplnění tohoto standardu upraví nemocnice vnitřním předpisem postup při podávání celkové anestezie. Tento předpis stanoví způsob monitorování základních životních funkcí (rozsah, frekvenci, délku) pacientů během anestezie a po ní. Předpis obsahuje minimální frekvenci a typ monitoringu – to neomezuje monitoring nad tento minimální rámec. Pokud je součástí postanestetické péče umístění pacienta na dospávacím pokoji či na obdobném pracovišti, obsahuje předpis popis postupu při propouštění z tohoto pracoviště; v případě, že pacienta mohou propouštět sestry (případně porodní asistentky), obsahuje předpis kritéria propuštění vycházející z měření fyziologických funkcí.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem minimální frekvenci a typ monitoringu pacientů během podávání anestezie a po ní a případně postup při propouštění pacientů z dospávacího pokoje či obdobného pracoviště.
2. Monitoring se provádí v souladu s předpisem.
3. Monitoring se dokumentuje ve zdravotnické dokumentaci pacientů.
4. Propouštění pacientů z dospávacího pokoje (či obdobného pracoviště) probíhá v souladu s předpisem.

Standard 6.4.

Postup při provádění střední a hluboké sedace je v nemocnici sjednocen.

Účel a naplnění standardu:

Provádění střední a hluboké sedace (včetně analgosedace) u pacientů zejména tam, kde ji provádí lékař bez specializace v anesteziologii a resuscitaci, v intenzivní medicíně či alespoň bez řádného zaškolení, může vést k poškození pacienta. Nemocnice proto musí standardizovat postup při provádění sedace, zajistit příslušně vyškolené pracovníky a určit, jaká škála se používá při posuzování hloubky sedace (Ramsay, Aldrete).

Vnitřní předpis upravující poskytování sedace obsahuje minimálně následující body:

- a) stanovení kompetencí lékařům bez specializace v anesteziologii a resuscitaci k provádění sedace a požadavky na jejich školení, pokud takový postup nemocnice připouští;
- b) způsob vedení dokumentace při sedaci včetně ev. požadavků na specifický informovaný souhlas;
- c) rozsah vyšetření pacientů před zahájením sedace;
- d) postup při monitoringu pacienta během sedace a po ní;
- e) stanovení personálního zajištění lékaři a nelékařskými zdravotnickými pracovníky při provádění sedace;
- f) dostupnost léčivých přípravků a vybavení pro poskytování sedace a zvládnutí případných komplikací při ní.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice má vnitřní předpis upravující postup při provádění střední a hluboké sedace; tento předpis obsahuje minimálně body uvedené v písmenech a) až f) účelu standardu.
2. Pacienti jsou před zahájením sedace vyšetřeni v souladu s předpisem.
3. Pacienti jsou během sedace a po ní monitorováni v souladu s předpisem.
4. Sedaci i monitoring provádějí osoby s příslušnou kompetencí.
5. Sedace a následný monitoring se dokumentují v souladu s předpisem.

Standard 6.5.

Účel a naplnění standardu:

Operační protokol nebo krátká zpráva o průběhu operace se vypisuje bezprostředně po provedení výkonu.

K zajištění bezproblémové péče o pacienta po provedeném operačním výkonu je nutné mít k dispozici informace o jeho průběhu, o jménu operátora a asistenta/asistentů, o peroperačních nálezech, o užitém postupu, o případném odběru materiálu k dalšímu vyšetření (histologie), o zvláštnostech a případných komplikacích průběhu, zejména o objemu krevních ztrát.

Operační protokol se vyhotovuje bez zbytečného odkladu po provedeném výkonu. Pokud z neodkladných důvodů (navazující urgentní operace apod.) nelze protokol vyhotovit, musí operátor zapsat alespoň krátkou zprávu o průběhu operace s uvedením doporučené péče v bezprostředně pooperačním období.

Indikátory standardu:

1. Operační protokol nebo krátká zpráva o průběhu operace se vyhotoví bez zbytečného odkladu po provedení výkonu.
2. Operační protokol obsahuje minimálně jméno operátora, asistentů a jméno anesteziologa, nálezy, užitý postup, operační diagnózu, údaje o odběru materiálu k dalšímu vyšetření, zvláštnosti a případné komplikace průběhu, údaje o krevních ztrátách, údaj o začátku a konci operace a podpis operátora.
3. Operační protokol nebo krátká zpráva o průběhu operace jsou dostupné pro osoby, které poskytují pacientům pooperační péči.

Standard 6.6.

Pooperační dokumentace pacientů obsahuje informace o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infuzí), o aplikaci transfuzních přípravků a všech případných komplikacích a jiných závažných okolnostech výkonu.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice stanoví obsah pooperační dokumentace vnitřním předpisem (obvykle v obecném předpise o vedení zdravotnické dokumentace). Tento předpis též stanoví, které osoby do pooperační dokumentace zapisují.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem obsah a formu pooperační dokumentace pacientů.
2. Pooperační dokumentace obsahuje vždy informace o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infuzí), o aplikaci krve a transfuzních přípravků a o všech komplikacích a jiných závažných okolnostech.
3. Obsah a forma pooperační dokumentace odpovídá vnitřnímu předpisu.

Objednávání, předepisování a podávání léčivých přípravků³¹

Seznam standardů kapitoly:

- 7.1. Léčivé přípravky jsou správně a bezpečně skladovány.
- 7.2. Objednávání, předepisování a podávání léčivých přípravků probíhá v nemocnici dle stanovených postupů.
- 7.3. Nemocnice stanoví minimální náležitosti úplné ordinace léčivých přípravků pro hospitalizované pacienty.
- 7.4. Léčivé přípravky se pacientům podávají podle ordinace.
- 7.5. Skladování a užívání léčivých přípravků donesených do nemocnice pacienty nebo jejich blízkými a manipulace s bezplatnými vzorky léčivých přípravků probíhají v souladu s legislativou a vnitřními předpisy nemocnice.

³¹V celém textu standardů používáme termín „léčivé přípravky“ pro označení léčivých přípravků, léčiv a krve a krevních derivátů.

Standard 7.1.

Léčivé přípravky jsou správně a bezpečně skladovány.

Účel a naplnění standardu:

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

- a) s léčivými přípravky v rámci skladování nakládají pouze kompetentní osoby;
- b) léčivé přípravky jsou skladovány za podmínek předepsaných výrobcem;
- c) návykové látky jsou skladovány za podmínek stanovených příslušnou legislativou;
- d) všechny léčivé přípravky a chemické látky, z nichž se léčivé přípravky připravují, jsou řádně označeny názvem, datem expirace (případně zkrácené expirace, u léčivých přípravků používaných po otevření opakovaně) a případným upozorněním na potenciální rizika;
- e) v prostorách, kde jsou skladovány léčivé přípravky, probíhají pravidelné kontroly zaměřené na dodržení skladovacích podmínek;
- f) nemocnice stanoví vnitřním předpisem, jak jsou označovány a skladovány léčivé přípravky vnesené pacienty;
- g) nemocnice stanoví vnitřním předpisem postupy stažení léčivých přípravků z oběhu a likvidace nepoužitelných léčivých přípravků.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem obsahujícím minimálně body a) – g) uvedené v účelu standardu podmínky skladování léčiv.
2. Léčivé přípravky jsou skladovány za podmínek stanovených vnitřním předpisem.
3. Návykové látky jsou skladovány v souladu s příslušnou legislativou³².
4. Léčivé přípravky vnesené pacienty jsou označovány a skladovány v souladu s příslušným vnitřním předpisem.
5. Léčivé přípravky jsou stahovány z oběhu a likvidovány v souladu s vnitřním předpisem.

³²§ 10 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách v platném znění.

Standard 7.2.

Objednávání, předepisování a podávání léčivých přípravků probíhá v nemocnici dle stanovených postupů.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice naplní tento standard, pokud vypracuje vnitřní předpis, který v souladu s platnou legislativou upraví konkrétní postupy při objednávání, předepisování a podávání léčivých přípravků. Přitom nestačí pouhý odkaz na příslušný obecně platný či resortní předpis, je nutno specifikovat, jak je aplikován v dané nemocnici. Vnitřní předpis upraví způsob objednávání léčivých přípravků pro pacienty nemocnice, a to včetně neobvyklých situací. Součástí vnitřního předpisu je dále úprava předepisování (ordinování) léčivých přípravků, úprava postupu při jejich podávání.

Předpis stanoví, kteří lékaři jsou oprávněni léčivé přípravky ordinovat (možno např. omezit předepisování návykových látek na určitý kvalifikační stupeň), zda jsou oprávněni ordinovat léčivé přípravky i lékaři, kteří jsou v příslušné nemocnici na stáži. Předpis dále stanoví, které osoby jsou oprávněny léčivé přípravky pacientům podávat a jaké jsou požadavky na jejich odbornou či specializovanou způsobilost; přitom lze specificky upravit podávání některých skupin léčivých přípravků (např. návykové látky, cytostatika apod.) či podávání léčivých přípravků některým skupinám pacientů (děti, oslabení senioři, psychiatrickí pacienti). Předpis rovněž stanoví postup při používání neregistrovaných léčivých přípravků, postup hlášení zaznamenaných závažných nežádoucích účinků léčivých přípravků, neočekávaných nežádoucích účinků léčivých přípravků a v případě potřeby i pokyny pro způsob podávání léčivých přípravků, které nejsou uvedeny v SPC (Summary Product Content = souhrn údajů o přípravku), např. drcení a pūlení tablet, které by bylo v rozporu s SPC.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice má vypracovaný vnitřní předpis upravující postupy při předepisování a podávání léčivých přípravků.
2. Součástí vnitřního předpisu jsou postupy pro nakládání s neregistrovanými léčivými přípravky.
3. Součástí vnitřního předpisu je postup při hlášení nežádoucích účinků léčivých přípravků.
4. Součástí vnitřního předpisu je postup pro profylaktické i léčebné používání antimikrobiálních léčivých přípravků.
5. Pouze osoby uvedené v předpisu ordinují pacientům léčivé přípravky.
6. Pouze osoby uvedené v předpisu podávají léčivé přípravky pacientům.
7. Tento předpis se dodržuje.

Standard 7.3.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice stanoví minimální náležitosti úplné ordinace léčivých přípravků pro hospitalizované pacienty.

Zatímco náležitosti ambulantní preskripce jsou přesně upraveny³³, formální náležitosti ordinace léčivého přípravku pro hospitalizované pacienty (v dekurzu či medikačním listu) musí být specificky upraveny vnitřním předpisem nemocnice 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 léčivých přípravků ordinovaných na lůžkovém pracovišti;
- d) postup při podmíněné ordinaci léčivých přípravků („podle potřeby“);
- e) postup zajišťující bezpečnost při objednávání a skladování léčivých přípravků 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).

Postupy správné a bezpečné ordinace léčivých přípravků jsou předmětem interní auditní činnosti (viz. standard č. 10.5.).

Indikátory standardu:

1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem alespoň oblasti uvedené pod písmeny a) až i) v účelu tohoto standardu.
2. Ordinace léčivých přípravků se v nemocnici provádějí v souladu s vnitřním předpisem.

³³Vyhláška č. 329/2019 Sb., o předepisování léčivých přípravků při poskytování zdravotních služeb v platném znění.

Standard 7.4.

Léčivé přípravky se pacientům podávají podle ordinace.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice zajistí, aby při podávání léků proběhly následující postupy:

- a) ověření názvu léčivého přípravku s ordinací;
- b) ověření času a frekvence podání s ordinací;
- c) ověření dávky s ordinací;
- d) ověření aplikační cesty s ordinací;
- e) ověření identifikace pacienta (viz RBC č. 1).

Konkrétní postup ověřování stanoví vnitřní předpis. Ordinací se myslí vždy původní ordinace lékaře. Vnitřní předpis rovněž stanoví postupy záznamu o podání léčivých přípravků včetně záznamu a hlášení chybného podání léčivého přípravku (viz také standard č. 10.6.).

Indikátory standardu:

1. Při podávání léčivých přípravků se ověřuje identifikace pacienta.
2. Při podávání léčivých přípravků se ověřují jejich názvy s ordinací.
3. Při podávání léčivých přípravků se ověřuje podávaná dávka s ordinací.
4. Při podávání léčivých přípravků se ověřuje aplikační cesta s ordinací.
5. Léčivé přípravky se podávají v předepsaných časech.
6. Léčivé přípravky se podávají v souladu s ordinací a podání se dokumentuje.³⁴
7. Chybné podání léčivého přípravku se dokumentuje v souladu s vnitřním předpisem.

³⁴§ 1 odst. 2. písm. e) vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci v platném znění.

Standard 7.5.

Skládování a užívání léčivých přípravků donesených do nemocnice pacienty nebo jejich blízkými a manipulace s bezplatnými vzorky léčivých přípravků probíhají v souladu s platnou legislativou a vnitřními předpisy nemocnice.

Účel a naplnění standardu:

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

Nemocnice zajistí manipulaci s bezplatně dodávanými vzorky léčivých přípravků v souladu s platnou legislativou³⁵.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice upraví v souladu s legislativou vnitřním předpisem postup při užívání léčivých přípravků pacienty samotnými a evidenci a případné užívání léčivých přípravků, které s sebou do nemocnice přinášejí pacienti.
2. Nemocnice upraví v souladu s legislativou vnitřním předpisem užívání bezplatných vzorků léčivých přípravků.
3. Nakládání s léčivými přípravky vnesenými pacienty probíhá dle vnitřního předpisu.
4. Nakládání s bezplatnými vzorky léčivých přípravků probíhá dle vnitřního předpisu.

³⁵Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech v platném znění; § 5 odst. 1 písm. b) zákona č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy v platném znění; pokyn SÚKL UST 23 verze 3., poskytování reklamních vzorků humánních léčivých přípravků.

Hygiena nemocničního prostředí a protiepidemická opatření

Seznam standardů kapitoly:

- 8.1. Nemocnice má zpracován a zaveden Program prevence a kontroly infekcí, který vychází z aktuálního vědeckého poznání, národní legislativy a doporučených postupů.
- 8.2. Nemocnice v rámci Programu prevence a kontroly infekcí koordinuje veškeré činnosti lékařů, sester a ostatních osob.
- 8.3. Nemocnice provádí výchozí a průběžné hodnocení rizika výskytu infekcí ohrožujících potenciálně pacienty, personál i další osoby, které se vyskytují v nemocnici.
- 8.4. Program prevence a kontroly infekcí popisuje činnosti v oblasti řízení prevence a kontroly infekcí a definuje postupy k redukci rizik.
- 8.5. V nemocnici jsou pro potřeby ovlivňování rizika využívány postupy cílené, klinicky orientované prevence a kontroly infekcí.
- 8.6. Nemocnice provádí školení personálu v oblasti hygienicko-epidemiologické problematiky, zajišťuje výcvik zdravotnického i nezdravotnického personálu v zásadách a postupech prevence a kontroly infekcí.

Standard 8.1.

Nemocnice má zpracován a zaveden Program prevence a kontroly infekcí, který vychází z aktuálního vědeckého poznání, národní legislativy a doporučených postupů³⁶.

Účel a naplnění standardu:

Účelem činností v oblasti prevence a kontroly infekcí (Program prevence a kontroly infekcí) je aktivní a včasná identifikace rizik spojených s možností vzniku infekcí u pacientů, pracovníků nemocnice, dobrovolníků, studentů a návštěvníků a jejich řízení s důrazem na minimalizaci vzniku a šíření.

Rozsah a forma řízení Programu prevence a kontroly infekcí závisí na velikosti a typu nemocnice a na spektru poskytované péče. Při stanovení počtu odpovědných pracovníků (nemocniční epidemiolog, sestra kontroly infekcí, asistent ochrany a podpory zdraví apod.) se přihlíží k velikosti a zaměření nemocnice, spektru ošetřovaných pacientů, povaze jejich onemocnění, rizikovitosti používaných zdravotnických i nezdravotnických technologií, prováděných diagnostických a léčebných procedur.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice má zaveden Program prevence a kontroly infekcí, který vychází z aktuálního vědeckého poznání, národní legislativy a doporučených postupů/metodických doporučení.
2. V nemocnici je stanoven pracovník/tým pracovníků³⁷ s příslušnou kvalifikací, který/kteří odpovídá/odpovídají za činnosti v oblasti prevence a kontroly infekcí.
3. Tento pracovník/tito pracovníci má/mají vzdělání a kompetence odpovídající velikosti nemocnice a spektru poskytované péče.
4. Odpovědnost za řízení programu prevence a kontroly infekcí je dokumentována v pracovní náplni těchto pracovníků.

³⁶§ 47, odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění; Věstník MZČR, částka 2/2013 – Metodický návod – Program prevence a kontroly infekcí ve zdravotnických zařízeních poskytovatelů akutní lůžkové péče; zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v platném znění; vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na zdravotnických zařízeních a ústavů sociální péče v platném znění.

³⁷Věstník MZČR, částka 2/2013 – Metodický návod – Program prevence a kontroly infekcí ve zdravotnických zařízeních poskytovatelů akutní lůžkové péče.

Standard 8.2.

Nemocnice v rámci Programu prevence a kontroly infekcí koordinuje veškeré činnosti lékařů, sester a ostatních osob.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice naplní tento standard zajištěním koordinace aktivit všech pracovníků v oblasti prevence a kontroly infekcí – jedná se jak o koordinaci v rámci klinických pracovišť, tak pracovišť neklinických (stravovací provoz, úklidové služby, údržba areálu apod.). Vlastní koordinace činností probíhá obvykle formou multidisciplinárního týmu či skupiny, např. tým pro kontrolu infekcí – členy tohoto týmu/skupiny jsou jednak osoby odpovědné za činnosti v oblasti prevence a kontroly infekcí (viz standard č. 8. 1.), dále pak zástupci jednotlivých typů pracovišť a další osoby (např. zástupce antibiotického střediska, statistik, případně zástupce pacientů apod.).

Tým/skupina navrhuje managementu zaměření Programu prevence a kontroly infekcí, definuje kritéria sběru dat pro oblast infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče, navrhuje preventivní opatření apod.

Indikátory standardu:

1. V nemocnici pracuje multidisciplinární tým, který koordinuje jednotlivé oblasti Programu prevence a kontroly infekcí.
2. Program kontroly a prevence infekcí pokrývá všechny oblasti činnosti nemocnice.
3. Na koordinaci Programu prevence a kontroly infekcí se podílejí lékaři, sestry a další pracovníci nemocnice.

Standard 8.3.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice provádí výchozí a průběžné hodnocení rizika výskytu infekcí ohrožujících potenciálně pacienty, personál i další osoby, které se vyskytují v nemocnici.

Výchozí hodnocení se provádí na základě podrobného posouzení charakteru péče a rizikovosti pacientů, kterým je tato péče poskytována. Výchozí riziko musí být pravidelně přehodnocováno, zejména při významnějších změnách struktury nemocnice, zavádění nových typů péče či zdravotnických technologií, případně při změnách rizikovosti dílčích skupin pacientů, kterým je péče poskytována.

Průběžným hodnocením rizika se také identifikují vnější infekční hrozby (zavlečení sezónně nebo epidemicky se vyskytujících komunitních infekcí, např. chřipka, spalničky apod., případně zavlečení importované nebo vysoce nebezpečné infekce).

Významnou součástí hodnocení rizika je surveillance infekcí spojených se zdravotní péčí, která se má výběrově zaměřovat na prioritní oblasti, vyplývající z úvodního a průběžného hodnocení rizika. Výsledky jsou využívány v režimu časného varování (v případě epidemiologicky závažných situací s nebezpečím z prodlení) a v režimu dlouhodobého sledování analýzou a hodnocením trendů.

Indikátory standardu:

1. Výchozí a průběžné hodnocení rizika jsou podkladem pro tvorbu a aktualizaci zaměření Programu prevence a kontroly infekcí (akční plán).
2. Je zavedena surveillance infekcí spojených se zdravotní péčí zaměřená na prioritní oblasti.
3. Výsledky surveillance jsou pravidelně předávány všem osobám, které je mohou využít pro účinné omezování výskytu infekcí spojených se zdravotní péčí.

Standard 8.4.

Program prevence a kontroly infekcí popisuje činnosti v oblasti řízení prevence a kontroly infekcí a definuje postupy k redukci rizik³⁸.

Účel a naplnění standardu:

Program kontroly a prevence infekcí musí být komplexní – vztahuje se na péči o pacienty i na ochranu pracovníků a návštěvníků nemocnice před riziky. Součástí programu je vždy popis postupů, sloužících k identifikaci infekcí a k analýze příčin případných infekcí a postupů při očkování pracovníků nemocnice i pacientů.

Ovlivňování rizika vzniku infekcí zahrnuje zajištění základních hygienických požadavků na provoz zdravotnického zařízení a zajištění standardních opatření k eliminaci rizika přenosu infekčních agens při poskytování zdravotní péče.

Mezi standardní opatření patří hygiena rukou³⁹, používání rukavic, ochrana obličeje (oči, nos ústa), používání ochranných plášťů či celotělových obleků, prevence poranění jehlou a jinými ostrými předměty, respirační hygiena (etiketa při kašli), provádění úklidu, manipulace s lůžkovinami, zacházení s odpadem, manipulace s předměty a pomůckami používanými při poskytování péče. Nad rámec standardních opatření se v indikovaných případech zavádějí opatření speciální (proti přenosu kontaktem, kapénkami a vzduchem), využívající podle potřeby izolační postupy.

Mezi základní hygienické požadavky patří tyto oblasti a činnosti:

- a) hygiena rukou;
- b) nakládání s odpady;
- c) manipulace s použitým prádlem;
- d) poranění o použitou jehlu, kontaminovanou pomůcku, expozice biologickým materiálem;
- e) odběr a manipulace s biologickým materiálem;
- f) ochranná dezinfekce, deratizace;
- g) úklid a malování;
- h) zásady dezinfekce, dvoustupňové dezinfekce a vyššího stupně dezinfekce;
- i) zásady sterilizace a její kontroly;

³⁸Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v platném znění; vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na zdravotnických zařízeních a ústavů sociální péče v platném znění.

³⁹Věstník MZČR, částka 5/2012 – Metodický návod – Hygiena rukou při poskytování zdravotní péče.

- j) manipulace se stravou;
- k) postupy a opatření na prevenci legionelózy;
- l) údržba a čištění klimatizačních a vzduchotechnických zařízení.

**Indikátory
standardu:**

1. Nemocnice 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 l) účelu standardu.
3. Stanovené postupy a metody se dodržují a kontrolují.
4. Nemocnice má stanovena speciální opatření pro kontaktní, kapénkovou a vzdušnou izolaci.

Standard 8.5.

Účel a naplnění standardu:

V nemocnici jsou pro potřeby ovlivňování rizika využívány postupy cílené, klinicky orientované prevence a kontroly infekcí.

Provádění cílené, klinicky orientované prevence a kontroly infekcí navazuje na výstupy surveillance, přičemž zahrnuje především následující oblasti:

- a) prevenci a kontrolu hlavních skupin infekcí spojených se zdravotní péčí, zejména infekcí krevního řečiště včetně katetrových, infekcí v místě chirurgického výkonu, respiračních infekcí, jako je nozokomiální a ventilátorová pneumonie, infekcí močového ústrojí, infekcí gastrointestinálního ústrojí a dalších skupin podle zaměření daného zdravotnického zařízení;
- b) prevenci a kontrolu infekcí vyvolaných epidemiologicky významnými původci, zejména multirezistentními mikroorganismy (například MRSA, multirezistentní gramnegativní tyčinky), *Clostridioides difficile*, původci přenášenými krví, dále legionelózy, tuberkulózy, chřipky a dalších podle zaměření daného zdravotnického zařízení a aktuální epidemiologické situace;
- c) prevenci a kontrolu infekcí vyskytujících se u specifických skupin pacientů a prevenci a kontrolu infekcí spojených se specifickými diagnostickými a léčebnými postupy.

Cílenými, klinicky orientovanými postupy se rozumí zavádění komplexních souborů preventivních opatření (tzv. balíčků) s ověřenou účinností, zaměřených vždy na určitou skupinu infekcí spojených se zdravotní péčí (např. infekce v souvislosti s chirurgickou péčí).

Pro hodnocení compliance s postupy (standards) prevence a kontroly infekcí je využíváno měření procesních indikátorů kvality. V praxi se hodnotí např. dodržování správné praxe v hygieně rukou (využití příležitostí k provedení hygienické dezinfekce rukou) a dodržování klíčových preventivních opatření v prevenci infekcí v místě chirurgického výkonu, katetrových infekcí krevního řečiště, ventilátorové pneumonie a močových infekcí u katetrizovaných pacientů. Používají se k tomu vhodně uspořádané soubory preventivních postupů.

Ve vztahu ke kvalitě se nejčastěji hodnotí výskyt preventabilních infekcí prostřednictvím výsledkových indikátorů, které používají jako číselný výstup incidentní surveillance jednotlivých skupin infekcí (počet případů určité infekce, odpovídajících dané

definici, zjištěných za hodnocené období). Volí se nejméně pololetní intervaly, reprezentativní výsledky poskytují roční data. Jako jmenovatel se používají dny expozice specifickému riziku (např. katetrové dny pro katetrové infekce krevního řečiště, ventilátorové dny pro ventilátorovou pneumonii).

**Indikátory
standardu:**

1. Nemocnice zavádí preventivní postupy k redukci výskytu infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče.
2. Nemocnice má a postupně zavádí soubory preventivních postupů pro hlavní skupiny infekcí spojených se zdravotní péčí, které odpovídají zaměření poskytované péče.
3. Nemocnice využívá pro hodnocení výskytu hlavních skupin infekcí spojených se zdravotní péčí, které odpovídají zaměření poskytované péče, výsledkové indikátory kvality. (viz standard 10.5.).
4. Nemocnice sleduje rizika infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče a jejich výskyt.
5. Na základě sběru a analýzy dat dochází k případným změnám preventivních postupů v nemocnici.
6. Nemocnice vyhodnocuje rizika infekcí minimálně 1x ročně a na základě tohoto vyhodnocení provádí případné změny Programu prevence a kontroly infekcí.

Standard 8.6.

Nemocnice provádí školení personálu v oblasti hygienicko-epidemiologické problematiky, zajišťuje výcvik zdravotnického i nezdravotnického personálu v zásadách a postupech prevence a kontroly infekcí.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice seznamuje pracovníky s programem prevence a kontroly infekcí (akčním plánem) a provádí školení pracovníků, např. v hygieně rukou, třídění a likvidaci odpadu, manipulaci s prádlem, stravování, úklidu, dezinfekci, sterilizaci apod. Nemocnice naplní tento standard vypracováním vnitřních předpisů souvisejících s protiepidemickými opatřeními a průběžným školením kompetentních osob v této problematice personálem nemocnice. Při posuzování shody se standardem bude vyžadováno předložení prezenční listiny či záznamu o provedených školeních (celonemocniční semináře, provozní schůzky, porady, semináře apod.).

Indikátory standardu:

1. Nemocnice zajistí seznámení pracovníků s programem prevence a kontroly infekcí.
2. Do programu školení jsou zahrnuti lékaři, sestry 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.

Seznam standardů kapitoly:

- 9.1. Nemocnice definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti, rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení a formy komunikace.
- 9.2. Vedení nemocnice ve spolupráci se zřizovatelem/statutárním orgánem/majitelem formuluje poslání, vizi a strategii nemocnice na základě analýzy dostupných zdrojů a potřeb pacientů.
- 9.3. Pracovníci nemocnice dodržují obecně závazné předpisy – národní a oborovou legislativu. Nemocnice má zavedený účinný postup zapracování změn v legislativě do vnitřních předpisů.
- 9.4. Vedení nemocnice společně s vedoucími pracovníky všech pracovišť písemně definuje systém vnitřních předpisů.
- 9.5. Vedení nemocnice se aktivně podílí na řízení kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
- 9.6. Vedení nemocnice sděluje veřejnosti vhodnou a srozumitelnou formou spektrum poskytované péče a služeb a výsledky v oblasti řízení kvality a bezpečí poskytované péče nemocnice.
- 9.7. Vedení nemocnice odpovídá za služby zajištěné smluvními dodavateli.
- 9.8. V nemocnici je zaveden program podpory zdraví.
- 9.9. V nemocnici je vytvořen a zaveden soubor pravidel pro dodržování etických norem a zlepšování organizační kultury ve všech klíčových činnostech.

Standard 9.1.

Účel a naplnění standardu:

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

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

Vnitřní předpis nemocnice 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.).

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

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

Indikátory standardu:

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

Standard 9.2.

Vedení nemocnice ve spolupráci se zřizovatelem/ statutárním orgánem/majitelem formuluje poslání, vizi a strategii nemocnice 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 nemocnice se rozumí nejen definice aktuálního spektra služeb, ale také hodnot společných pro všechny pracovníky a role, kterou nemocnice zastává v kontextu regionu a komunity, ve které se nachází.

Vizi a strategií se rozumí nejvyšší a obecný soubor principů, v rámci kterých se uskutečňuje plánování a rozvoj nemocnice. 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.

Nemocnice by měla integrovat řízení kvality a bezpečí do poslání i strategického plánování nemocnice.

Indikátory standardu:

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

Standard 9.3.

Pracovníci nemocnice dodržují obecně závazné předpisy – národní a oborovou legislativu. Nemocnice má zavedený účinný postup zpracování změn v legislativě do vnitřních předpisů.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice 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 fungovala dle platné legislativy.

Řešení, jak dosáhnout výše uvedeného, existuje mnoho. Volba účinného řešení musí vycházet z velikosti nemocnice, spektra poskytovaných služeb a finančních možností.⁴⁰ Nemocnice však vždy musí mít účinný postup sledování změn v legislativě a jejich zavedení do praxe.

K naplnění tohoto standardu nemocnice 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, informovaní vedoucí i řadoví pracovníci) je uspokojivý (viz též standard č. 9.4.).

Indikátory standardu:

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

⁴⁰Velké nemocnice 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 nemocnice uzavře smlouvu na tyto služby s právníkem či advokátní kanceláří.

Standard 9.4.

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

Účel a naplnění standardu:

Vnitřní předpisy nemocnice 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 nemocnice 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) postupy přidělování odpovědností za správu jednotlivých předpisů (garant odbornosti⁴¹);
- d) způsob schvalování a vydávání vnitřních předpisů odpovědnými osobami;
- e) maximální dobu platnosti (periodu ověřování aktuálnosti vnitřních předpisů) a způsob jejich aktualizace;
- f) způsob implementace vnitřních předpisů do praxe včetně školení příslušných pracovníků;
- g) 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;
- h) způsob rušení a ukončování platnosti vnitřních předpisů, archivace a způsob, jakým je zajištěno, aby nebyly nadále používány.
- i) způsob kontroly dodržování a efektivity vnitřního předpisu.

Indikátory standardu:

1. V nemocnici je písemně definován postup řízení vnitřních předpisů minimálně v rozsahu písmen a) až i) účelu standardu a předpis se v praxi dodržuje.
2. Vnitřní předpisy nemocnice jsou vedené v písemné podobě a jsou dostupné pro všechny pracovníky, kterým jsou určeny.
3. Vnitřní předpisy nemocnice jsou aktuální a jsou v nemocnici dodržovány.

⁴¹Garantem odbornosti se rozumí osoba, která odpovídá za zpracování příslušného vnitřního předpisu, jeho věcnou správnost, aktuálnost, realizaci revizí, soulad s legislativou a akreditačními standardy.

Standard 9.5.

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

Účel a naplnění standardu:

Vedení nemocnice dohlíží na tvorbu programu kvality, schvaluje ho a pravidelně ročně 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 nemocnice.

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 nemocnice a vrcholovým vedením. Hlavní manažerská role a odpovědnost za kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb spočívá na vrcholovém vedení.

Indikátory standardu:

1. Vedení nemocnice se aktivně podílí na plánování programu řízení kvality a bezpečí, zejména při stanovování priorit takového programu a vyčleňování zdrojů pro jeho realizaci.
2. Vedení nemocnice aktivně dohlíží na realizaci programu řízení kvality a bezpečí.
3. Vedení nemocnice pravidelně ročně přezkoumává výstupy a výsledky programu řízení kvality a bezpečí a na základě výstupů z přezkoumání definuje měřitelné cíle kvality na další období.
4. Vedení nemocnice využívá výstupy a výsledky programu řízení kvality k rozhodování.

Standard 9.6.

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

Účel a naplnění standardu:

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

Tento proces začíná identifikací „klientů“ nemocnice, a to jak externích (pacienti, praktičtí lékaři, terénní specialisté, záchranná služba, ostatní poskytovatelé zdravotních, ale i sociálních služeb a další), tak interních (ostatní pracoviště nemocnice, vedoucí pracovníci atd.). V dalším kroku nemocnice u těchto „klientů“ identifikuje jejich informační potřeby, jinými slovy, jaké informace (rozsah a formu jejich sdělování) potřebují k tomu, aby ke službám nemocnice měli co nejsnazší přístup. Právě fakt, že informační potřeby různých klientů 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 nemocnice.
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 nemocnice v oblasti kvality a bezpečí poskytovaných služeb jsou pravidelně poskytovány veřejnosti, a to vhodnou a srozumitelnou formou.

**Účel a naplnění
standardu:**

**Vedení nemocnice odpovídá za služby zajištěné
smluvními dodavateli.**

Zajištění činností či služeb zabezpečujících provoz nemocnice třetími stranami na smluvním základě je ve zdravotnictví velmi rozšířeno. Nemocnice, 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 nemocnice.

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

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

K zajištění výše uvedených bodů je nutné, aby v nemocnici 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.⁴²

⁴²Pokud je externě zajišťován například úklid, potom dohled a kontrola probíhá stejně jako u vlastních služeb nemocnice (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 nemocnice. Možnosti v tomto případě jsou: 1. Vstupní kontrola stravy. 2. Dohoda s dodavatelem, že u něj pravidelně proběhne kontrola ze strany zástupců nemocnice. 3. Smluvní dodavatel prokáže svoji kvalitu certifikátem o externím hodnocení kvality, který nemocnice 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.

V neposlední řadě je nutné, aby vedoucí pracovníci nemocnice 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 nemocnice nadále spolupracovat.

**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 nemocnice.
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.

Standard 9.8.

V nemocnici je zaveden program podpory zdraví.

Účel a naplnění standardu:

Česká republika se zavázala k účasti v programu Nemocnice 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 nemocnic České republiky. Vedení nemocnice 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 nemocnice;
- c) způsob posuzování potřeb podpory zdraví u pacientů a pracovníků nemocnice 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 nemocnice;
- 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 nemocnice 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 nemocnice zahrnuje alespoň položky uvedené v písmenech a) až e) účelu standardu.
3. Program podpory zdraví je v nemocnici zaveden.
4. Účinnost programu podpory zdraví se v nemocnici průkazně sleduje a vyhodnocuje. Výsledky jsou využívány k zvyšování účinnosti programu.

Standard 9.9.

Účel a naplnění standardu:

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

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

- a) možné konflikty zájmů (např. ekonomické zájmy nemocnice vs. zájmy pacienta, skryté zájmy pracovníků vs. zájmy nemocnice) 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 nemocnice v jednání s pacientem či jeho blízkými;
- e) případy zneužívání formálního či neformálního postavení pracovníka nemocnice při jednání s jiným pracovníkem včetně případů nevhodného zejména diskriminačního či sexistického chování;
- f) případné nežádoucí motivace jedné ze stran, způsob jejich odtajnění a prevence;
- g) postupy etické komise pro vědecko-výzkumnou činnost, pokud v nemocnici působí.

Součástí agendy zvyšování kvality a bezpečí v nemocnici je snaha pozitivně ovlivňovat organizační kulturu⁴³.

Indikátory standardu:

1. Vedoucí pracovníci nemocnice stanoví základní etický rámec pro všechny klinické služby alespoň v rozsahu písmen a) až g) účelu standardu.
2. Vedoucí pracovníci nemocnice 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 g) účelu standardu.
3. Všichni pracovníci nemocnice dodržují stanovený etický rámec v klinických i neklinických činnostech.
4. Všichni pracovníci nemocnice se aktivně podílí na udržování a zlepšování zdravé organizační kultury v nemocnici.

⁴³Organizační kulturou se rozumí soubor hodnot a neformálních norem sdílených pracovníky nemocnice. 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 nemocnice.

Seznam standardů kapitoly:

- 10.1. V organizační struktuře nemocnice jsou stanoveny osoby, orgány či týmy, které se zabývají plánováním, řízením, monitorováním a zvyšováním kvality péče a bezpečí poskytovaných služeb.
- 10.2. V nemocnici je zaveden funkční program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb, program je plánován a řízen a je rozšířen do celé nemocnice.
- 10.3. Zdravotní péče se v nemocnici poskytuje dle doporučených klinických postupů, standardů a protokolů.
- 10.4. V nemocnici probíhá interní audit kvality a bezpečí poskytovaných služeb, tato činnost je plánovaná a dokumentovaná a provádějí ji k tomu pověřené a kvalifikované osoby.
- 10.5. V nemocnici probíhá sběr a analýza dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb.
- 10.6. V nemocnici je zaveden účinný postup sledování nežádoucích událostí.

Standard 10.1.

V organizační struktuře nemocnice 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 nemocnice (např. plánování zdrojů) a informovanost a zapojení personálu. Nemocnice 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 nemocnice 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 nemocnice se osobně aktivně účastní programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a poskytuje mu adekvátní technické, materiální a jiné potřebné zdroje.
4. Personál nemocnice je pravidelně informován, zná postupy zvyšování kvality a bezpečí služeb a je školen v zavedených změnách.

Standard 10.2.

V nemocnici je zaveden funkční program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb, program je plánován a řízen a je rozšířen do celé nemocnice.

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 nemocnice 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 celé nemocnice. Z uvedeného důvodu vedení nemocnice stanoví obecný program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb (vize, cíle kvality a bezpečí, nástroje k jejich dosažení), který zahrnuje veškerá pracoviště nemocnice včetně obslužných provozů (např. údržba, stravovací provoz, úklid, prádelna, technická doprava apod.) a veškeré činnosti spojené s kvalitou. Program kvality a bezpečí nemocnice je delegován na všechny vedoucí zaměstnance, kteří jej rozpracují do podoby konkrétních úkolů a povinností pro řízené útvarů a odpovídají za jeho uplatňování v praxi řízených útvarů. Funkčnost, efektivita a aktuálnost programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb jsou pravidelně přezkoumány vedením nemocnice.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice má zpracován program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb včetně měřitelných cílů kvality pro daný rok.
2. Program zvyšování kvality a bezpečí nemocnice je rozpracován a rozšířen do celé nemocnice.
3. Vedoucí pracovníci nemocnice všech úrovní řízení se účastní plánování, monitorování a vyhodnocování programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb (viz standard č. 9.5.).
4. Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb se pravidelně ročně přezkoumává a aktualizuje a dokladuje se kontinuální zlepšování.
5. Pracovníci jsou seznámeni s programem zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a jsou aktivně zapojeni a motivováni k jeho naplňování.

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

Účel a naplnění standardu:

Snahou vedoucích pracovníků nemocnice by mělo být standardizovat důležité postupy, které provádějí lékaři a sestry, 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 nemocnici jsou zpracovány doporučené postupy, standardy či protokoly. Obvyklý postup je vybrat ty činnosti, které se týkají více pracovišť v nemocnici – například péče o pacienty s diabetem či hypertenzí, péče o pacienty se smyslovým nebo tělesným postižením či pacienty podstupující onkologickou léčbu, péče o pacienty s kognitivními poruchami (viz také standard č. 3.2.) – nebo činnosti s velkou mírou rizika – například pooperační péče.⁴⁴

Nemocnice naplní standard tím, že ročně vypracuje či převezme z jiného zdroje 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, požadavky národní legislativy a vychází z medicíny založené na důkazech (EBM/EBP);
- c) je v souladu se současnými, místními a materiálními možnostmi nemocnice.

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

⁴⁴Příklady dalších oblastí/činností vyžadujících zpracování postupů: rehabilitační ošetřování, péče o rizikové skupiny pacientů (děti, senioři, pacienti po operaci v celkové anestezii), sledování bolesti, péče o pacienta s rizikem sebepoškození, provádění méně častých výkonů (např. péče o pacienty s PEG na standardních odděleních) a další.

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.

**Indikátory
standardu:**

1. Nemocnice 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.

Standard 10.4.

Účel a naplnění standardu:

V nemocnici probíhá interní audit kvality a bezpečí poskytovaných služeb⁴⁵, tato činnost je plánovaná a dokumentovaná a provádějí ji k tomu pověřené a kvalifikované osoby.

Interní audit 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 jsou prověřovány veškeré postupy a pracoviště, které ovlivňují kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb. Mezi povinné oblasti prověřované interním auditem minimálně náleží:

- a) vedení zdravotnické dokumentace včetně komplexnosti a včasnosti vyhotovení propouštěcích zpráv (viz standard č. 12.5);
- b) nakládání s léčivými přípravky;
- c) dodržování práv pacientů;
- d) aktuálnost a dodržování vnitřních předpisů v praxi;
- e) bezpečnost prostředí a bezpečí osob (viz standard č. 11.3.).

Nemocnice 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 v nemocnici. Nemocnice standard naplní, když prokáže, že interní audit je systémově plánován a řízen, je rozprostřen do celé nemocnice a na základě zjištění z auditů jsou přijímána opatření ke zlepšování.

Indikátory standardu:

1. V nemocnici je zaveden postup interní auditní činnosti.⁴⁶
2. Osoby pověřené interní auditní činností jsou k tomuto účelu školeny a splňují kvalifikační požadavky stanovené nemocnicí.
3. Interní audit probíhá v celé nemocnici a zahrnuje všechny oblasti poskytovaných služeb včetně bodů a) – e) účelu standardu.
4. Závěry interních auditů jsou analyzovány a využívány ke kontinuálnímu zvyšování kvality a bezpečí.

⁴⁵Pro účely tohoto textu je termínem „interní audit“ vždy míněn audit zaměřený na dodržování pravidel souvisejících s řízením kvality a bezpečí.

⁴⁶§ 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění; Věstník MZČR, částka 13/2021.

**Účel a naplnění
standardu:**

V nemocnici 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 definují jako prioritní pro sledování pomocí objektivních dat. Způsob, jakým jsou definovány priority v oblasti sběru a analýzy dat, však musí nemocnice 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 nemocnice či nově zavedené.

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

- a) podávání anestezie/sedace;
- b) chirurgická/invazivní péče;
- c) skladování, předepisování a podávání léčivých přípravků včetně antibiotik (viz standard č. 7.3.);
- d) dodržování všech bezpečnostních cílů (viz kapitola RBC);
- e) nemocniční nákazy a protiepidemická opatření (viz standard č. 8.5.);
- f) včasnost, správnost a úplnost zdravotnické dokumentace (viz standardy č. 10.4. a 12.5.);
- g) nakládání s krví a transfúzními přípravky;
- h) řešení neodkladných stavů;
- i) nežádoucí události (viz standard č. 10.6.).

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

- j) spokojenost pacientů;
- k) dodržování práv pacientů (viz standard č. 10.4.);
- l) vyřizování stížností (viz standard č. 2.11.);
- m) sledování objednáček dob;
- n) spokojenost zaměstnanců;
- o) naplňování personálního zabezpečení poskytované péče (viz standard č. 13.1.);
- p) bezpečí prostředí včetně řízení rizik.

Práce s objektivními daty o kvalitě a bezpečí vyžaduje jistou erudici a vedení nemocnice 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. Nemocnice 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. 9.5., který definuje účast vedení nemocnice na řízení kvality, standard č. 9.6., stanovující požadavek zveřejňování výsledků v oblasti kvality a bezpečí a standard č. 10.3, který vyžaduje povinnost sledovat data u nově zavedených klinických postupů.

Indikátory standardu:

1. V nemocnici probíhá sběr a analýza dat o kvalitě v klíčových klinických oblastech, minimálně však v rozsahu písmen a) až i) účelu standardu.
2. V nemocnici probíhá sběr a analýza dat o kvalitě v klíčových neklinických oblastech, minimálně však v rozsahu písmen j) až p) účelu standardu.
3. Priority pro takový sběr dat definují vedoucí pracovníci nemocnice ve spolupráci s vedoucími klinických i neklinických provozů.
4. Tam, kde je to možné, vyhledává nemocnice 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.

**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.⁴⁸ Nemocnice tento standard naplní, když standardizuje a zavede účinný systém pro hlášení mimořádných/nežádoucích událostí, jehož součástí je i identifikace výstražných událostí a nedokonaných pochybení.

Mezi výstražné události se řadí zejména:

- a) neočekávané úmrtí bez přímého vztahu k přirozenému průběhu choroby pacienta;
- b) trvalá ztráta funkce bez přímého vztahu k přirozenému průběhu choroby pacienta;
- c) 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 nemocnice. 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. Nemocnice zpracuje vnitřní předpis, který definuje postupy hlášení, zpracování, šetření, vyhodnocení, dokumentování, analýz a komunikování nežádoucích událostí včetně stanovení pravomocí a odpovědností osob, které danou činnost vykonávají. Nemocnice doloží praktické využití získaných informací k prevenci rizik a zvyšování kvality a bezpečí a demonstruje postupy pro edukaci pracovníků nemocnice v oblasti prevence rizik a ke zvyšování jejich motivace k hlášení nežádoucích událostí.

⁴⁷Nežádoucí událostí se rozumí poškození pacienta nebo riziko tohoto poškození, způsobené činností zdravotnických a nezdravotnických pracovníků nemocnice, nikoli onemocněním nebo poraněním pacienta.

⁴⁸Vyhláška MZČR č. 373/2017 Sb., o Programu statistických zjišťování na rok 2018; Věstník MZČR, částka 7/2018.

**Indikátory
standardu:**

1. V nemocnici je vnitřním předpisem stanoven a v praxi zaveden účinný postup hlášení a analýzy nežádoucích událostí (včetně hlášení do národního Systému hlášení nežádoucích událostí), v rámci tohoto postupu nemocnice definuje, které události se považují za nežádoucí⁴⁹, výstražné a nedokonané a definuje jejich závažnost s ohledem na riziko pro pacienty, pracovníky a další osoby.
2. Priority takového postupu definují řídící pracovníci ve spolupráci s vedoucími klinických i neklinických provozů.
3. Předpisem definované výstražné nežádoucí události jsou intenzivně analyzovány.
4. Výskyt nežádoucích událostí je minimálně jednou ročně analyzován dle typů nežádoucích událostí.
5. Výsledky analýzy nežádoucích událostí se využívají k trvalému zvyšování bezpečí poskytovaných služeb.
6. Jednotlivá pracoviště jsou informována o výsledcích analýzy nežádoucích událostí.

⁴⁹Příloha č. 1, odst. 1. 2. 1., písm. a) vyhlášky č. 102/2012 Sb. v platném znění.

Seznam standardů kapitoly:

- 11.1. Bezpečí prostředí se v nemocnici plánuje a řídí a nemocnice je uspořádána ve shodě s národní legislativou.
- 11.2. Nemocnice zajistí ochranu před požárem či zakouřením pro pacienty, návštěvy a pracovníky.
- 11.3. Nemocnice zajistí bezpečí a bezpečnost prostředí a osob.
- 11.4. Nemocnice zajistí bezpečné nakládání s chemickými látkami a odpadem.
- 11.5. Nemocnice zajistí trvalé zásobování elektřinou, pitnou vodou a medicínami.
- 11.6. Nemocnice zajistí bezpečný a spolehlivý provoz zdravotnických prostředků, zdrojů ionizujícího a neionizujícího záření a měřidel, a to včetně jejich skladování a likvidace.
- 11.7. Nemocnice plánuje a prověřuje reakci na pravděpodobné vnější či vnitřní krizové situace.

Standard 11.1.

Bezpečí prostředí se v nemocnici plánuje a řídí a nemocnice je uspořádána ve shodě s národní legislativou.

Účel a naplnění standardu:

V nemocnici 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 nemocnice 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 nemocnice jsou často zajištěny externími dodavateli. Odpovědnost za bezpečné a funkční prostředí v nemocnici 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. 9.7.). Tuto kontrolu si může nemocnice 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 nemocnice 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 stavebním⁵⁰ či hygienickým předpisům⁵¹, předloží nemocnice seznam těchto nedostatků i s plánem nápravy. Přitom nelze akceptovat nedostatky, které bezprostředně ohrožují pacienty, pracovníky nemocnice či jiné osoby, nebo brání provozu nemocnice. V těchto případech nemocnice 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 nemocnice, tyto osoby jsou identifikovány v organizační struktuře nemocnice a jsou jim přiděleny adekvátní pravomoci a odpovědnosti a přiděleny potřebné finanční, personální a další zdroje.

⁵⁰Zákon č. 183/2006 Sb., stavební zákon.

⁵¹Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

2. Pokud jsou některé činnosti související s bezpečím provozu nemocnice zajišťovány smluvními dodavateli, jsou tyto služby předmětem dohledu či kontroly ze strany nemocnice.
3. Nemocnice 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, nemocnice plánuje jejich odstranění a zavádí náhradní opatření, která zajistí bezpečný provoz do doby zavedení definitivního řešení.

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

Nemocnice splňuje veškeré předpisy a normy v oblasti požáru či zakouření, které vycházejí z národní legislativy⁵². Jedním ze základních opatření je zákaz kouření ve všech prostorách nemocnice s příslušnými výjimkami.⁵³

K zabezpečení nemocnice 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 i externích dodavatelů s riziky na jejich pracovišti či místě výkonu činností a se zavedenými preventivními opatřeními.

⁵²Zákon č. 133/1985 Sb., o požární ochraně v platném znění; zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému; vyhláška Ministerstva vnitra č. 246/2001 Sb., o stanovení podmínek požární bezpečnosti a výkonu státního požárního dozoru v platném znění; vyhláška Ministerstva vnitra č. 23/2008 Sb., o technických podmínkách požární ochrany staveb v platném znění; vyhláška č. 202/1999 Sb., kterou se stanoví technické podmínky požárních dveří, kouřotěsných dveří a kouřotěsných požárních dveří v platném znění; nařízení vlády č. 375/2017 Sb., o vzhledu, umístění a provedení bezpečnostních značek a značení a zavedení signálů v platném znění.

⁵³§ 8 odst. 1 písm. e) zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek v platném znění.

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:

- 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 nacvičovat⁵⁴ 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.);

⁵⁴Nacvičováním 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.).

- 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. Nemocnice dodržuje veškerou platnou legislativu v oblasti prevence požáru či zakouření včetně zákazu kouření.
2. Nemocnice řídí riziko požáru či zakouření minimálně v rozsahu písmen a) až d) účelu standardu.
3. Nemocnice zavede účinný systém detekce a zdolávání požáru či zakouření.
4. Nemocnice zavede účinný systém evakuace v případě požáru či zakouření minimálně v oblastech uvedených v písmenech e) až h) účelu standardu.
5. Nemocnice školí všechny pracovníky v jejich roli v programu prevence a zakouření při nástupu a dále v pravidelných intervalech. Znalosti a dovednosti personálu jsou pravidelně prověřovány.
6. Všechny komponenty prevence požáru či zakouření jsou pravidelně prověřovány minimálně v rozsahu písmen i) až k) účelu standardu.

**Účel a naplnění
standardu:**

Bezpečné prostředí je takový stav prostor, budov, pozemků a zařízení, který nepředstavuje riziko, resp. který minimalizuje s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní riziko poškození pro osoby, které se zde pohybují, tedy personál, pacienty a návštěvy nemocnice.

Bezpečnost je ochrana pracovníků, pacientů a dalších osob a jejich majetku proti útoku, krádeži či poškození.⁵⁷

Nemocnice musí v první řadě tyto dva aspekty prostředí (bezpečí a bezpečnost prostředí a osob) plánovat, mít stanovené postupy k jejich zajištění, pravidelně školit k tomuto účelu personál v jeho povinnostech a dále nastavit plán kontrol, prověrek a revizí (např. vyhrazených technických zařízení) za účelem udržení trvalého bezpečí a bezpečnosti fyzického prostředí. Nemocnice dále musí mít nastavený systém adekvátní reakce na výsledky kontrol, prověrek a revizí a tento aktivizovat.

Nemocnice zajistí identifikaci všech osob, se kterými je v pracovněprávním 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:

⁵⁵Nařízení vlády č. 272/2011 Sb., o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací v platném znění.

⁵⁶Jedná se o obecnou prevenční povinnost „criminale compliance“ – systém interních firemních opatření a postupů pro prevenci, detekci a reakci na případná trestněprávní jednání, který je součástí firemní kultury společnosti a je rovněž vyžadován platnou legislativou, např. zákonem č. 183/2016 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim.

⁵⁷Příklady 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 nemocnice, 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 nemocnice, nebo ohrozit pacienty.

Zákon č. 250/2021 Sb., o bezpečnosti práce v souvislosti s provozem vyhrazených technických zařízení a o změně souvisejících zákonů a související předpisy.

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

Prostory a vybavení pro poskytování zdravotní péče jsou přístupné pouze oprávněným osobám.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice plánuje a řídí zajištění bezpečí a bezpečnosti prostředí a osob včetně plánování a realizace revizí vyhrazených technických zařízení a budov v souladu s platnou legislativou.
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. Prostedí je předmětem pravidelných kontrol z hlediska bezpečí a bezpečnosti.
4. Všechna identifikovaná rizika v oblasti bezpečí a bezpečnosti jsou odstraňována či s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti minimalizována. 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. 11.1., indikátor č. 4).
5. Všechny osoby, minimálně v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu, jsou v nemocnici identifikovány.
6. Pracovníci nemocnice včetně externích dodavatelů, znají a dodržují své povinnosti v zajištění bezpečí a bezpečnosti fyzického prostředí a osob.

Standard 11.4.

Nemocnice 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 legislativou⁵⁸. Její dodržování je pro naplnění tohoto standardu zásadní.

Nemocnice 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 nemocnici 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. Nemocnice dodržuje platnou legislativu v oblasti nakládání s chemickými látkami a odpadem.
2. Nemocnice 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 nemocnici nakládá dle vnitřního předpisu, pracovníci s ním byli seznámeni, znají své povinnosti a dodržují je.

⁵⁸Zákon č. 350/2011 Sb., chemický zákon v platném znění; zákon 225/2022 Sb., o prekurzorech výbušnin a o změně souvisejících zákonů (zákon o prekurzorech výbušnin); zákon č. 541/2020 Sb., o odpadech v platném znění; vyhláška č. 273/2021 Sb., o podrobnostech nakládání s odpady; nařízení vlády č. 145/2008 Sb., kterým se stanoví seznam znečišťujících látek a prahových hodnot; zákon č. 18/1997 Sb., atomový zákon v platném znění; zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech v platném znění a další související právní předpisy.

Standard 11.5.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice zajistí trvalé zásobování elektřinou, pitnou vodou a medicínými plyny.

Zajištění elektrickou energií⁵⁹, pitnou vodou⁶⁰ a medicínými plyny je nezbytné pro nerušený provoz nemocnice. 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 nemocnice 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 medicíných plynů musí vedení nemocnice 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 (překlad pacientů, omezení některých provozů apod.).

Stejně principy platí i pro zásobování pitnou vodou.

V případě přerušení standardní dodávky musí náhradní zdroje zajistit provoz nemocnice do té doby, než bude zajištěna péče o pacienty jiným způsobem či na jiném místě (překlad, 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. Nemocnice zajistí přiměřený náhradní zdroj elektřiny pro zajištění nepřetržitého provozu důležitých přístrojů a zařízení.
2. Nemocnice zajistí přiměřený náhradní způsob zásobování pitnou vodou a medicínými plyny.
3. Náhradní zdroje a způsoby zásobování jsou pravidelně prověřovány a testovány z hlediska dostupnosti a funkčnosti a v souladu s doporučením výrobce.
4. Nemocnice plánuje opatření v případě hrozby vyčerpání náhradních zdrojů nebo selhání náhradních způsobů zásobování.

⁵⁹Zákon č. 406/2000 Sb., o hospodaření energií.

⁶⁰Zákon č. 274/2001 Sb. o vodovodech a kanalizacích v platném znění.

Standard 11.6.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice zajistí bezpečný a spolehlivý provoz zdravotnických prostředků, zdrojů ionizujícího a neionizujícího záření a měřidel, a to včetně jejich skladování a likvidace.

Provoz zdravotnických prostředků, zdrojů ionizujícího i neionizujícího záření a měřidel podléhá legislativě. Jedním z požadavků standardu je tedy dodržování legislativy v této oblasti.⁶¹

Nemocnice standard naplní, pokud prokáže, že eviduje všechny zdravotnické prostředky, zdroje ionizujícího a neionizujícího záření a měřidla, která jsou zde používána, a to včetně přístrojů darovaných, vypůjčených, ve zkušebním provozu, neregistrovaných (např. klinické hodnocení) 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, servisní práce 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 dle požadavků výrobce a v souladu s platnými právními předpisy.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice dodržuje platnou legislativu v oblasti pořizování a provozu zdravotnických prostředků, zdrojů ionizujícího a neionizujícího záření a měřidel, a to včetně záznamů o použití zdravotnických prostředků, u kterých to legislativa vyžaduje, do zdravotnické dokumentace pacienta.
2. Nemocnice eviduje všechny zdravotnické prostředky, zdroje ionizujícího a neionizujícího záření a měřidla, která

⁶¹Zákon č. 18/1997 Sb., atomový zákon v platném znění; vyhláška č. 422/2016 Sb. o radiační ochraně a zabezpečení radionuklidového zdroje; zákon č. 505/1990 Sb., o metrologii v platném znění; vyhláška Ministerstva průmyslu a obchodu č. 345/2002 Sb., kterou se stanoví měřidla k povinnému ověřování a měřidla podléhající schválení typu; zákon č. 375/2022 Sb., o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro; zákon č. 90/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, v platném znění; zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, v platném znění a zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, v platném znění; zákon č. 268/2014 Sb., o diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro.

se v nemocnici používají a plánuje u nich revize, kalibrace, bezpečnostně technické kontroly, servisní práce, jejich skladování a likvidace či další příslušné úkony s ohledem na platnou legislativu a požadavky výrobce.

3. Všechny zdravotnické prostředky, zdroje ionizujícího a neionizujícího záření a měřidla, která se v nemocnici 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 se zdravotnickými prostředky 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.

**Účel a naplnění
standardu:**

Existuje poměrně rozsáhlá škála krizových situací, které mohou nastat a na které musí být nemocnice připravena.⁶³ Každé zařízení je však jedinečné z hlediska své velikosti, geografické polohy, spektra pacientů a poskytovaných služeb a dalších aspektů. Z toho důvodu nelze paušálně stanovit pravděpodobné krizové situace (kromě těch upravených standardy v této kapitole), které by byly shodně aktuální pro všechny nemocnice. Je proto vždy nutné, aby vedoucí pracovníci každé nemocnice analyzovali rizika možných krizových situací, ty následně seřadili podle jejich priority a vypracovali plán reakce na ty, jejichž pravděpodobnost či závažnost je nejvyšší.

Nemocnice standard naplní, pokud její pracovníci provedou analýzu možných krizových situací, přiřadí každé určitou prioritu, na krizové situace s nejvyšší prioritou vypracují plány reakce, tyto plány (kde je to možné) pravidelně prověřují a o rizicích a plánech reakcí na tato rizika pravidelně informují dotčené osoby.

Plán reakce na krizovou situaci musí obsahovat minimálně:

- a) popis události a role, jakou v ní nemocnice zastává;
- b) způsob spuštění reakce na krizovou situaci včetně použitých komunikačních kanálů;
- c) popis odpovědnosti a úkolů všech osob zúčastněných na řešení krizové situace;
- d) případné zdroje nutné k zajištění adekvátní reakce a způsob jejich zajištění;
- e) vliv krizové situace na normální fungování nemocnice a zajištění náhradních opatření, pokud jsou nutná.

⁶²§ 45, odst. 3, písm. d) a § 48, odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění.

⁶³Příklady vnějších krizových situací jsou povodně či jiné přírodní katastrofy, hromadná neštěstí, ve kterých nemocnice hraje roli jako příjemce velkého počtu raněných, epidemie, pandemie nebo teroristický útok. Mezi vnitřní krizové situace patří například selhání informačního systému, únos dítěte či ekologická havárie uvnitř zařízení.

**Indikátory
standardu:**

1. Nemocnice identifikuje zásadní vnitřní a vnější krizové situace.
2. Nemocnice plánuje odpověď na identifikované zásadní krizové situace minimálně v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu.
3. Nemocnice prověřuje reakce na identifikované zásadní krizové situace minimálně jednou za dva roky.

Seznam standardů kapitoly:

- 12.1. Nemocnice určí vnitřním předpisem formální a věcné náležitosti zdravotnické dokumentace pro všechny obory.
- 12.2. Nemocnice určí vnitřním předpisem frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů.
- 12.3. V dokumentaci každého pacienta je pravidelně písemně zpracována epikríza s frekvencí a věcným obsahem stanovenými pro každé oddělení.
- 12.4. Všichni propouštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou (předběžnou nebo definitivní), jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány vnitřním předpisem. Pro ukončení hospitalizace úmrtím má nemocnice stanoven postup.
- 12.5. Nemocnice provádí kontrolu zdravotnické dokumentace včetně úplnosti a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv.
- 12.6. Nemocnice zajistí zabezpečení informací.
- 12.7. Nemocnice má zavedeny postupy pro zajištění kybernetické a informační bezpečnosti.

Nemocnice 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). Nemocnice 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.

Nemocnice dále stanoví, které osoby mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet a provádět záznamy a postupy zajišťující její ochranu před zneužitím, ztrátou a poškozením, přitom vychází z platné legislativy⁶⁴.

V souladu s předpisem nemocnice vydá seznam zakázaných zkratk a stanoví, kdy je použití zkratk nepřípustné (resp. výčet dokumentace, v níž je užívání zkratk nepřípustné – např. předepisování léčivých přípravků), případně kdy je lze použít jen s tím, že při prvním použití zkratky v daném dokumentu bude zkratka vypsána (např. dokumenty předávané pacientům) 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 z nemocnice, musí být na každé takové zprávě odkaz na místo, kde lze význam zkratk vyhledat, případně může nemocnice užívání zkratk v takových dokumentech zakázat.

⁶⁴§ 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění, příloha č. 1, odst. 2. 2. 1, vyhlášky č. 102/2012 Sb., v platném znění.

**Indikátory
standardu:**

1. Nemocnice vypracuje vnitřní předpis, který upravuje formální a věcnou náplň zdravotnické dokumentace hospitalizovaných i ambulantních pacientů, minimálně v rozsahu platné legislativy⁶⁵.
2. Do dokumentace pacientů nahlíží jen osoby uvedené v předpisu.
3. Dokumentace je zajištěna proti zneužití, ztrátou a poškozením.
4. Do dokumentace pacientů provádějí záznamy jen osoby uvedené v předpisu.
5. Vnitřní předpis stanoví seznam zakázaných zkratk či situací, kdy je užívání zkratk ve zdravotnické dokumentaci zakázáno.
6. Zdravotnická dokumentace je vedena v souladu s předpisem.

⁶⁵Část VI. Hlava II zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění a vyhláška MZČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci v platném znění.

Standard 12.2.

Nemocnice 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.⁶⁶ 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 NLZP) 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.

Standardní obsah zdravotnické dokumentace je: diagnostický souhrn při přijetí, důvod hospitalizace (= klinická situace), individuální léčebný postup (postup k odstranění důvodu k hospitalizaci) pravidelně hodnocený v epikríze, propouštěcí či překladová zpráva.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice 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 atd.).
2. Záznamy všech osob jsou vedeny v souladu s vnitřním předpisem.

⁶⁶§ 53 až § 69 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění; vyhláška MZČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci ve znění vyhlášky č. 279/2020.

Standard 12.3.

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

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice upraví vnitřním předpisem (praktické je v rámci úpravy vedení dokumentace) frekvenci, formu i rozsah zapisování epikríz⁶⁷ do dokumentace pacientů. Dle rozhodnutí managementu nemocnice 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 nemocnice stanoví, který lékař je za zápis epikrízy odpovědný (obvykle ošetřující lékař).

Indikátory standardu:

1. Nemocnice 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 legislativou⁶⁸.
3. Epikríza se v nemocnici provádí v souladu s předpisem.
4. Obsahová náplň je v nemocnici v souladu s předpisem.

⁶⁷Epikrízou se rozumí stručné zhodnocení individuálního léčebného plánu od přijetí nebo od poslední epikrízy, potvrzení či přehodnocení dalšího postupu a výhled na další období.

⁶⁸§ 2 písm. c) vyhlášky MZČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci v platném znění.

Standard 12.4.

Všichni propouštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou (předběžnou nebo definitivní), jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány vnitřním předpisem. Pro ukončení hospitalizace úmrtím má nemocnice stanoven postup.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice naplní tento standard, když ve vnitřním předpisu (nejlépe v tom, který obecně upravuje vedení zdravotnické dokumentace) upraví obsahové a formální náležitosti propouštěcí zprávy vydávané propouštěným pacientům (minimálně v rozsahu platné legislativy)⁶⁹. 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 propuštění vždy vybaven. Předpis rovněž stanoví postupy pro vybavení pacienta léčivými přípravky při propuštění.

Tento předpis určí, který lékař za vysání propouštěcí zprávy odpovídá a zda ji kromě něho podepisuje ještě jiná osoba (např. primář oddělení).

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

Indikátory standardu:

1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem obsahové a formální náležitosti propouštěcí zprávy.
2. Propouštěcí zprávou odpovídající tomuto předpisu jsou pacienti vybaveni při propuštění.
3. Předběžná a definitivní propouštěcí zpráva je součástí dokumentace pacienta.
4. Nemocnice má stanoven postup pro ukončení hospitalizace úmrtím. Postup se v praxi dodržuje.

⁶⁹Příloha č. 1, bod 4 vyhlášky MZČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci v platném znění.

Standard 12.5.

Nemocnice provádí kontrolu zdravotnické dokumentace včetně úplnosti a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice zavede pravidelné audity zdravotnické dokumentace (viz standard č. 10.4.) a výsledky těchto auditů vyhodnocuje, s výsledky pracuje a jednotlivá oddělení jsou průběžně informována o výsledcích takové kontroly.

Nemocnice naplní standard, zavede-li pravidelné audity dokumentace (hospitalizovaných i ambulantních pacientů). Výsledky auditů porovnává v časové řadě a využívá je pro kontinuální zlepšování a při evaluaci pracovišť.

Indikátory standardu:

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

Standard 12.6.

Nemocnice zajistí zabezpečení informací.⁷⁰

Účel a naplnění standardu:

Vnitřní předpisy určují bezpečnostní postupy povolující pouze oprávněným osobám získat přístup k datům a informacím.⁷¹ 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. Nemocnice 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.

⁷⁰Bezpečnost informací v tomto standardu je chápána širěji a to jako systematické a spolehlivé zabezpečení všech tištěných (listinných) a elektronických dat v nemocnici.

⁷¹Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů); zákon č. 110/2019, o zpracování osobních údajů.

**Účel a naplnění
standardu:**

Pokud je nemocnice povinnou osobou dle zákona č. 181/2014 Sb., o kybernetické bezpečnosti, v platném znění, má stanoven a v praxi zaveden systematický přístup vedoucí ke zvyšování kybernetické (a informační) bezpečnosti, včetně požadavků na vrcholové vedení v oblasti organizační bezpečnosti a určení jasných odpovědností v oblasti kybernetické (a informační) bezpečnosti.

Nemocnice definuje **organizační** část kybernetické bezpečnosti v následujícím rozsahu:

- a) základní požadavky – nemocnice má vytvořeny přiměřené bezpečnostní politiky a dokumentaci včetně jejich schválení a následné kontroly jejich dodržování;
- b) klasifikace informací – nemocnice má stanoveny hodnoty informací (viz standard č. 12.6.) za účelem jejich adekvátní ochrany (jsou identifikovány a hodnoceny informace podle jejich důležitosti a jsou vytvořena a zavedena pravidla pro jejich ochranu dle jednotlivých úrovní);
- c) řízení aktiv – nemocnice má definované klíčové informační systémy pro zajištění chodu nemocnice (včetně související klíčové IT infrastruktury), tj. klíčové informační systémy, na kterých je závislé poskytování zdravotních služeb;
- d) řízení rizik – nemocnice řídí rizika, která mohou mít vliv na poskytování zdravotních služeb (viz standard č. 11.7.) včetně IT rizik;
- e) řízení dodavatelů – nemocnice se snaží předcházet nejčastějším problémům při využívání externích služeb (viz standard č. 9.7.), např. vendor lock-in, nedostatečná ochrana poskytnutých informací, nedostatečná bezpečnostní opatření při správě systému/systémů. Jsou stanoveny bezpečnostní požadavky do smluv s dodavateli, na kterých jsou závislé klíčové informační systémy;
- f) řízení lidských zdrojů – nemocnice zvyšuje bezpečnostní povědomí v oblasti kybernetické (a informační) bezpečnosti u všech zaměstnanců, provádí pravidelná i jednorázová školení, zajišťuje seznámení dodavatelů s bezpečnostními politikami/požadavky nemocnice;
- g) řízení změn – nemocnice identifikuje změny, které jsou podstatné z hlediska kybernetické (a informační)

bezpečnosti a mohou ji pozitivně či negativně ovlivnit. Jsou stanoveny postupy pro řízení změn, aby se minimalizovala možnost narušení správné funkčnosti klíčových informačních systémů;

- h) řízení kontinuity činností – nemocnice má zpracovány pro klíčové informační systémy aktuální a použitelné plány kontinuity, plány obnovy a havarijní plány, aby v případě vzniku mimořádné situace (havárie, živelní pohromy nebo úspěšného kybernetického útoku) byla schopna obnovit svou funkčnost;
- i) audit informační a kybernetické bezpečnosti - nemocnice má v rámci plánu auditů také zahrnuto pravidelné a nezávislé zhodnocení stavu kybernetické (a informační) bezpečnosti nemocnice;

Nemocnice definuje **technickou část** kybernetické bezpečnosti v následujícím rozsahu:

- j) fyzická bezpečnost – nemocnice má stanoveny základní požadavky a principy pro zajištění bezpečnosti informací z pohledu fyzické bezpečnosti. Je definován soubor opatření předcházející poškození, krádeži či zneužití informací či majetku nebo přerušování poskytování služeb klíčových informačních systémů (vymezení fyzického bezpečnostního perimetru). Nemocnice má stanoveny požadavky na infrastrukturu, zejména nezávislý zdroj napájení (alespoň UPS), klimatizaci prostor, ve kterých jsou klíčové informační systémy nebo jeho komponenty umístěny, datové rozvody podle technických norem, zajištění bezpečnosti kabelových rozvodů;
- k) řízení přístupů – nemocnice řídí přístupy na základě skupin a rolí, eviduje přidělování a odebrání přístupových oprávnění. Nemocnice má specifikovány parametry pro hesla a využívání vícefaktorové autentizace. Privilegované účty mají své specifické účty a parametry na hesla. Nemocnice v pravidelných intervalech provádí přezkoumání přístupových oprávnění. Nemocnice zajišťuje, že administrátoři mají vedle privilegovaného oprávnění také účet běžného uživatele pro činnosti, které nevyžadují privilegovaná oprávnění. Nemocnice v případě, že jsou využívána soukromá zařízení zaměstnanců (chytré telefony, notebooky, tablety), která jsou přinášena, užívána a připojena na pracovišti do počítačové sítě nemocnice využívá nástroje „Mobile Device Management“ (MDM);

- l) ochrana před škodlivým kódem – nemocnice snižuje pravděpodobnost napadení škodlivým kódem, případně snižuje dopady při napadení škodlivým kódem. Nemocnice má zavedenu segmentaci sítě tam, kde je to opodstatněné;
- m) kybernetické bezpečnostní události a incidenty – nemocnice má stanoveny postupy při vzniku nestandardní situace včetně stanovení eskalačního procesu uvnitř nemocnice (přesně definovány osoby, které budou informovány, případně na ně bude přenesena odpovědnost za její řešení) a auditních požadavků (logování). Nemocnice má stanoven proces, podle kterého se řídí hlášení nestandardního chování informačních systémů. Zaměstnanci jsou seznámeni s tím, co mají hlásit (např. neobvyklé či podezřelé chování informačního systému, nevyžádané e-maily, problémy s dostupností informací či služeb apod.) a mají k dispozici kontakty, na koho se v rámci nemocnice obracet;
- n) aplikační bezpečnost – nemocnice má stanoveny základní požadavky a principy pro oblast aplikační bezpečnosti a jejího testování. Je prováděno penetrační testování a testování zranitelnosti;
- o) kryptografické prostředky – nemocnice má zajištěnu ochranu dat a informací během celého jejich životního cyklu, tedy jak při uložení, tak při jejich přenosu a zálohování. Nemocnice využívá aktuálně odolné kryptografické algoritmy podle doporučení NÚKIB;
- p) zajišťování úrovně dostupnosti informací – nemocnice má zajištěnu dostupnost informačních systémů a dat stanovením základních parametrů dostupnosti. Parametry vychází ze zpracovaných plánů kontinuity činnosti a jsou definovány správcem systému. Nemocnice v pravidelných intervalech provádí pravidelné aktualizace všech klíčových informačních systémů a komponent. Nemocnice má stanoveny požadavky na zálohování, které vychází z SLA parametrů daných informačních systémů (tedy dostupnosti);
- q) komunikace – nemocnice zabezpečuje komunikaci s externími informačními a komunikačními systémy tím, že dělí komunikaci do několika skupin (zabezpečený kanál přenosu s povinnou úrovní zabezpečení koncových bodů informačního nebo komunikačního systému na úrovni infrastruktury; šifrování dat pro přenos s autorizací uživatele v rámci informačního nebo komunikačního systému; zajištění šifrování nebo náhradu citlivých dat na úrovni poskytovatelských a konzumentských informačních nebo

komunikačních systémů pomocí end to end metody při přenosu dat);

- r) zdravotnická technika – nemocnice řeší zabezpečení zdravotnické techniky (např. je vedena evidence veškeré zdravotnické techniky (viz standard č. 11.6); jsou stanoveny základní bezpečnostní požadavky na zdravotnickou techniku; jsou prováděny kontroly verzí operačních systémů a řešení nepodporovaných verzí operačních systémů apod.).

**Indikátory
standardu:**

1. Nemocnice definuje písemným předpisem kybernetickou bezpečnost.
2. Organizační část kybernetické bezpečnosti je stanovena minimálně v rozsahu písmen a) až i).
3. Technická část kybernetické bezpečnosti je stanovena minimálně v rozsahu písmen j) až r).

Seznam standardů kapitoly:

- 13.1. Vedení nemocnice plánuje počet personálu a jeho kvalifikaci k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky.
- 13.2. Každý pracovník nemocnice má osobní spis, který obsahuje důležité informace o jeho dosažené kvalifikaci a další informace požadované legislativou.
- 13.3.. Povinnosti každého pracovníka nemocnice jsou stanoveny v platné náplni práce.
- 13.4. Všichni pracovníci jsou při nástupu zapracováni dle potřeb nemocnice a s ohledem na jejich náplň práce a požadavky legislativy.
- 13.5. Všichni pracovníci nemocnice, kteří poskytují zdravotní péči, mají stanoveno aktuální spektrum svých kompetencí v souladu s jejich způsobilostí. Kompetence každého pracovníka jsou pravidelně hodnoceny.
- 13.6. Nemocnice má vypracován plán bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) pro všechna pracoviště včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek.

Standard 13.1.

Účel a naplnění standardu:

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

V návaznosti na poslání nemocnice, 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 nemocnice z nějakého důvodu plán nedodržuje (například z důvodu nedostatku personálu), management tuto skutečnost vede v patrnosti a přijímá opatření, aby tato situace neohrozila kvalitu a bezpečí poskytované péče.

Nemocnice 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 nemocnici plánují a dodržování plánu se hodnotí.
2. Počty a kvalifikace personálu odpovídají plánu nebo jsou přijímána náhradní opatření.
3. Kontinuální vzdělávání personálu se plánuje v souladu s potřebami nemocnice, dodržování plánu se hodnotí.
4. Každému zaměstnanci je umožňováno nebo přímo poskytováno vzdělání a odborné školení jak v rámci nemocnice, tak mimo ni, které udržuje či zvyšuje jeho znalosti a dovednosti.
5. Nemocnice dodržuje platnou legislativu⁷² v oblasti plánování počtu a rozšiřování kvalifikace pracovníků.

⁷²§ 11 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění; vyhláška MZČR č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb v platném znění; § 230 až 235 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce v platném znění.

Standard 13.2.

Každý pracovník nemocnice 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.

Nemocnice 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 nemocnice má zaveden osobní spis.⁷³
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 nemocnici je zaveden postup aktualizace dokladů shromažďovaných v osobních spisech pracovníků.

⁷³§ 312 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce v platném znění.

Standard 13.3.

Povinnosti každého pracovníka nemocnice 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 nemocnice 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 dle potřeb nemocnice 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 nemocnice 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.

V rámci zapracování musí být jasně stanoveno, které činnosti nový pracovník provádí pod odborným dozorem, pod odborným dohledem nebo samostatně, a to v souladu s platnou legislativou⁷⁴. 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, osoby připravující se studiem na výkon zdravotnického povolání (studenty lékařských a nelékařských oborů), další osoby, které provádějí pracovní činnost v nemocnici a na dobrovolníky⁷⁵. I v jejich případě platí, že rozsah zapracování odpovídá jejich pracovnímu zařazení. Závazné postupy zapracování nových pracovníků jsou stanoveny vnitřním předpisem.

⁷⁴Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta v platném znění; zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění; vyhláška č. 55 /2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v platném znění.

⁷⁵Věstník MZČR, částka 6/2009 Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů.

**Indikátory
standardu:**

1. Všichni pracovníci nemocnice jsou při nástupu zapracováni v souladu s vnitřním předpisem.
2. Délka, rozsah a náplň zapracování odpovídá pracovnímu místu, které pracovník zastává.⁷⁶
3. Všichni pracovníci jsou v rozsahu stanoveném nemocnicí zapracováni v oblastech, které požaduje platná legislativa.
4. O zapracování každého pracovníka je veden písemný záznam.

⁷⁶Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění; zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních v platném znění.

Standard 13.5.

Účel a naplnění standardu:

Všichni pracovníci nemocnice, kteří poskytují zdravotní péči, mají stanovenou aktuální spektrum svých kompetencí v souladu s jejich způsobilostí. Kompetence každého pracovníka jsou pravidelně hodnoceny.

Systém přidělování a hodnocení kompetencí je manažerský nástroj používaný k minimalizaci rizik v oblasti řízení lidských zdrojů. Jedná se o systémové a kontinuální hodnocení znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka a jeho schopností tyto znalosti a dovednosti správně uplatnit při poskytování zdravotní péče. Nadřízený zaměstnanec na základě uvedeného hodnocení přiznává podřízeným zaměstnancům oprávnění provádět vyjmenované činnosti a výkony samostatně. Hodnocení i stanovení či přehodnocení kompetencí se provádí opakovaně a je dokumentováno a uloženo v osobním spisu.

Každý pracovník poskytující zdravotní péči bez dohledu či dozoru 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 nemocnice, 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 (v intervalu stanoveném nemocnicí, nejméně však jednou za dva roky) přehodnocovány. Při stanovování kompetencí je nutné vycházet z platné legislativy⁷⁷ 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 nemocnicí, 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.

⁷⁷Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta v platném znění; zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění; vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v platném znění.

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.

**Indikátory
standardu:**

1. Každý pracovník nemocnice, který poskytuje zdravotní péči, má stanoveno spektrum svých kompetencí v souladu s jeho způsobilostí.
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, poskytujícího zdravotní péči, 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.

Standard 13.6.

Účel a naplnění standardu:

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

Nemocnice 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, rizika spojená s manipulací s cytostatiky a chemickými látkami, poranění injekční jehlou, pády na pracovišti atd., a s přihlédnutím k těmto rizikům musí stanovit frekvenci pravidelných preventivních pracovnělékařských prohlídek pracovníků, přiřadit jim osobní ochranné pracovní pomůcky a přizpůsobit jim školení v BOZP na příslušných pracovištích.

Nemocnice pro různá pracoviště (standardní oddělení, intenzivní péče, operační sály, komplement atd.) stanoví vnitřním předpisem:

- a) úroveň protiepidemických opatření a s tím související vybavení pracovníků osobními ochrannými pracovními pomůckami (viz standardy č. 8.2. a 8.3.),
- b) postupy včetně odpovědnosti za hodnocení rizik v souladu s platnou legislativou,
- c) postupy pro zajištění preventivních pracovnělékařských prohlídek pracovníků.

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

Indikátory standardu:

1. Nemocnice má vypracovány vnitřní předpisy upravující oblast BOZP v souladu s platnou legislativou⁷⁸.
2. Nemocnice má záznamy o proškolení personálu v souladu s vnitřním předpisem včetně ověření a zhodnocení jejich znalostí.
3. Vnitřní předpisy jsou v nemocnici dodržovány.

⁷⁸Viz § 101 až 108 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce v platném znění; zákon č. 309/2006 Sb., o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v platném znění; nařízení vlády č. 361/2007 Sb., podmínky ochrany zdraví při práci v platném znění; vyhláška č. 79/2013 Sb., o provedení některých ustanovení zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, (vyhláška o pracovnělékařských službách a některých druzích posudkové péče) v platném znění.

A	
alternativa	29
anamnéza	47, 139
analýza	5, 7, 16, 19, 20, 31,34, 91, 92, 95, 97, 100, 103, 106, 109, 112, 115-119, 125, 134
anestézie	71, 73-77, 113, 116
anesteziologie	73
aplikační	84, 148
ASA	73
audit	13-20, 73, 103, 109, 114, 115, 144, 147, 148
B	
bariéra	17, 24, 37, 40, 104
bezpečí	5-7, 11-20, 34, 35,91, 97, 100, 103-105, 108, 109, 111, 112, 115-119, 121, 123, 128, 129, 153
bezpečnost	6, 7, 9, 11, 14-16,21, 30, 55, 57, 83, 84, 115, 116, 121, 125, 128, 132, 133, 137, 145-149, 151, 156
bezpečnostní	6, 9, 11, 15, 16, 55, 83, 116, 125, 145-149
bezplatný	79, 85
bolest	32, 45, 50, 59, 69, 113
C	
cíl kvality	103, 112
cytostatika	82
D	
data	6, 90, 95, 103, 104, 106, 109, 112, 113, 116-118, 145-148, 158, 159
deratizace	92
detekce	5, 7, 59, 64, 126, 127
dezinfekce	17, 92, 94, 96
diagnostické	13, 26, 29, 45, 47, 57, 59-61, 73, 89, 94
dieta	32, 41, 66
dodavatel	53, 65, 97, 105, 106, 108, 123, 125, 129, 146, 154
dokumentace	19, 21, 23, 28, 30,43, 55, 61, 71, 73, 76, 78, 85,115, 116, 132, 137, 139, 140-144
E	
edukace	21, 32, 33, 69, 70, 107
elektřina	125, 131
epikriza	141, 142
etický	108
evakuace	126, 127
F	
farmaceut	156,
frekvence	30, 50, 84, 142
fyzikální	47, 139
fyzioterapeut	49, 139, 141
G	
garant odbornosti	102
H	
HAI	7, 17
havarijní	130, 134, 147
hospitalizace	19, 39, 42, 44, 47,60, 68, 141, 143
hygiena	5, 87, 92
CH	
chemické	81
I	
identifikace	5, 11, 13, 20, 59, 61,68, 68, 84, 89, 118, 141

indikátor.....6, 7, 11, 94, 95, 103,
.....114, 115, 116
infekce.....5, 7, 17, 61, 89, 90,
.....91, 92, 93, 94, 95, 96,
informace24, 26, 28, 29, 32,
.....34, 40, 41, 54, 55, 77, 78,
.....104, 154, 159, 106, 117,
.....128, 137, 145, 159
integrace7, 100, 106, 125
interval45, 48, 49, 52, 57, 61,
.....68, 70, 95, 99, 127, 143,
.....147, 148, 158
izolační92

K

kaplan.....25
kompetence.....5, 30, 33, 37, 39,
.....43, 47, 68, 73, 76, 81, 89,
.....96, 151, 158, 159
komunikace11, 15, 18, 50, 97,
.....99, 134, 137, 148
kontinuita.....37, 39, 44, 147, 148
konzilium.....39, 60, 64, 154
konzultace.....8, 41
koordinace37, 39, 90, 103, 107
kouření.....107, 125, 127
KPR62
krev9, 13, 77, 79, 94, 95
kritéria.....25, 49, 61, 64, 75, 90,
.....113, 114, 115, 159
kritické.....18, 45, 55, 65
kvalita5, 6, 7, 13 – 20, 23, 34, 35,
.....53, 60, 94, 95, 97, 100,
.....103-109, 111-118,
.....123, 126, 153, 158, 159
kybernetická6, 137,
.....146, 147, 148, 149

L

laboratorní13, 39, 45,
.....53-56, 60, 105
léčivé přípravky.....9, 11, 14, 18, 32,
.....62, 63, 76, 79, 81-85,
.....115, 116, 139, 143
legionelóza.....93,94
legislativa9, 14, 21, 23, 28-30,
.....34, 35, 45, 52, 53, 57, 65,
.....79, 81, 82, 85, 87, 89, 96, 97,
.....101, 102, 105, 107, 113, 121,
.....123-125, 127-133, 139-145,
.....151, 153, 154, 156-160
lékař18, 29, 30, 33, 37, 39,
.....41, 43, 44, 45, 47-49, 51,
.....52, 55, 66, 68, 73, 76, 82,
.....84, 85, 87, 90, 96, 104, 113,
.....139, 141-143, 156-158, 160

M

medikace.....41,71,78,83
měřidla.....121,132,133
monitoring.....44, 73,75,76,
multidisciplinární90
mytí17

N

náboženské21,2 5
náplň práce151, 155, 156
návaznost.....37, 39, 59, 61, 70, 153
návykové.....81, 82, 107, 125,
nelékařský9, 43, 49, 61,
.....76, 81, 156-158
NLZP9, 23, 33, 39, 47, 49, 52
nozokomiální94
nutriční.....32, 41, 45, 49, 59, 61,
.....66, 67, 68, 141

O

odpad 92, 96, 121, 128, 130
odpovědnost primární 29
omezovací 5, 7, 21, 30
operace 68, 71, 77
ordinace 18, 30, 66, 79, 83, 84
ošetřování 20, 70
ošetřovatelská 13, 30, 44, 47, 51,
..... 59, 60, 61, 139, 141

P

pád 11, 16, 61
péče domácí 37, 42, 51, 53, 57
péče lůžková 5, 9, 25, 30, 42, 62,
..... 70, 83, 89
péče primární 37, 42
plán 47, 59, 60, 61, 68, 70, 74,
..... 91, 96, 126, 128, 134, 142,
..... 147, 151, 153, 160
plyny medicínální 121, 131
podpora 40, 107
pooperační 71, 77, 78, 113
porodní 45, 48, 75
postanestetické 74, 75
potřeby spirituální 21, 25
povinnost 21, 23, 24, 27, 43, 44,
..... 62, 66, 73, 99, 112, 117,
..... 126, 128, 129, 130, 133,
..... 141, 151, 154, 155, 156
povrch 83
požár 121, 125-127, 156
právo 21, 27, 69, 70
právní 9, 21, 30, 101, 130, 132
prognostická 44
prognózy 44
program 32, 87, 89, 90, 91, 92,
..... 95, 96, 97, 103, 104, 105,
..... 107, 109, 111, 112, 118,
..... 126, 127, 156,

propouštění 37, 41, 42, 75, 115,
..... 137, 141, 143, 144
prostředky 5, 7, 9, 17, 21, 30, 62,
..... 104, 121, 125, 130, 132, 133, 148
protokol operační 71, 77
přání dříve vyslovené 27
předanestetické 71, 73, 84
předání 32, 37, 43, 55
předpisy vnitřní 9, 13, 20, 23, 28,
..... 30, 31, 34, 35, 39, 43, 44,
..... 45, 47, 48, 51, 52, 60,
..... 61, 62, 64-67, 69, 70, 73,
..... 75, 78, 79, 81-85, 96, 97,
..... 99, 101, 102, 107, 108,
..... 113, 115, 118, 119, 130,
..... 137, 139, 140, 141, 142,
..... 143, 145, 149, 156, 157, 160
přehodnocení 30, 45, 52, 69, 70,
..... 142, 158
překlad 19, 24, 37, 39, 43, 44,
..... 131, 141, 143
příjem 13, 18, 21, 23, 28, 39, 40,
..... 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51,
..... 60, 68, 141, 142
přezkoumání 103, 147

R

radiodiagnostika 57
rehabilitace 32, 41, 57, 59, 70, 113
resortní bezpečností cíle 6, 9,
..... 11, 55, 83, 84
RBC 9, 13-20, 116
resuscitace 59, 62, 64, 73, 76
revers negativní 28
režim 20, 32, 39, 41, 53, 54,
..... 60, 66, 91, 131
rizika 5-7, 11, 14-18, 20, 24, 28,
..... 29, 49, 59, 61, 68, 73, 81,
..... 87, 89, 91, 92-95, 112,

..... 113, 116, 118, 119, 125,
 127-129, 134, 156, 157,
 158, 160

S

sedace 71, 76, 116
 sestra 9, 45, 48, 75, 89, 90,
 96, 113, 141
 situace krizové ... 108, 121, 134, 135
 skladování 14, 56, 59, 65-67, 79,
 81, 83, 85, 116, 121,
 125, 130, 132, 133
 soběstačnost 45, 49, 51, 61,
 sociální 42, 51, 59, 60, 89, 92,
 104, 139,
 souhlas informovaný 28, 32, 76
 soukromí 21, 26
 spis 34, 151, 154, 158, 159
 sterilizace 92
 stížnost 21, 34, 35, 113, 116
 strategie 97, 100
 strava 41, 59, 65, 66, 67, 90,
 93, 96, 105, 112
 struktura organizační 91, 99, 109,
 111, 123, 156
 surveillance 91, 94

Š

škála 50, 76, 134
 školení 9, 17, 62, 64, 76, 87,
 96, 102, 111, 115, 125,
 126, 130, 132, 133, 146,
 153, 156, 159, 160

T

technologie 89, 91, 126, 131
 terapeut nutriční 49, 59, 66,
 68, 141
 tlumočení 24, 40
 transfuzní 13, 71, 78, 116
 transport 26, 44, 56

U

události nežádoucí 13-20, 103,
 114, 116, 118, 119
 úklid 90, 92, 96, 105, 112

V

vize 100, 112
 vizita 52, 141
 voda 121, 131
 vyšetření 6, 18, 26, 30, 39, 45,
 47-57, 60, 61, 68, 69, 71, 73,
 74, 76, 77, 139
 výživa 59, 65, 66
 vzorky 45, 56, 59, 79, 85

Z

zabezpečení 41, 116, 125, 126,
 132, 137, 145, 148, 149, 153
 zakouření 121, 125-127
 záměna 11, 15, 83
 zapracování .. 97, 101, 151, 156, 157
 záření 121, 132, 133, 160
 zhoršení stavu 5, 7, 59, 64
 zlepšování 97, 108, 111, 112,
 115, 117, 118, 144

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]



SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE

www.sakcr.cz



www.hbtisk.cz

ISBN 978-80-905886-1-5