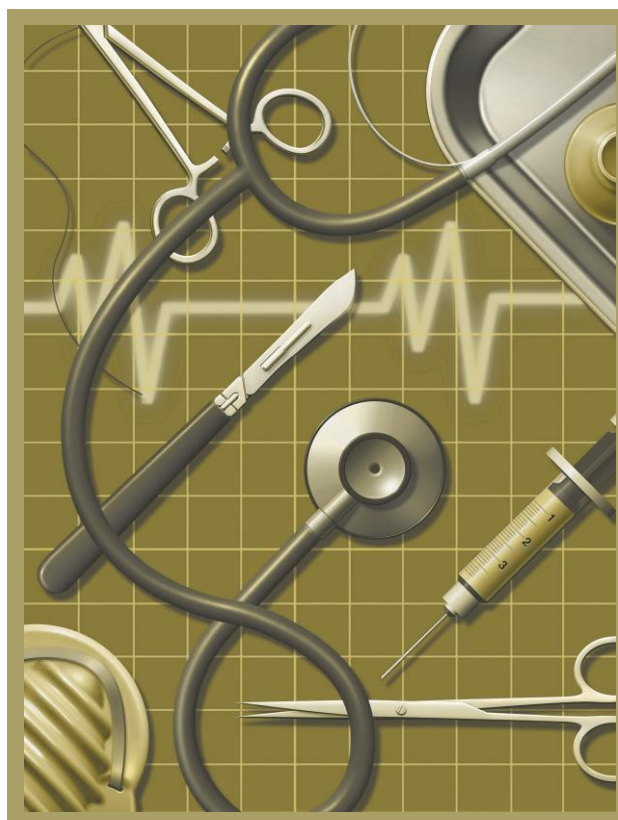




SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE

AKREDITAČNÍ STANDARDSY PRO AMBULANTNÍ ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ



2.vydání
účinné od 1. 4. 2019

© Spojená akreditační komise, o.p.s.

AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO AMBULANTNÍ ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ

Manuál a metodika plnění

Editoři:

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

2.vydání
účinné od 1.4.2019

© Spojená akreditační komise, o.p.s.

2018

Obsah

| | |
|--|-----------|
| PŘEDMLUVA | 5 |
| ÚVOD | 6 |
| I. RESORTNÍ BEZPEČNOSTNÍ CÍLE | 9 |
| II. STANDARDY ŘÍZENÍ KVALITY A BEZPEČÍ | 16 |
| III. STANDARDY DIAGNOSTICKÉ PÉČE | 23 |
| IV. STANDARDY PÉČE O PACIENTY | 27 |
| V. STANDARDY KONTINUITY ZDRAVOTNÍ PÉČE | 41 |
| VI. STANDARDY DODRŽOVÁNÍ PRÁV PACIENTŮ | 47 |
| VII. STANDARDY MANAGEMENTU | 60 |
| VIII. STANDARDY ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ | 66 |
| IX. STANDARDY PRO SBĚR A ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ | 73 |
| X. STANDARDY PROTIEPIDEMICKÝCH OPATŘENÍ | 79 |

Předmluva

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

když v roce 2010 vstoupily v platnost akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení, bylo nám jasné, že především v tomto segmentu péče bude potřebné v relativně krátké době tyto standardy po jejich používání a tím i praktickém ověření revidovat. Důvodů k tomu je jistě více. Především se jedná o velikou rozmanitost zdravotnických zařízení, pro něž jsou standardy určeny. Jsou využívány pro hodnocení kvality a bezpečí v zařízeních primární péče, obvykle provozovaných samostatným příslušným praktickým lékařem (pro dospělé nebo pro děti a dorost), či v zařízeních poskytujících specializovanou ambulantní péči, opět jediným odborným lékařem. Standardy jsou aplikovatelné nejen pro tato malá ambulantní zařízení, ale i pro velké a velmi různorodé sdružení výše uvedených poskytovatelů v rámci poliklinik, kde jsou navíc vybaveny laboratorní i zobrazovací technikou, provádějí různé invazivní diagnostické i léčebné procedury, nabízejí různě široké spektrum rehabilitační péče, provozují lékárenskou činnost atd. Podle těchto standardů lze kvalitu a bezpečí péče ověřit i u zařízení poskytujících domácí péči.

Dalším významným důvodem pro revizi akreditačních standardů jsou pochopitelně i trvale probíhající legislativní změny. A právě v tomto období od 1. 4. 2012 začala být účinná zásadní zdravotní právní norma – Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). V tomto zákoně se vůbec poprvé v naší legislativě objevuje samostatná část popisující hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb.

V souvislosti s ustanovením § 47 odst. 3 písm. (b) výše zmíněného zákona je poskytovatel zdravotních služeb povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Pro zavedení tohoto systému vypracovalo Ministerstvo zdravotnictví tzv. „Minimální požadavky“. Jedním z těchto požadavků je i zavedení resortních bezpečnostních cílů, když pro poskytovatele ambulantní péče jsou povinné minimálně ty, které se věnují používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizika a dále optimálním postupům hygieny rukou.

Některé původně rozsáhleji koncipované standardy byly v rámci snahy o větší přehlednost a srozumitelnost nově rozděleny do více položek. Kromě zpřehlednění a aktualizace původních standardů byla nutná i jejich celková revize. Proto byly některé zastaralé a zbytné standardy vypuštěny.

Spojená akreditační komise, o.p.s. těmito aktualizovanými standardy pro ambulantní péči pokračuje ve svém úsilí poskytovat všem poskytovatelům zdravotní péče účinný nástroj pro zajištění kvality a bezpečí v jejich zařízeních. Jen letmo připomenu vydání nových či aktualizovaných standardů v posledních letech – 2014 standardy pro nemocnice, standardy pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb, 2015 standardy pro následnou a dlouhodobou péči, 2016 standardy pro zdravotnické záchranné služby.

Děkuji všem, kdo se podíleli na vydání těchto aktualizovaných standardů. Za Spojenou akreditační komisi pak přeji všem, kdo s nimi budou pracovat, snadnou a bezproblémovou cestu při zavádění a zlepšování postupů vedoucích ke kvalitní a bezpečné péči, přeji i mnoho spokojených pacientů a v neposlední řadě i spokojených zaměstnanců.

MUDr. Ivan Staněk, MBA
předseda Správní rady SAK, o.p.s.

Úvod

Předkládané Akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení jsou určena zájemcům z řad lékařů resp. poskytovatelů primární a ambulantní specializované zdravotní péče a pro zařízení domácí péče. Standardy jsou vytvořeny tak, aby byly jako celek aplikovatelné jak na malé (ordinace jednoho lékaře), tak na velké poskytovatele zdravotní péče, poskytující široké spektrum služeb (velké polikliniky).

Každý standard obsahuje tři základní části – text standardu, popis jeho účelu a měřitelné parametry – indikátory standardu. V účelu standardu je zpravidla obsažen způsob naplnění standardu, v některých případech i příklady správné praxe. Indikátory standardu jsou nástroji hodnocení jeho naplnění – zjednodušeně lze říci, že pro splnění standardu je nutno na všechny indikátory odpovědět kladně. Pokud indikátor výslovně odkazuje k podmínkám uvedeným v účelu standardu, vyžaduje se jejich naplnění – v ostatních případech plní účel metodickou roli. U jednotlivých standardů je vždy uvedeno, na jaké typy poskytovatelů péče se standard vztahuje (viz níže), případně, na které se vztahuje pouze částečně (aplikace jen některých indikátorů).

Při přípravě k akreditačnímu šetření není na místě vytvářet samostatný předpis ke každému ze standardů – ten se vytváří pouze tam, kde text standardu, resp. některý z indikátorů tento předpis výslovně vyžadují. Je rovněž praktické koncentrovat požadavky více standardů do jednoho předpisu – např. pro menší poskytovatele zdravotní péče je vhodné zpracovat provozní či organizační řád, který upravuje plnění požadavků několika standardů.

Hodnocení akreditačních standardů za účelem rozhodnutí o udělení akreditace

Hodnocení standardů za účelem rozhodnutí o udělení akreditace probíhá dle směrnice SAK, o.p.s., č. 01/2008 Pravidla udělování akreditace. Při akreditačním šetření hodnotí auditoři zápisem do hodnotící aplikace jednotlivé indikátory standardů podle stupnice takto:

- a. Splněn – 10 bodů;
- b. Částečně splněn – 5 bodů;
- c. Nesplněn – 0 bodů.

Vzhledem k pestrosti poskytovatelů ambulantní péče nelze předpokládat, že na většinu z nich budou aplikovatelné veškeré standardy – pak se příslušný indikátor, resp. celý standardy označuje jako **neaplikovatelný** a nezhoršuje celkové skóre při akreditačním šetření.

Pro každý akreditační standard se vypočítá průměr bodů z jednotlivých hodnocených indikátorů (neaplikovatelné indikátory se do výpočtu nezahrnují) a výsledek se zaokrouhlí na celé číslo směrem dolů.

Výsledné hodnocení každého standardu je:

- a. Průměr 7 a více – standard splněn;
- b. Průměr 5-7 - standard splněn částečně;
- c. Průměr méně než 5 – standard nesplněn.

Pro každou kapitolu standardů se vypočítá průměr z hodnocení každého hodnoceného standardu v dané kapitole (neaplikovatelné standardy se do výpočtu nezahrnují) a výsledek se vyjádří v procentech maxima.

Pro celou sadu standardů se vypočítá průměr z hodnocení každého hodnoceného standardu v publikaci (neaplikovatelné standardy se do výpočtu nezahrnují) a výsledek se vyjádří v procentech maxima.

Pro výrok „akreditováno“ musí být splněny všechny tři následující podmínky, všechny ostatní případy vedou k výroku hodnotící aplikace „neakreditováno“:

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

Tým auditorů, který provede u poskytovatele péče akreditační šetření, pouze hodnotí jednotlivé standardy podle výše uvedeného postupu, o udělení či neudělení akreditace však nerozhoduje. To činí k tomu určené orgány SAK (dle dosažených výsledků a závažnosti zjištění je to buď Sekretariát SAK, Výbor pro akreditaci nebo, v případě závažných zjištění vedoucích k neudělení akreditace, Správní rada SAK.

Proti rozhodnutí SAK se lze odvolat do 15 dní od doručení rozhodnutí o udělení akreditace. Odvolání potom projednává Správní rada SAK.

Aplikace standardů u malých poskytovatelů péče

Standardy jsou aplikovatelné i v zařízeních s nízkým počtem personálu, např. u poskytovatele primární péče, kde pracuje jeden lékař a jedna sestra – zde je aplikace některých standardů (např. standard č. 2, 51 apod.) pak přiměřená podle účelu a smyslu standardu. Tam, kde ve velké poliklinice bude například sledováno několik indikátorů kvality na základě analýzy rizik jednotlivých pracovišť – v menší ordinaci bude sledován indikátor jeden bez nutnosti formální prezentace výsledků jeho sledování. Tam, kde pro velký poliklinický provoz (kde se provádějí např. i invazivní výkony) je nutné zpracovat podrobné předpisy o vedení zdravotnické dokumentace a podávání léčiv, lze v menší ordinaci uvedené postupy upravit krátkým textem v rámci provozního řádu. Cílem akreditace není vytvoření množství formálních předpisů, ale nastavení účinných postupů zajišťujících kvalitní a bezpečnou péči.

Podobně jako u poskytovatelů lůžkové péče počítáme i v oblasti ambulantní péče s pravidelnou revizí standardů – vzhledem k velkému množství typů těchto zařízení uvítáme jakékoli připomínky k Akreditačním standardům na e-mailu sekretariat@sakcr.cz.

Symbole a zkratky používané ve standardech

Symbole:

Standardy jsou vždy označeny níže uvedeným symbolem, kterým je vyznačena jejich aplikovatelnost na jednotlivé typy ambulantní péče (ambulantní specializovaná péče/primární péče/domácí péče).

PP: Primární péče = péče poskytovaná praktickým lékařem pro děti a dorost nebo praktickým lékařem pro dospělé

DP: Domácí péče = péče, poskytovaná zařízením uvedeným na webových stránkách Asociace domácí péče.

ASP: Ambulantní specializovaná péče = veškerá nelůžková zdravotní péče kromě výše uvedených kategorií.

Zelená: standard se na dané ZZ vztahuje zcela

Oranžová: standard se vztahuje na ZZ částečně (jen vyznačené indikátory)

Červená: standard se na ZZ nevztahuje

Příklady:

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

- Standard se vztahuje zcela na všechny typy ambulantní péče

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

- Standard se vztahuje zcela na zařízení ambulantní specializované péče a zařízení primární péče, částečně (jen vyznačené indikátory) na zařízení domácí péči

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

- Standard se vztahuje na zařízení ambulantní specializované péče a nevztahuje se na zařízení primární péče a domácí péče

Zkratky:

ZZ – Zdravotnické zařízení – pro účely těchto akreditačních standardů se zdravotnickým zařízením rozumí poskytovatel zdravotních služeb

NZIS – Národní zdravotnický informační systém

RBC – Resortní bezpečnostní cíl

I. Resortní bezpečnostní cíle

Účel Resortních bezpečnostních cílů:

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

Těmito oblastmi v ambulantní péči jsou:

1. bezpečná a jednoznačná identifikace pacientů
2. bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv
3. prevence infekcí řádnou hygienou rukou
4. bezpečná komunikace
5. bezpečné předávání pacientů

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

ZZ 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 ve ZZ provádějí.

Resortní bezpečnostní cíl 1:

Bezpečná identifikace pacientů.

Účel

Účelem cíle je předejít riziku záměny pacienta. K naplnění cíle je třeba přistupovat s ohledem na specifika procesu poskytování ambulantních služeb. Patří sem jednak jasné stanovení postupů při identifikaci všech částí zdravotnické dokumentace, vzorků odebraných pacientům a zejména postupy při provádění všech výkonů, na něž se nevztahuje *RBC 3*.

Realizace a indikátory cíle:

1. ZZ vypracuje vnitřní předpis konkrétně upravující správný postup při identifikaci pacientů. Tento předpis popisuje závazné postupy pracovníků ZZ při péči o pacienty a upravuje postupy pro neobvyklé situace (např. péči o pacienty na dětských a psychiatrických pracovištích).
2. Vnitřní předpisy vyžadují minimálně dva nástroje k identifikaci pacienta (např. jméno a datum narození).
3. Identifikace pacienta se provádí vždy před podáním léků, krve a transfuzních přípravků, před odebíráním vzorků k laboratorním vyšetřením apod.
4. Identifikace pacientů se provádí vždy před diagnostickými a terapeutickými výkony.

ZZ prokáže, jakým způsobem identifikuje pacienty a jak minimalizuje riziko záměny pacienta.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Resortní bezpečnostní cíl 2:

Bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv.

Účel

Účelem RBC je předejít poškození pacientů rizikovými léčivy či rizikovým procesem pro nakládání s léky. Mezi léky s vyšší mírou rizika patří i ty, jejichž názvy či obaly jsou si podobné a vzniká tak riziko záměny.

Realizace a indikátory cíle:

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

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Resortní bezpečnostní cíl 3:

Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.

Realizace a indikátory cíle:

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

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

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

Bezpečnostní cíl 4:

Bezpečná komunikace.

Realizace a indikátory cíle:

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

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Bezpečnostní cíl 5:

Bezpečné předávání pacientů.

Realizace a indikátory cíle:

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



Uvedený Resortní bezpečnostní cíl je aplikovatelný pouze pro pracoviště ambulantní specializované péče, poskytující výkony, vyžadující jednodenní hospitalizaci.

II. Standardy řízení kvality a bezpečí

Standard 1:

Ve ZZ je zaveden program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.

Účel a naplnění standardu:

Tento standard upravuje obecný systém řízení kvality a bezpečí v posuzovaném zdravotnickém zařízení. Základními podmínkami funkčního programu jsou: stanovení odpovědné osoby/osob, odpovídajících za řízení kvality a bezpečí, podpora managementu, informovanost a zapojení pracovníků. ZZ standard naplní, pokud jasně určí osobu či skupiny osob, které se budou touto oblastí zabývat, určí jejich místo v organizační struktuře (nadřízenost, podřízenost, odpovědnosti a pravomoci) a do projektu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb zapojí jak řídicí, tak řadové pracovníky. Tento způsob naplnění standardu se týká větších ZZ, kde se předpokládá, že aktivity, týkající se řízení kvality jsou zajišťovány skupinou osob formou týmové spolupráce.

V případě malých ZZ (např. ambulance s personálním obsazením lékař – sestra) jsou aktivity v oblasti zvyšování kvality garantovány jednou osobou. Program zvyšování kvality je možno pro zjednodušení zpracovat formou jednoho dokumentu, který by v rámci kapitol popisoval naplnění jednotlivých akreditačních standardů. Aktivity vedoucí ke kontinuálnímu zlepšování a zvyšování bezpečí pak jsou začleněny do běžných činností ambulance (např. optimalizace postupů výkonu rizikových činností, doplnění kontrolních mechanismů do rizikových činností, periodické vyhodnocování rizik apod.).

Indikátory standardu:

1. V organizační struktuře ZZ jsou definovány osoby či orgány odpovědné za řízení a pravidelnou aktualizaci programu zvyšování kvality a bezpečí.
2. Pověřené osoby a orgány mají písemně definované spektrum pravomocí a odpovědnosti.
3. ZZ má program zvyšování kvality a bezpečí.
4. Program zvyšování kvality a bezpečí je rozšířen do celého ZZ.
5. Vedoucí pracovníci na všech úrovních řízení se aktivně účastní programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a poskytují mu adekvátní technické, materiální a jiné potřebné zdroje.
6. Pracovníci ZZ jsou pravidelně informováni o programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a školeni v zavedených změnách.
7. Program zvyšování kvality a bezpečí se pravidelně aktualizuje.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 2:

Ve ZZ probíhá interní audit kvality a bezpečí poskytovaných služeb, tato činnost je plánovaná a dokumentovaná a provádějí ji k tomu pověřené a kvalifikované osoby.

Účel a naplnění standardu:

Interní audit je základním nástrojem prosazování a udržení změn, které jsou zaváděny v souvislosti se zvyšováním kvality a bezpečí poskytovaných služeb.²

Zároveň je tato činnost jedním ze zdrojů zpětné vazby (společně s hlášeními nežádoucích událostí a indikátory kvality) pro následné stanovování priorit v rámci dalšího plánování zlepšování.

Interní audit je činnost, která vyžaduje určitou odbornou úroveň od osob, které ji provádějí. Zařízení tedy musí doložit, jak vybírá a připravuje pro tuto činnost pověřené pracovníky. To může znamenat formalizované vyškolení vnitřních auditorů, ale také jen získání základních informací samostudiem (např. u pracoviště s 1 lékařem). nebylo by na místě uvést zdroj pro samostudium?

Interním auditem jsou prověřovány veškeré postupy a pracoviště, které ovlivňují kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb. Rozsah a obsah interních auditů závisí na typu ZZ a na druhu poskytované zdravotní péče. Například v ordinaci ambulantního specialisty proběhne posouzením menšího spektra stanovených činností 1x za 3-6 měsíců (např. analýza čekacích dob, analýza úplnosti vzorku zdravotnické dokumentace), zatímco ve větším zdravotnickém zařízení bude auditorů více a budou sledovat více procesů s vyšší frekvencí.

ZZ 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 ve ZZ. ZZ standard naplní, když prokáže, že interní audit je systémově plánován a řízen, je rozprostřen do celého ZZ a na základě zjištění z auditů jsou přijímána opatření ke zlepšování.

ZZ zavede pravidelné audity zdravotnické dokumentace a výsledky těchto auditů vyhodnocuje. S výsledky pracuje a jednotlivá pracoviště jsou průběžně informována o výsledcích takové kontroly.

Indikátory standardu:

1. Ve ZZ je zaveden postup interní auditní činnosti.
2. Osoby pověřené interní auditní činností jsou k tomuto účelu školeny a splňují kvalifikační požadavky stanovené vnitřním předpisem ZZ.
3. Interní audit probíhá v celém ZZ a zahrnuje všechny oblasti poskytovaných služeb.
4. Závěry interních auditů jsou využívány ke zvyšování kvality a bezpečí.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

² Pro účely tohoto textu je termínem "interní audit" vždy míněn audit zaměřený na dodržování pravidel souvisejících s řízením kvality a bezpečí.

Standard 3:

Ve ZZ probíhá sběr dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb.

Účel a naplnění standardu:

V ZZ probíhá sběr a analýza objektivních dat o kvalitě a bezpečí (indikátorů kvality). Vzhledem k omezeným zdrojům nelze tímto způsobem sledovat všechny oblasti poskytovaných služeb. Je na rozhodnutí ZZ, které oblasti se rozhodne sledovat pomocí objektivních dat. Typ a způsob evidence indikátorů kvality musí být přiměřený typu ZZ*. Způsob, jakým jsou definovány priority v oblasti sběru a analýzy dat, musí ZZ zdůvodnit. Musí tedy jasně vysvětlit, proč zvolilo 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 ZZ či nově zavedené.

Aby se mohlo sledování objektivních dat stát skutečně účinným nástrojem zvyšování kvality, musí být získané informace využívány pro další zlepšování. ZZ 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. Tento standard je nutno plnit i ve ZZ, kde pracuje jen jeden lékař – není třeba zavádět velké počty sledovaných indikátorů (je možno např. užívat jediný indikátor, je-li efektivní), ale je třeba zdůvodnit, jaký přínos má konkrétní indikátor pro zvyšování kvality daného ZZ.

Indikátory standardu:

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

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 4:

Ve ZZ je zaveden účinný proces sledování nežádoucích událostí³

Účel a naplnění standardu:

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

Mezi výstražné události se řadí:

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

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

ZZ zpracuje vnitřní předpis, který definuje postupy hlášení, zpracování, šetření, vyhodnocení, dokumentování a komunikování nežádoucích událostí včetně stanovení pravomocí a odpovědností osob, které danou činnost vykonávají. ZZ doloží praktické využití získaných informací k prevenci rizik a zvyšování kvality a bezpečí a demonstrovat postupy pro zvyšování motivace zaměstnanců k hlášení nežádoucích událostí. V malých ZZ lze nahradit systém hlášení jednoduchou evidencí výskytu nežádoucích událostí a jejich řešení.

Indikátory standardu:

1. Ve ZZ je vnitřním předpisem stanoven a v praxi zaveden účinný postup hlášení a analýzy nežádoucích událostí, v rámci tohoto procesu ZZ definuje, které události se považují za nežádoucí a definuje jejich závažnost s ohledem na riziko pro pacienty, pracovníky a další osoby.
2. Priority takového procesu definují řídicí pracovníci ve spolupráci s vedoucími klinických i neklinických provozů.
3. Předpisem definované výstražné nežádoucí události jsou intenzivně analyzovány.
4. Výsledky analýzy nežádoucích událostí se využívají k trvalému zvyšování bezpečí poskytovaných služeb.
5. Jednotlivá pracoviště jsou informována o výsledcích analýz nežádoucích událostí.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

³ Nežádoucí událostí se rozumí poškození pacienta nebo riziko tohoto poškození, způsobené činností zdravotnických a nezdravotnických pracovníků zdravotnického zařízení, nikoli primárním onemocněním nebo poraněním pacienta.

Standard 5:

ZZ má zaveden systém sledování spokojenosti pacientů a v souladu s platnou legislativou účinný proces přijímání a řešení stížností.

Účel a naplnění standardu:

Pacient jako klient zdravotnického zařízení poskytuje dvě důležité formy zpětné vazby: hodnocení spokojenosti, stížnosti a pochvaly – výraz vlastní iniciativy vyjádřit se ke kvalitě služeb, které pacientovi byly poskytnuty.

Obě tyto formy zpětné vazby využívá ZZ ke kontinuálnímu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.

Je právem každého pacienta nebo jeho blízkých vyjádřit svoji nespokojenost formou stížnosti. Stížnosti jsou navíc velmi cenným zdrojem informací, které lze následně využít ke zvyšování kvality a bezpečí. Stížnosti pacientů a jejich blízkých jsou rovněž upraveny národní legislativou.⁴

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

ZZ upraví vnitřním předpisem (samostatným nebo jako součást jiných souvisejících předpisů, např. v provozním či organizačním řádu) alespoň následující:

- a) způsob, jakým jsou pacienti a jejich blízcí informováni o svém právu podat stížnost (informace při přijetí do péče, veřejně přístupné informace na webových stránkách či ve veřejných prostorách ZZ a podobně);
- b) možné formy podání stížností (osobní, telefonické, písemné dopisem či elektronickou poštou nebo jiné);
- c) cesty podání stížnosti (komu a jakou cestou lze stížnost podat – pracovníci daného pracoviště, podatelna, ředitel ZZ apod.);
- d) osoby odpovědné za přijetí a vedení spisu k vyřízení stížnosti;
- e) obvyklé způsoby projednávání stížnosti v rámci ZZ (vyjádření zúčastněných, komisionální posouzení a další);
- f) způsob přijetí stížnosti v pracovní době a v době mimo běžnou pracovní dobu;
- 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 f);
- i) postup při odvolání pacienta proti výsledku šetření stížnosti;
- j) další pravidla a termíny požadované národní legislativou.

Indikátory standardu:

1. Ve ZZ se sbírají a pravidelně vyhodnocují data o spokojenosti pacientů s poskytovanou zdravotní péčí, výstupy analýz jsou využívány ke zlepšování. ZZ upraví vnitřním předpisem postup přijímání a vyřizování stížností, a to nejméně v rozsahu písmen a) až i).
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

⁴ § 93 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů.

jednou formou a cestou definovanou vnitřním předpisem ZZ.

4. Stížnosti pacientů a jejich blízkých jsou vyhodnocovány s ohledem na jejich počet a oprávněnost, data jsou agregována a slouží ke zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
5. Stížnosti jsou vyřizovány v souladu s vnitřním předpisem.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

III. Standardy diagnostické péče

Standard 6:

Každý pacient má provedeno a řádně zdokumentováno vyšetření (anamnéza + fyzikální vyšetření) a stanovení medicínských, ošetrovatelských a psychosociálních potřeb v rozsahu a ve lhůtách stanovených vnitřním předpisem.

Účel a naplnění standardu:

ZZ stanoví vnitřním předpisem minimální rozsah vyšetření pacientů při přijetí do péče a jejich jednotlivých návštěvách (anamnestické údaje a fyzikální vyšetření). Rozsah vyšetření nelze stanovit jen odkazem na rozsah příslušného typu vyšetření vyúčtovaného v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

ZZ stanoví vnitřním předpisem, které kategorie pacientů pokládá za přijaté do ambulantní péče (vždy se jedná o pacienty, kteří jsou ambulantně dlouhodobě sledovaní např. v odborných poradnách), a u těchto pacientů stanoví minimální rozsah vstupního vyšetření.

ZZ může pro každou lékařskou odbornost stanovit specificky minimální rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření nebo stanovit jednotný rozsah s oborově specifickou nadstavbou.

Časový rozvrh, naplňování medicínských (ošetrovatelských, psychologických, sociálních) potřeb by měl být stanoven s ohledem na potřeby pacienta, nikoli podle typu pracoviště. Rozsah stanovených vyšetření odpovídá spektru péče jednotlivých pracovišť, na kterých je pacient ošetřován.

ZZ stanoví, kteří pracovníci (dle kvalifikace) mohou jednotlivá vyšetření provádět.

Indikátory standardu:

1. ZZ stanoví vnitřním předpisem rozsah a lhůty pro vyšetření pacientů v ambulantní péči, a to jednotně pro celé ZZ nebo dle jednotlivých pracovišť.
2. U pacientů přijímaných do ambulantní péče ZZ stanoví vnitřním předpisem obsah a rozsah vstupního vyšetření, a to jednotně pro celé ZZ nebo dle jednotlivých pracovišť.
3. Tento předpis obsahuje požadavky na kvalifikaci pracovníků, kteří potřeby pacientů stanovují.
4. Tento předpis ukládá interval pro stanovení medicínských, ošetrovatelských, psychologických a sociálních potřeb každého pacienta přijatého do péče.
5. Tento předpis může stanovit postup dle jednotlivých pracovišť.
6. Tento předpis se v praxi dodržuje.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 7:

Pacienti, u nichž je plánován diagnostický či terapeutický výkon v anestézii, mají provedeno předanestetické vyšetření v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem.

Anesteziologická a pooperační dokumentace pacientů obsahuje informace o vyšetřeních provedených před výkonem, o provedeném výkonu a o monitoringu pacienta v průběhu výkonu a po něm, o podané medikaci a všech komplikacích a jiných závažných okolnostech.

Účel a naplnění standardu:

ZZ naplní tento standard vypracováním vnitřního předpisu, upravujícího postup při vyšetření pacientů před výkony, prováděnými v anestézii. Rozsah předanestetického vyšetření musí minimálně odpovídat odbornému doporučení České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Předpis stanoví povinnost provést a dokumentovat předanestetické vyšetření (dle ASA, typu pacienta a urgentnosti celkového stavu) před zahájením celkové anestézie.

Tento předpis též stanoví rozsah a formu dokumentace vyšetření prováděného anesteziologem bezprostředně před uvedením pacienta do anestézie.

U pacientů, u nichž se provádějí plánované výkony, se provedou a dokumentují dvě vyšetření anesteziologem, přičemž vyšetření prováděné bezprostředně před uvedením pacienta do anestézie může mít např. podobu stručného zaškrtačovacího formuláře či dokumentace prvního čtení monitoringu fyziologických funkcí před zahájením anestézie.

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

Vnitřní předpis rovněž stanoví postup při podávání celkové anestézie včetně postupu při monitorování pacientů v průběhu celkové anestézie a po ní.

Dále ZZ upraví rozsah, formu a včasnost vyhotovení perioperační dokumentace, zejména zprávy o provedení výkonu a o monitorování životních funkcí. Předpis dále stanoví způsob záznamu podané medikace a dalších důležitých okolností výkonu (zejména komplikací).

Indikátory standardu:

1. ZZ stanoví vnitřním předpisem postup při provádění předanestetického vyšetření pacientů, rozsah tohoto vyšetření odpovídá minimálně požadavkům metodického doporučení ČSARIM. Pacienti, u kterých je plánován výkon v celkové anestézii jsou vyšetřeni v souladu s předpisem.
2. ZZ stanoví vnitřním předpisem rozsah vyšetření pacienta anesteziologem bezprostředně před zahájením celkové anestézie a způsob dokumentace tohoto vyšetření. Praxe v ZZ je v souladu s předpisem.
3. ZZ stanoví vnitřním předpisem postup při monitorování pacientů v průběhu celkové anestézie a po jejím ukončení včetně dokumentace provedeného monitoringu; praxe v ZZ je v souladu s předpisem.
4. Dokumentace pacienta obsahuje informace o provedeném výkonu, o monitoringu životních funkcí, o podané medikaci, o aplikaci krve a krevních derivátů a o dalších důležitých okolnostech výkonu.
5. Úplnost dokumentace týkající se výkonů prováděných v celkové anestézii je součástí pravidelného auditu zdravotnické dokumentace.



Standard 8

Postup při provádění střední a hluboké sedace je ve ZZ sjednocen.

Účel a naplnění standardu:

Provádění střední a hluboké sedace (včetně analgosedace) u pacientů zejména tam, kde ji provádí lékař bez anesteziologicko-resuscitační specializace či alespoň řádného zaškolení, může vést k poškození pacienta. ZZ 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 ZZ připouští (např. u lékařů provádějících endoskopická vyšetření);
- 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 včetně kritérií ukončení monitoringu;
- e) stanovení personálního zajištění lékaři a nelékařskými zdravotnickými pracovníky při provádění sedace;
- f) dostupnost léků a vybavení pro poskytování sedace a zvládnutí případných komplikací při ní.

Indikátory standardu:

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



IV. Standardy péče o pacienty

Standard 9

Ošetrovateľská péče se ve ZZ poskytuje na základě komplexního posouzení stavu klienta/pacienta ve vlastním sociálním prostředí klienta/pacienta a řádně se dokumentuje.

Účel a naplnění standardu:

Nelékařští zdravotničtí pracovníci poskytují individualizovanou péči. Aktivně vyhledávají a uspokojují biologické, psychické, sociální, spirituální a specifické potřeby klienta/pacienta. Domácí zdravotní péče, včetně zdravotních výkonů, je plánována na základě identifikace potřeb a priorit klienta/pacienta a indikace lékaře. Nelékařští zdravotničtí pracovníci provádějí administrativní zpracování všech zjištěných dat a informací do dokumentace klienta/pacienta, včetně vyplňování dokumentů mezi ZZ a klientem, popřípadě rodinnými příslušníky klienta.

Indikátory standardu:

1. Ošetrovateľská péče se poskytuje v souladu s ošetrovateľskými standardy DP, které stanovují kritéria k jejímu hodnocení.
2. Ošetrovateľská péče se poskytuje na základě identifikace potřeb klienta/pacienta a priorit ošetrovateľské péče, včetně stanovení vhodných intervencí.
3. Ošetrovateľská péče je plánována a dokumentována.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 10

Léky a léčiva jsou správně a bezpečně skladovány.

Účel a naplnění standardu:

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

- a) léky jsou skladovány za podmínek předepsaných výrobcem;
- b) návykové látky jsou skladovány za podmínek stanovených příslušnou legislativou⁵;
- c) všechny léky a chemické látky, z nichž se léky připravují, jsou řádně označeny názvem, datem expirace a případným upozorněním na potenciální rizika;
- d) v prostorách, kde jsou skladovány léky, probíhají pravidelné kontroly zaměřené na dodržení skladovacích podmínek;
- e) ZZ stanoví vnitřním předpisem, jak jsou označovány a skladovány léky vnášené pacienty (např. očkovací látky apod.).

Indikátory standardu:

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

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Na agentury domácí péče se vztahují pouze indikátory 1 až 3.

⁵ Viz zákon 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů v platném znění.

Standard 11

Objednávání, předepisování a podávání léků probíhá ve ZZ dle stanovených postupů.

Účel a naplnění standardu:

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

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

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

V případě, že jsou léčiva podávána přímo ve ZZ, musí být z dokumentace zřejmé, kdo a kdy léčiva podal a zápis musí odpovídat platné legislativě.

Indikátory standardu:

1. ZZ má vypracovaný vnitřní předpis upravující postupy při předepisování a podávání léků.
2. Součástí vnitřního předpisu je postup při hlášení nežádoucích účinků léků.
3. Pouze osoby uvedené v předpisu ordinují pacientům léčiva.
4. Pouze osoby uvedené v předpisu podávají léky pacientům.
5. Podání každé dávky léčiva je zaznamenáno v dokumentaci pacienta.
6. Záznam o podané medikaci je součástí zdravotnické dokumentace pacienta.
7. Tento předpis se dodržuje.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 12

ZZ zavede účinný postup provádění kardiopulmonální resuscitace (KPR).

Účel a naplnění standardu:

Na základě posouzení rizik (např. dostupnost KPR při rozdílných ordinačních dobách, dostupnost zdravotnické záchranné služby apod.) stanoví ZZ vnitřním předpisem postup případné KPR (kdo ji zajišťuje pro jednotlivá pracoviště a jakou musí splňovat kvalifikaci, jaké jsou telefonní kontakty atd.). Je-li KPR poskytována interními zaměstnanci ZZ je součástí vnitřního předpisu rovněž stanovení, jaké přístroje, zdravotní prostředky a léky ke KPR jsou bezprostředně dostupné na pracovišti/jednotlivých pracovištích. Spektrum tohoto vybavení záleží na rozhodnutí vedení ZZ a jednotlivých pracovišť a musí vycházet ze spektra pacientů, které dané pracoviště převážně ošetřuje (např. děti, dospělí apod.) a z charakteru poskytované péče.

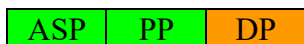
ZZ dále upraví rozsah a frekvenci školení jednotlivých skupin pracovníků v KPR, a to minimálně v rozsahu metodiky BLS.⁶

Toto proškolení se vždy týká zdravotnických pracovníků a dle rozhodnutí vedení ZZ i dalších zaměstnanců.

Zvláštní pozornost je věnována včasnému proškolení nově nastupujících zaměstnanců.

Indikátory standardu:

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



Na agentury domácí péče se vztahují pouze indikátory 2 a 3.

⁶ viz například www.cprguidelines.eu nebo www.resuscitace.cz

Standard 13

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

Účel a naplnění standardu:

ZZ zajistí takovou dostupnost laboratorních služeb, která odpovídá potřebám jejich pacientů. Tyto služby poskytuje sama, nebo je zajistí dodavatelsky, a to včetně služeb v pohotovostním režimu. Pokud jsou laboratorní služby zajišťovány dodavatelsky, má ZZ k dispozici informaci o výsledcích systémů externí kontroly kvality v dodavatelské laboratoři (například z webové stránky laboratoře). ZZ zpracuje seznam laboratorních služeb poskytovaných pacientům (včetně služeb externích laboratoří) s uvedením popisu preanalytické fáze a referenčních hodnot pro jednotlivé analyty.

Indikátory standardu:

1. Laboratorní služby jsou poskytovány v souladu s požadavky národní legislativy a národních či odborných standardů ZZ⁷.
2. Laboratorní služby dostupné pacientům ZZ odpovídají jejich potřebám.
3. ZZ má zpracovaný přehled všech laboratorních vyšetření standardně poskytovaných pacientům včetně vyšetření poskytovaných externími laboratořemi se stanovenými časy dostupnosti výsledků, s popisem preanalytické fáze a uvedením referenčních hodnot.
4. V laboratoři je zaveden systém řízení kvality.



Na primární péči se vztahuje pouze indikátor 3.

⁷ Viz § 11 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů; vyhláška MZ č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče ve znění pozdějších předpisů.

Standard 14

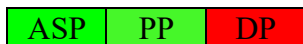
Výsledky laboratorních vyšetření jsou dostupné v časovém limitu stanoveném zdravotnickým zařízením.

Účel a naplnění standardu:

Pro zajištění efektivní péče o pacienty je nutné znát časovou dostupnost výsledků laboratorních vyšetření. ZZ 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. ZZ stanoví časovou dostupnost laboratorních vyšetření.
2. ZZ sleduje dostupnost výsledků vybraných laboratorních vyšetření v rámci sledování kvality poskytovaných služeb.
3. Výsledky laboratorních vyšetření jsou dostupné ve stanoveném čase.



Standard 15

Zdravotnické zařízení má zavedený systém hlášení kritických hodnot výsledků laboratorních vyšetření.

Účel a naplnění standardu:

ZZ naplní tento standard stanovením spektra kritických hodnot výsledků vybraných laboratorních vyšetření a popisem postupu hlášení těchto hodnot z laboratoře na klinická pracoviště. Zároveň ZZ 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.). V zařízeních DP se tento standard vztahuje na případné analýzy u lůžka nemocného (POCT), v nejčastěji se jedná o výsledky měření glykémie glukometrem. Při hlášení kritických hodnot výsledků se dodržuje postup upravený resortním bezpečnostním cílem č. 6.

Indikátory standardu:

1. ZZ stanoví spektrum kritických hodnot výsledků laboratorních vyšetření.
2. ZZ stanoví, kdo a komu hlásí kritické hodnoty výsledků laboratorních vyšetření a jak se tyto výsledky dokumentují.
3. ZZ stanoví postup při řešení nahlášené kritické hodnoty.
4. Stanovené postupy se ve ZZ dodržují.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 16

Ve ZZ se manipuluje s laboratorními vzorky dle stanovených postupů.

Účel a naplnění standardu:

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

Indikátory standardu:

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

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 17

Pokud je součástí ZZ pracoviště radiodiagnostických služeb a zobrazovacích vyšetření, pak jejich organizace a dostupnost odpovídá potřebám pacientů a požadavkům národní legislativy, národních standardů či odborných standardů zdravotnického zařízení.

Účel a naplnění standardu:

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

ZZ má k dispozici výsledky externích kontrolních šetření Státního úřadu pro jadernou bezpečnost a předloží jejich závěry včetně popisu provedených nápravných opatření.

Indikátory standardu:

1. Zobrazovací metody jsou poskytovány v souladu s požadavky národní legislativy, národních či odborných standardů ZZ⁸.
2. ZZ vypracuje přehled zobrazovacích vyšetření zajišťovaných pro pacienty včetně vyšetření zajišťovaných extramurálně.
3. ZZ stanoví časový interval dostupnosti všech výsledků zobrazovacích vyšetření.
4. Výsledky zobrazovacích vyšetření jsou dostupné ve stanoveném časovém intervalu.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

⁸ Viz § 11 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů; § 71- § 72 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů; vyhláška MZ č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče ve znění pozdějších předpisů.

Standard 18

ZZ má zaveden účinný systém léčby bolesti.

Účel a naplnění standardu:

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

- a) postup při identifikaci bolesti u pacientů (kdo a kdy bolest identifikuje, např. v rámci vstupního vyšetření při převzetí do dispenzární péče apod.);
- b) zajištění léčby bolesti v souladu s ostatními vnitřními předpisy ZZ;
- c) přehodnocování bolesti, vyhodnocování účinnosti léčby bolesti;
- d) edukace pacientů a jejich blízkých o léčbě bolesti,

V možnostech léčby musí figurovat i opiáty. ZZ musí znát kontakty na pracoviště, která řeší léčbu bolesti v případě, že léčba bolesti nebyla účinná, a v případě potřeby využívá jejich služeb.

Indikátory standardu:

1. ZZ má zavedený postup pro identifikaci pacientů s bolestí a zhodnocení potřeby její léčby minimálně v rozsahu písmen a) až d) účelu standardu.
2. Pacientům s bolestí se poskytuje odpovídající léčba.
3. ZZ zná postupy léčby bolesti a zná řešení pro případ, kdy je léčba v rámci jeho kompetencí nedostatečná (např. kontakt na pracoviště léčby bolesti).
4. ZZ má zaveden postup pro edukaci pracovníků, pacientů a jejich blízkých o léčbě bolesti.
5. ZZ má přístup k léčbě návykovými látkami a dodržuje všechna pravidla pro jejich skladování a předepisování upravená národní legislativou.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 19

ZZ řeší potřeby chronických pacientů i pacientů se zdravotním a mentálním postižením.

Účel a naplnění standardu:

ZZ zařízení musí znát dlouhodobé potřeby pacienta a musí mu být nápomocno je naplňovat. K tomu je ideálně třeba spolupráce v rámci formálních či neformálních multidisciplinárních týmů. V případě potřeby je ZZ schopno uspořádat nebo se podílet na případové konferenci u individuálního pacienta. ZZ zná organizace v komunitě, které se problematikou zabývají – agentury domácí péče, specialisty zabývající se danou problematikou, sociální odbory, psychologické a psychoterapeutické poradny, patientská sdružení a spolky apod. V případě potřeby na ně pacienta odkazuje. ZZ zná a dodržuje aplikovatelné doporučené postupy v přístupu k chronickým pacientům, zdravotně a mentálně postiženým pacientům.

Indikátory standardu:

1. Každý pacient léčený v domácím prostředí má zhodnocenou a zdokumentovanou potřebu péče s cílem koordinace dispenzární péče a zdravotně-sociální péče.
2. Pracovníci ZZ znají a dodržují aplikovatelné doporučené postupy.
3. ZZ má k dispozici potřebné kontakty na poskytovatele zdravotní i sociální péče v komunitě a zná možnosti nezdravotnické pomoci pacientům.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 20

ZZ věnuje zvláštní pozornost umírajícím pacientům a jejich blízkým. V případě potřeby je ZZ schopno zajistit paliativní péči v domácím prostředí vlastními silami nebo ve spolupráci se specializovanými poskytovateli paliativní péče.

Účel a naplnění standardu:

ZZ poskytuje v případě potřeby návštěvní službu u umírajícího pacienta. Zná účel a smysl zařízení paliativní a hospicové péče a spolupracuje s nimi. O umírajícího pacienta i jeho rodinu se zdravotníci starají se zvláštní ohleduplností a s respektem k psychosociálním, náboženským a spirituálním potřebám a snaží se zohledňovat jeho přání a vytváří podmínky pro jejich naplnění. ZZ zná a dodržuje aplikovatelné doporučené postupy v přístupu k umírajícím pacientům.

Indikátory standardu:

1. Každý umírající pacient má zhodnocenou a zdokumentovanou potřebu péče.
2. ZZ zařízení má k dispozici potřebné kontakty na poskytovatele paliativní, hospicové a jiné potřebné péče.
3. ZZ informuje pacienty a jejich blízké o možnosti hospicové a jiné potřebné péče.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 21

Dostupnost péče ve ZZ je organizována tak, aby odpovídala potřebám pacientů.

Účel a naplnění standardu:

Nedostatečná orientace v systému zdravotní péče je pro pacienta zdrojem nejistoty a zmatení. Může vést k neracionálnímu využívání péče, ke zbytečným konfliktům ve ZZ, v extrémních případech až k ohrožení bezpečí pacienta.

ZZ zavádí takovou organizaci poskytování péče, aby byla pacientům vstřícná a srozumitelná a aby zajišťovala co nejlepší dostupnost péče pro všechny kategorie pacientů. ZZ systémově zjišťuje a vyhodnocuje dostatečnost a efektivitu poskytované péče a výsledky využívá ke zlepšování. ZZ poskytuje v souladu s národní legislativou a potřebami svých klientů přiměřené spektrum návštěvní služby.

ZZ má zavedený objednávací systém, který je zároveň dostatečně flexibilní, aby umožnil ošetření akutních případů a přizpůsobil se pacientům, kteří potřebují delší nebo kratší čas ke konzultaci. Příjem klientů do DP se řídí veřejně dostupnými pravidly.

Indikátory standardu:

1. ZZ pravidelně vyhodnocuje funkčnost a efektivitu systému poskytování péče a v případě potřeby jej upravuje.
2. ZZ je dostupné telefonicky/e-mailem pro objednání a poskytování informací.
3. ZZ má vyhrazenou dobu pro telefonické konzultace s lékařem a informace o výsledcích vyšetření.
4. ZZ má zavedený objednávací systém (eventuálně, v případě domácí péče, poradník).
5. Čekací doba pacientů ve ZZ je pro pacienty přijatelná, sledována a minimalizována.
6. ZZ poskytuje přiměřené spektrum návštěvní služby.
7. Příjem klientů do DP se řídí veřejně dostupnými pravidly.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Na agentury domácí péče se vztahují indikátory 1, 2, 4, 6 a 7.

V. Standardy kontinuity zdravotní péče

Standard 22

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

Účel a naplnění standardu:

Na péči o pacienta se ve ZZ může podílet řada pracovišť a pracovníků. V průběhu procesu poskytování péče se zajišťuje uspokojování potřeb pacienta pomocí zdrojů v rámci ZZ a v případě potřeby i mimo ně.

Pacient má informace o tom, kam se má obrátit v případě, že má akutní obtíže mimo pracovní dobu pracoviště/ZZ. Dle odbornosti se jedná o kontakt na lékařskou službu první pomoci, zdravotnickou záchrannou službu nebo na specializované oddělení či centrální příjem nemocnice.

Indikátory standardu:

1. ZZ vytvoří a zavede postupy, které zajišťují návaznost a koordinaci poskytované zdravotní péče v rámci ZZ.
2. Pacient je seznámen s návazností a koordinací jednotlivých činností.
3. Pacient je informován o tom, na jaké zdravotnické zařízení se má obrátit v případě akutních obtíží mimo pracovní dobu ZZ.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 23

Pacienti v akutním stavu, který ohrožuje jejich život nebo zdraví, jsou ošetřeni přednostně.

Účel a naplnění standardu:

Pacienti v akutním stavu, který ohrožuje jejich život nebo zdraví, musí být ošetřeni tak rychle, jak je potřebné a možné. Tito pacienti jsou přednostně vyšetřeni lékařem (dříve, než by odpovídalo jejich pořadí v objednávkovém systému) a jsou jim provedena příslušná vyšetření a je nasazena příslušná léčba.

ZZ vytvoří kritéria, která identifikují tyto rizikové pacienty. ZZ také vyškolí příslušné pracovníky, obvykle sestry, kteří jsou schopni pacienty v riziku identifikovat a postupovat dle stanovených kritérií.

Indikátory standardu:

1. ZZ stanoví kritéria, podle kterých jsou identifikováni pacienti v akutním stavu.
2. Třídění pacientů dle stanovených kritérií provádí vyškolení pracovníci.
3. ZZ vytvoří postup pro organizaci péče o pacienty v akutním stavu.
4. Pacienti v akutním stavu jsou ošetřeni přednostně a dostávají přiměřenou péči.



Pro PP jsou závazné pouze indikátory č. 3 a 4.

Standard 24

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

Účel a naplnění standardu:

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

Indikátory standardu:

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

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 25

Pacienti, případně jejich blízcí jsou srozumitelným způsobem informováni o poskytované péči.

Účel a naplnění standardu:

Podání jasných pokynů o tom, jak si zajistit návaznou péči, je zásadní pro zabezpečení optimálních výsledků zdravotní péče a pro uspokojení všech potřeb pacienta. Informace zahrnují název a sídlo zařízení, které bude poskytovat další péči, pokyny pro případné další ambulantní sledování ve ZZ a informace o tom, za jakých okolností je třeba vyhledat péči neodkladně.

ZZ tyto informace poskytne jednoduchým a srozumitelným způsobem. Informace se podávají písemně (v PP je písemná forma doporučena, minimálně do ZD pacienta, užitečné u forenzních a posudkových případů), a to způsobem a jazykem, který je pro pacienta srozumitelný.

Indikátory standardu:

1. Informace o další péči se podávají srozumitelnou formou a srozumitelným způsobem.
2. Součástí informací jsou pokyny pro případné další ambulantní sledování ve ZZ.
3. Součástí informací jsou pokyny, za jakých okolností je třeba neodkladně vyhledat péči.
4. Součástí informací o dietních a nutričních opatřeních je kontakt pro případné konzultace.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 26

Pacientům je na základě propouštěcí zprávy z nemocnice nebo na základě doporučení specialistů zabezpečena příslušná lékařská a ošetrovatelská péče. ZZ má systém, kterým se snaží získat výsledky vyšetření provedených v jiném ZZ.

Účel a naplnění standardu:

Účelem standardu je přiměřené zabezpečení kontinuity péče při předávání z péče sekundární do péče primární.

Pacienti často přichází od jiných specialistů bez kompletních informací, které jsou nutné k dalšímu správnému rozhodnutí o pacientově péči. ZZ má proto systém, jak se dozvědět o výsledcích vyšetření provedených v jiném ZZ (komplement, specialista, nemocnice).

ZZ má definován časový interval, do kdy je možno výsledky z jiných ZZ považovat za aktuální a kdy je třeba doplnit příslušná vyšetření. Výsledky jsou vhodnou formou včleňovány do zdravotnické dokumentace pacienta.

Indikátory standardu:

1. ZZ pracuje s výsledky vyšetření, provedených v jiném ZZ (komplement, specialista, nemocnice), které má k dispozici.
2. Doporučení specialistů jsou realizována, příp. je v dokumentaci zdůvodněn zásadně jiný postup. Je-li zvolen zásadně jiný postup, musí vyplývat ze ZD, aby důvod odmítnutí byl prokazatelný i ex post.
3. ZZ má systém, jak se dozvědět o výsledcích vyšetření provedených v jiném ZZ. (komplement, specialista, praktický lékař, nemocnice). Může pouze dotazem se souhlasem pacienta.
4. Výsledky jsou vhodnou formou v souladu s vnitřním předpisem včleňovány do zdravotnické dokumentace.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

VI. Standardy dodržování práv pacientů

Standard 27

Každý pacient je při přijetí do péče ZZ vhodnou formou seznámen se svými právy.⁹ O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace.

Účel a naplnění standardu:

Dodržování práv pacientů je jednou ze stěžejních oblastí procesu kontinuálního zvyšování kvality. Povinností ZZ je stanovit, kdo odpovídá za seznámení pacienta, případně blízkých osob, s jeho právy (lékař, sestra či jiný pracovník).

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

Pro případ, že pacient neovládá český jazyk, nebo má jiné komunikační bariéry, má ZZ stanovený postup. ZZ připraví tisknutelné informační materiály pro pacienty (v různých jazykových mutacích dle spektra pacientů), kteří o ně projeví zájem.

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

Indikátory standardu:

1. ZZ stanoví postup vedoucí k dokumentovanému seznámení pacienta s jeho právy.
2. Součástí tohoto postupu je určení pracovníka, který za informování pacienta odpovídá.
3. Tento postup určuje, jak jsou informováni pacienti, kteří neovládají český jazyk či pacienti s komunikačními bariérami.
4. Tento postup se ve ZZ dodržuje.
5. Tištěná verze informace o právech a povinnostech pacientů je vyvěšena, případně je nepřetržitě k dispozici u pracovníků ZZ.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

⁹ viz § 28, § 30 a § 46 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Standard 28

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 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 ZZ či před jednotlivými výkony s vysokou mírou rizika. ZZ přesně stanoví vnitřním předpisem postup při získávání informovaného souhlasu, přičemž tento postup musí být v souladu s platnou legislativou.¹⁰ Tento předpis popíše formy vyjádření souhlasu pacientů s výkonem (ústní, písemná apod.) a způsob dokumentace takového souhlasu. ZZ dále stanoví spektrum výkonů, u kterých je nutno informovaný souhlas odebrat v písemné podobě, a příslušné výjimky při odebírání informovaného souhlasu vyplývající z platné legislativy.¹¹

Indikátory standardu:

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

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

¹⁰ viz § 34, 35 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

¹¹ viz § 45 odst. 2 písm. h) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Standard 29

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.¹²

Účel a naplnění standardu:

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

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

Pracovníci ZZ sdělí pacientovi jméno lékaře (resp. jiného zdravotnického pracovníka), který má primární odpovědnost za jemu poskytnutou péči, nebo který by měl plánovaný výkon provést.¹³

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.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

¹² viz § 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

¹³ viz § 28 odst. 3 písm. g) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Standard 30

V ZZ 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. ZZ 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 zavedení terapie inzulinem u diabetika) naplánovat edukační program. Tento postup stanoví, kteří pracovníci edukaci provádějí. Pokud je to na místě a není to v rozporu s vůlí pacienta, jsou edukováni i jeho blízcí.

Indikátory standardu:

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

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 31

Zdravotní péče je poskytována způsobem, který respektuje důstojnost a soukromí pacientů. Zdravotní péče je poskytována ohleduplně, taktně a respektuje pacientův hodnotový systém.

Účel a naplnění standardu:

ZZ zajistí, aby při poskytování zdravotní péče byla vždy respektována důstojnost a soukromí pacientů.¹⁴ Toto se týká zejména vyšetření pacientů, rozhovorů s nimi, provádění diagnostických a léčebných výkonů a transportu pacientů po ZZ. Při respektování soukromí ZZ zajistí jak vizuální, tak auditivní soukromí – zejména zajistí, aby informace o zdravotním stavu pacientů nebyly bez výslovného souhlasu pacientů prezentovány před nepovolanými osobami, zejména spolupacienty. V průběhu poskytování péče se osoby, které o pacienty pečují, seznámí s jejich požadavky na zajištění soukromí. ZZ zajistí, aby byly respektovány individuální potřeby soukromí vyplývající například z kulturních tradic pacientů.

Indikátor standardu:

1. Pracovníci zjišťují a znají potřebu soukromí u svých pacientů.
2. Při poskytování zdravotní péče je respektována důstojnost a soukromí pacientů.
3. Pracovníci ZZ respektují individuální potřeby soukromí u pacientů.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

¹⁴ viz § 28 odst. 3 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Standard 32

ZZ zajistí bezpečí a bezpečnost prostředí a osob.

Účel a naplnění standardu:

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

Bezpečnost je ochrana pracovníků, pacientů a dalších osob a jejich majetku proti útoku, krádeži či poškození.¹⁵

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

ZZ 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:

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

Indikátory standardu:

1. ZZ plánuje a řídí zajištění bezpečí a bezpečnosti prostředí a osob.
2. Zajištění bezpečí a bezpečnosti prostředí se plánuje a řídí též v případě staveb, rekonstrukcí či jiných situací, které mohou bezpečí a bezpečnost přechodně narušit.
3. Prostedí je předmětem pravidelných kontrol z hlediska bezpečí a bezpečnosti.
4. Všechna identifikovaná rizika v oblasti bezpečí a bezpečnosti jsou odstraňována. V případě rizik, jejichž odstranění vyžaduje delší dobu, větší investici a podobně, je jejich odstranění plánováno a v mezidobí jsou přijímána adekvátní náhradní opatření.
5. Všechny osoby, minimálně v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu, jsou ve ZZ identifikovány.
6. Pracovníci ZZ včetně externích dodavatelů, znají a dodržují své povinnosti v zajištění bezpečí a bezpečnosti fyzického prostředí a osob.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

¹⁵ Příklady nedostatků v oblasti bezpečí fyzického prostředí mohou být nezajištěná okna např. na 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 ZZ, chybějící poklopy kanalizace, zábradlí nebo například volně přístupné chemikálie či nebezpečný odpad). Příklady problémů s bezpečností jsou volně přístupná pracoviště, kde se vyskytují nesoběstační pacienti, citlivé informace či důležitá zařízení, jejichž poškození by mohlo narušit fungování ZZ a/nebo ohrozit pacienty.

Standard 33

Bezpečí prostředí se ve ZZ plánuje a řídí a ZZ je uspořádáno ve shodě s národní legislativou. ZZ vede seznam provozů, které aktuálním normám nevyhovují.

Účel a naplnění standardu:

Ve ZZ jsou stanoveny osoby odpovědné za řízení jeho prostředí (např. vedoucí pracovník v oblasti technické a hospodářské nebo jiná odpovídající funkce). Tyto osoby jsou identifikovány v organizační struktuře ZZ 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 ZZ jsou často zajištěny externími dodavateli. Odpovědnost za bezpečné a funkční prostředí ve ZZ 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. Tuto kontrolu si může ZZ 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 ZZ musí mít platné příslušné podklady k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Předmětem šetření jsou též výsledky proběhlých kontrol orgánů státní kontroly. Pokud některý z provozů nevyhovuje stavebním či hygienickým předpisům, předloží ZZ seznam těchto nedostatků i s plánem nápravy. Přitom nelze akceptovat nedostatky, které bezprostředně ohrožují pacienty, pracovníky ZZ či jiné osoby, nebo brání provozu ZZ. V těchto případech ZZ 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 ZZ, tyto osoby jsou identifikovány v organizační struktuře ZZ a jsou jim přiděleny adekvátní pravomoci a odpovědnosti a přiděleny potřebné finanční, personální a další zdroje.
2. Pokud jsou některé činnosti související s bezpečím provozu ZZ zajišťovány smluvními dodavateli, jsou tyto služby předmětem dohledu či kontroly ze strany ZZ.
3. ZZ 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, ZZ plánuje jejich odstranění a zavádí náhradní opatření, která zajistí bezpečný provoz do doby zavedení definitivního řešení.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 34

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

Účel a naplnění standardu:

ZZ splňuje veškeré předpisy a normy v oblasti požáru či zakouření, které vycházejí z národní legislativy.¹⁶ Jedním z důležitých předpisů je zákaz kouření ve všech prostorách ZZ s příslušnými výjimkami.¹⁷

K zabezpečení ZZ 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 hořlaviny, 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 a včetně externích dodavatelů s riziky na jejich pracovišti a se zavedenými preventivními opatřeními.

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

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

- a) 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 specifiky;
- b) určit a označit únikové cesty, zajistit volné únikové východy a adekvátní shromaždiště;
- c) zajistit spolupráci s hasičským záchranným sborem;
- d) pravidelně prověřovat či nacvičovat¹⁸ 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 školen přiměřeně své roli v programu prevence a zakouření a jeho znalosti a dovednosti musí být pravidelně prověřovány.

¹⁶ viz zákon č. 133/1985 Sb., o požární ochraně, ve znění pozdějších předpisů; vyhláška č. 221/2014 Sb. o požární prevenci, ve znění pozdějších předpisů; vyhláška ministerstva vnitra č. 23/2008 Sb., o technických podmínkách požární ochrany staveb, ve znění pozdějších předpisů; vyhláška č. 202/1999 Sb., kterou se stanoví technické podmínky požárních dveří, kouřotěsných dveří a kouřotěsných požárních dveří Nařízení vlády č. 375/2017 Sb, kterým se stanoví vzhled a umístění bezpečnostních značek a zavedení signálů

¹⁷ viz §10 zákona č. 65/2017 Sb. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů.

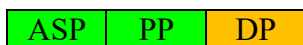
¹⁸ Nacvičováním evakuačního plánu se rozumí simulace skutečné situace, kdy se realizuje celý evakuační plán včetně evakuace pacientů, personálu, nebezpečného materiálu atd. včetně například zapojení hasičského sboru. Prověřováním evakuačního plánu se rozumí provedení takových činností, které nenaruší normální provoz pracovišť (nejsou například evakuováni pacienti). Při prověřování jsou například zkoušena všechna zařízení k evakuaci (evakuační výtahy, požární dveře atd.), měří se čas nutný k evakuaci s ohledem na počet 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.

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

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

Indikátory standardu:

1. ZZ dodržuje veškerou platnou legislativu v oblasti prevence požáru či zakouření včetně zákazu kouření.
2. ZZ řídí riziko požáru či zakouření minimálně v rozsahu písmen a) až d) účelu standardu.
3. ZZ zavede účinný systém detekce a zdolávání požáru či zakouření.
4. ZZ zavede účinný systém evakuace v případě požáru či zakouření minimálně v oblastech uvedených v písmenech e) až h) účelu standardu.
5. ZZ 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.



Na agentury domácí péče se vztahuje pouze indikátor 1.

Standard 35

ZZ zajistí bezpečné nakládání s chemickými látkami a odpadem.

Účel a naplnění standardu:

Oblast manipulace s chemickými látkami a nakládání s odpadem je regulována národní i evropskou legislativou.¹⁹ Její dodržování je pro naplnění tohoto standardu zásadní.

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

- a) typy chemických látek a směsí a druhy odpadů, které se v ZZ 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. ZZ dodržuje platnou legislativu v oblasti nakládání s chemickými látkami a odpadem.
2. ZZ 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 ve ZZ nakládá dle vnitřního předpisu, pracovníci znají své povinnosti a dodržují je.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

¹⁹ viz zákon č. 350/2011 Sb., chemický zákon, ve znění pozdějších předpisů; zákon č. 185/2001 Sb., o odpadech, ve znění pozdějších předpisů; příloha č. 29 vyhlášky 383/2001 Sb.

o podrobnostech nakládání s odpady, ve znění pozdějších předpisů; zákon č. 18/1997 Sb., atomový zákon, ve znění pozdějších předpisů; zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech a další související právní předpisy, ve znění pozdějších předpisů, Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1907/2006 o registraci, hodnocení, povolování a omezování chemických látek, o zřízení Evropské agentury pro chemické látky (REACH), Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1272/2008 o klasifikaci, označování a balení látek a směsí (CLP)

Standard 36

Pokud ZZ poskytuje spektrum zdravotní péče, která vyžaduje nepřetržitou dodávku elektrické energie, má ZZ náhradní elektrický zdroj minimálně pro ty provozy, ve kterých výpadek elektrického proudu může bezprostředně poškodit pacienty či jiné osoby.

Účel a naplnění standardu:

Provozem, ve kterém výpadek elektrického proudu může poškodit pacienty na zdraví, rozumíme například operační sál, na kterém jsou prováděny výkony, pro které je nutné zařízení s elektrickým zdrojem a jehož výpadek funkce by mohlo poškodit pacienta na zdraví.

ZZ prokáže existenci náhradního zdroje, záznamy o kontrolním spuštění a je schopna na výzvu náhradní zdroj zprovoznit.

Indikátory standardu:

1. ZZ má funkční náhradní zdroj elektrické energie minimálně pro ty provozy, ve kterých výpadek elektrického proudu může bezprostředně poškodit pacienty či jiné osoby.
2. Tento zdroj je pravidelně kontrolován a revidován.
3. O provedených kontrolách a revizích existují záznamy.



Standard 37

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

Účel a naplnění standardu:

Provoz zdravotnických přístrojů, zdrojů ionizujícího i neionizujícího záření a měřidel podléhá platné legislativě. Jedním z požadavků standardu je tedy dodržování platné legislativy v této oblasti.²⁰

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

ZZ má stanoveny postupy pro pořizování záznamů o použitých zdravotnických prostředcích třídy IIb a III dle zákona č. 268/2014 Sb. v platném znění ve zdravotnické dokumentaci a pro řešení nežádoucích událostí v souvislosti s používáním zdravotnických prostředků.

Indikátory standardu:

1. ZZ dodržuje platnou legislativu v oblasti provozu zdravotnických přístrojů, zdrojů ionizujícího a neionizujícího záření a měřidel.
2. ZZ eviduje všechny zdravotnické přístroje, zdroje ionizujícího a neionizujícího záření a měřidla, která se ve ZZ používají a plánuje u nich revize, kalibrace, bezpečnostně technické kontroly či další příslušné úkony s ohledem na platnou legislativu a požadavky výrobce.
3. Všechny zdravotnické přístroje, zdroje ionizujícího a neionizujícího záření a měřidla, která se ve ZZ 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 přístroji pracují či se podílejí na jejich údržbě, jsou k tomuto účelu adekvátně školeni, o tomto školení existují záznamy a pracovníci své povinnosti znají a umějí je popsat.
5. Zdravotnická dokumentace obsahuje záznamy o použitých zdravotnických prostředcích dle platné legislativy požadavků.
6. ZZ má stanoven postup při nežádoucích událostech, souvisejících s používáním zdravotnických prostředků a v praxi ho dodržuje.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

²⁰ viz zákon č. 18/1997 Sb., atomový zákon; vyhláška státního úřadu pro jadernou bezpečnost č. 422/2016 Sb. 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, v platném znění; zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích, v platném znění.

VII. Standardy managementu

Standard 38

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

Účel a naplnění standardu:

Struktura ZZ, tedy vztahy nadřízenosti a podřízenosti, je jasně definována v organizačním řádu (nebo jiném vnitřním předpisu). Vnitřní předpis ZZ jasně definuje pravomoci a povinnosti jednotlivých vedoucích pracovníků nebo jejich skupin.

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 atd.).

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

Indikátory standardu:

1. Ve vnitřním předpisu ZZ je definována její organizační struktura.
2. Ve vnitřním předpisu ZZ jsou definovány pravomoci a povinnosti vedoucích pracovníků.
3. Ve vnitřním předpisu ZZ jsou definovány formy vnitřní komunikace.
4. Tento vnitřní předpis je pravidelně aktualizován.
5. Tento vnitřní předpis je aktuální a je dodržován.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

PP je poskytována i ve vertikálně členěných ZZ.

Standard 39

Vedení ZZ sděluje veřejnosti vhodnou a srozumitelnou formou spektrum poskytované péče a služeb.

Účel a naplnění standardu:

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

ZZ u "klientů" identifikuje jejich informační potřeby, jinými slovy, jaké informace (rozsah a formu jejich sdělování) potřebují k tomu, aby ke službám ZZ 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.

Každé pracoviště pravidelně (v intervalech stanovených vedením ZZ) obnovuje písemnou informaci o spektru své péče, kterou dává k dispozici vedení ZZ. Tento materiál obsahuje informace o rozsahu péče poskytované daným pracovištěm, časové vymezení poskytované péče (ambulance), personální obsazení pracoviště, základní charakteristiku pacientů a jejich potřeb a návaznost péče na služby jiných pracovišť. Informace o spektru služeb, o jejich časovém vymezení, o personálním obsazení a o důležitých kontaktech jsou zveřejňovány pro potřeby současných i potenciálních pacientů ZZ. Je zvolena přiměřená a vhodná forma, pro pacienty dostupná a srozumitelná (například tištěné letáky, brožury, popřípadě forma telefonického informačního centra nebo skrze internetové stránky).

Rozsah činnosti lze definovat pozitivně – výčtem: ambulantní provoz/ZZ poskytuje komplexní péči v oborech..., nebo negativně: veškerou péči s výjimkou...

Indikátory standardu:

1. Existují aktuální informace o spektru péče a služeb každého pracoviště, které vedoucí pracovníci používají k řízení ZZ.
2. Informace o spektru služeb jsou pravidelně poskytovány veřejnosti vhodnou a srozumitelnou formou.
3. Informace o spektru péče a služeb jsou pravidelně aktualizovány.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 40

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

Účel a naplnění standardu:

ZZ 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 ZZ, spektra poskytovaných služeb a finančních možností.²¹ ZZ však vždy musí mít účinný postup sledování změn v legislativě a jejich zavedení do praxe.

K naplnění tohoto standardu ZZ 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.

Indikátory standardu:

1. Ve ZZ pověří osobu/osoby odpovědné za sledování aktuální legislativy.
2. Ve ZZ je zaveden postup zavedení těchto změn do vnitřních předpisů ZZ.
3. Tento postup je funkční. Vedoucí pracovníci ho umějí popsat a řadoví pracovníci jsou průkazně informováni o aktuální legislativě, která se vztahuje k jejich kompetencím a pracovní náplni.
4. Vnitřní předpisy ZZ a praxe jsou v souladu s platnou legislativou.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

²¹ Velká ZZ 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 ZZ uzavře smlouvu na tyto služby s právníkem či advokátní kanceláří nebo pověří někoho ze svých zaměstnanců systematickým sledováním změn legislativy.

Standard 41

Vedení ZZ písemně definuje systém vnitřních předpisů.

Účel a naplnění standardu:

Vnitřní předpisy ZZ jsou nástrojem zajištění konzistentní praxe v manažerských i klinických oblastech včetně ev. písemné standardizace vybraných klinických postupů (guidelines), pokud je ZZ používá. Vzhledem k velkému počtu činností, které jsou upraveny vnitřními předpisy, jejich vzájemnému propojení, nutnosti provádění změn a aktualizace vnitřních předpisů, je nezbytné, aby vedení ZZ společně se všemi pracovníky, kteří se na vzniku a implementaci vnitřních předpisů podílejí, písemně stanovilo:

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

Rozsah systému vnitřních předpisů (např. počet předpisů, formální a obsahová stránka apod.) odpovídá spektru poskytovaných služeb a provozním podmínkám ZZ. Není tedy na místě např. Pracoviště 1 lékaře a 1 sestry zpracovávat rozsáhlou dokumentaci – činnosti pracoviště je možno popsat jedním příslušně členěným dokumentem.

Indikátory standardu:

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

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 42

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

Účel a naplnění standardu:

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

Role osob, které jsou odpovědné za řízení kvality (např. manažera kvality apod.), je pouze podpůrná, koordinační v oblasti naplňování programu kvality a fungující jako prostředník mezi pracovišti ZZ a vrcholovým vedením. Hlavní manažerská role a odpovědnost za kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb spočívá na vrcholovém vedení.

Rozsah Programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb je přiměřený organizační a provozní struktuře ZZ.

Indikátory standardu:

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

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

VIII. Standardy řízení lidských zdrojů

Standard 43

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

Účel a naplnění standardu:

U každého pracovníka v pracovním poměru či jiném pracovněprávním vztahu (například výkon činností na základě dodavatelské smlouvy o provádění konziliární činnosti či zajišťování ústavní pohotovostní služby) je nutno důsledně vést doklady o dosaženém vzdělání a další doklady, které jsou podstatné pro zařazení pracovníka do pracovního procesu.

ZZ naplní standard, pokud prokáže, že má zaveden proces ověření a zařazení potřebných dokladů do osobního spisu při vstupu nového pracovníka a že tyto doklady vždy při změnách aktualizuje. Na pracovníky, kteří svou činnost provádějí na základě jiného pracovněprávního vztahu, než je pracovní poměr, se tato povinnost vztahuje v přiměřeném rozsahu. V případě malých ZZ (např. ordinace praktického lékaře, kde pracuje pouze lékař a sestra) se požadavky standardu netýkají osob v pozici zaměstnavatele.

Indikátory standardu:

1. Každý pracovník ZZ má zaveden osobní spis.²²
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, ve ZZ je zaveden postup aktualizace dokladů shromažďovaných v osobních spisech pracovníků.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

²² viz § 312 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.

Standard 44

Povinnosti každého pracovníka ZZ jsou stanoveny v platné náplni práce. Všichni pracovníci ZZ, kteří poskytují zdravotní péči, mají stanoveno aktuální spektrum svých kompetencí, které jsou pravidelně hodnoceny.

Účel a naplnění standardu:

Povinnosti a pravomoci každého pracovníka v pracovním poměru či jiném pracovněprávním 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 běžnou 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.

Každý pracovník poskytující zdravotní péči musí mít jasně stanovené spektrum kompetencí (činnosti, které smí provádět v souvislosti s péčí o pacienty v konkrétním ZZ). Ty jsou mu přidělovány nejen na základě jeho vzdělání, ale také na základě poslání ZZ, spektra pacientů a jejich potřeb, specifických úkolů konkrétního pracoviště a v neposlední řadě osobních znalostí a dovedností, zdravotního stavu a hodnotového systému daného pracovníka. Vzhledem k tomu, že tyto kvality se v čase mění, kompetence všech pracovníků musí být průběžně přehodnocovány. Při stanovování kompetencí je nutné vycházet z platné legislativy a je možné přihlídnout například k doporučením některých 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 ZZ, nejméně však jednou za dva roky) aktualizovány, a to na základě pravidelného hodnocení, které je, tam kde je to možné, založeno na konkrétních datech o kvalitě práce daného jednotlivce.

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

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

V případě malých ZZ (např. ordinace praktického lékaře, kde pracuje pouze lékař a sestra) se požadavky standardu netýkají osob v pozici zaměstnavatele.

Indikátory standardu:

1. Každý pracovník ZZ má písemně stanovenou náplň práce, pracovník poskytující zdravotní péči i konkrétní spektrum svých kompetencí.
2. Náplň práce a kompetence každého pracovníka odpovídají jeho dosaženému vzdělání, kvalifikaci a předchozí odborné praxi.
3. Náplň práce každého pracovníka a spektrum jeho kompetencí jsou aktuální a odpovídají realitě, všichni pracovníci znají své povinnosti a pravomoci vyplývající z náplně práce a aktuálního spektra kompetencí.
4. Kompetence každého zdravotnického pracovníka jsou průběžně hodnoceny a aktualizovány vždy při změně a minimálně jednou za dva roky, pracovníci jsou s výsledky hodnocení seznámeni.
5. 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.

6. Pokud z hodnocení kompetencí pracovníka vyplyne potřeba dalšího vzdělávání či školení, jsou tyto u daného pracovníka plánovány.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 45

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

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

Indikátory standardu:

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

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Standard 46

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

Účel a naplnění standardu:

ZZ 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 a směsmi, poranění injekční jehlou, pády na pracovišti atd., a s přihlédnutím k těmto rizikům musí stanovit frekvenci pravidelných preventivních prohlídek pracovníků, přiřadit jim osobní ochranné pracovní pomůcky a přizpůsobit jim školení v BOZP na příslušných pracovištích.

ZZ vytvoří vnitřní předpis, ve kterém pro různá pracoviště stanoví úroveň protiepidemických opatření a s tím související vybavení pracovníků osobními ochrannými pracovními pomůckami.

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

Indikátory standardu:

1. ZZ má vypracovány vnitřní předpisy upravující oblast BOZP v souladu s platnou legislativou.²³
2. ZZ má záznamy o proškolení pracovníků v souladu s vnitřním předpisem,
3. Vnitřní předpisy jsou ve ZZ dodržovány.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

²³ viz § 101 až 108 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění; zákon č. 309/2006 Sb., zákon o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci; nařízení vlády č. 361/2007 Sb., podmínky ochrany zdraví při práci

Standard 47

ZZ sleduje vhodnou formou spokojenost pracovníků.

Účel a naplnění standardu:

ZZ naplní tento akreditační standard, pokud prokáže, že pravidelně (minimálně jednou za 3 roky) sleduje a vyhodnocuje spokojenost pracovníků.

Ve ZZ s maximálně 10 zaměstnanci se za splnění standardu považují průběžné dokumentované rozhovory se zaměstnanci, realizované v požadovaném intervalu.

U větších ZZ není nutné sledovat spokojenost všech skupin pracovníků, je možno vybrat pouze některé profese například na základě analýzy fluktuace pracovníků. Je též na rozhodnutí vedení ZZ, jakou formu hodnocení zvolí, zda zvolí anonymní či veřejné hodnocení, je však s výhodou použít dotazníkovou formu měření, která umožňuje statistické zpracování dat a určování trendů. Zároveň je dobré dát pracovníkům příležitost slovního vyjádření, a tak vzniklé kazuistiky zkoumat. Při rozhovorech s vedoucími pracovníky je nutno prokázat účinnost tohoto procesu hodnocení spokojenosti, zejména demonstrovat jeho výsledky a přijatá opatření.

Povinnost hodnotit spokojenost pracovníků se v případě tohoto akreditačního standardu nevztahuje na smluvní pracovníky a extramurální specialisty.

Indikátory standardu:

1. ZZ sleduje spokojenost pracovníků minimálně jednou za 3 roky
2. Výsledky sledování spokojenosti pracovníků se analyzují a využívají ke zlepšování.
3. Pracovníci ZZ jsou seznámeni s výsledky sledování.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

IX. Standardy pro sběr a zpracování informací

Standard 48

ZZ určí vnitřním předpisem formální a věcné náležitosti zdravotnické dokumentace.

Účel a naplnění standardu:

Základním dokumentem pro naplnění tohoto standardu je vnitřní předpis upravující vedení zdravotnické dokumentace, a to v souladu s platnou legislativou.²⁴

Předpis stanoví obsah i formu zápisu ve zdravotnické dokumentaci (včetně času záznamu, identifikace a podpisu osob, které záznam provedly). Nedílnou součástí vnitřního předpisu jsou rovněž postupy ochrany zdravotnické dokumentace proti odcizení, znehodnocení či zneužití. V souladu s předpisem ZZ vydá seznam zakázaných zkratk (resp. výčet dokumentace, v níž je užívání zkratk nepřipustné – např. předepisování léků, propouštěcí zprávy) a zveřejní obvyklým způsobem seznam zkratk uváděných ve zdravotnické dokumentaci. Toto se netýká obecně známých zkratk (např. jednotky SI systému či značky chemických prvků). Zejména tam, kde se uvádějí zkratky do dokumentace odesílané jinému poskytovateli péče, musí být na každé takové zprávě odkaz na místo, kde lze význam zkratk vyhledat, případně může ZZ užívání zkratk v takových dokumentech zakázat.

Aby ZZ zajistilo dodržování pravidel vedení dokumentace, musí ji zahrnout do procesu interního auditu.

Indikátory standardu:

1. ZZ vytvoří vnitřní předpis, který upravuje formální a věcnou náplň zdravotnické dokumentace.
2. Vnitřní předpis stanoví seznam zkratk používaných ve zdravotnické dokumentaci a seznam zakázaných zkratk či situací, kdy je užívání zkratk zakázáno.
3. ZZ provádí pravidelné audity zdravotnické dokumentace a závěry jsou využívány ke kontinuálnímu zvyšování kvality.
4. Zdravotnická dokumentace je chráněna proti odcizení, znehodnocení či zneužití.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

²⁴ viz § 53 až § 69 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů; vyhláška MZ č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

Standard 49

Předpis stanoví postupy pro nakládání se zdravotnickou dokumentací.

Účel a naplnění standardu:

Předpis pro vedení zdravotnické dokumentace stanoví osoby, které mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet a provádět záznamy, přitom vychází z platné legislativy.²⁵

Indikátory standardu:

1. Do dokumentace pacientů nahlíží jen osoby uvedené v předpisu.
2. Do dokumentace pacientů provádějí záznamy jen osoby uvedené v předpisu.
3. Zdravotnická dokumentace je vedena v souladu s předpisem

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

²⁵ viz § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Standard 50

Každý pacient při odchodu ze ZZ obdrží lékařskou zprávu, která obsahuje všechny informace požadované zákonnými normami a vnitřním předpisem ZZ. Jestliže pacient přechází do péče jiného ZZ (registruje se u jiného praktického lékaře, přechází k jinému ambulantnímu specialistovi nebo přechází do péče jiné agentury domácí péče), ZZ předá novému registrujícímu poskytovateli péče kompletní zprávu, která obsahuje všechny relevantní údaje o jeho zdravotním stavu.

Účel a naplnění standardu:

ZZ naplní tento standard, když ve vnitřním předpisu (nejlépe v tom, který obecně upravuje vedení zdravotnické dokumentace) upraví obsahové a formální náležitosti lékařské zprávy. Výjimku pro vydání lékařské zprávy tvoří opakované, identické procedury (např. pacient přicházející opakovaně pro aplikaci injekce).

Lékařská zpráva je vydána vždy, když o ni pacient požádá.

Při přechodu do péče jiného ZZ v případě primární péče zpráva obsahuje minimálně všechny významné diagnózy, lékové alergie, současnou medikaci a údaje o všech chirurgických výkonech a hospitalizacích. Při přechodu do péče jiného ZZ v případě ambulantních specialistů nebo nelékařských profesí obsahuje veškeré relevantní informace, které jsou důležité pro kontinuitu péče. ZZ upraví vnitřním předpisem rozsah této zprávy.

Indikátory standardu:

1. ZZ upraví vnitřním předpisem obsahové a formální náležitosti lékařské zprávy (zprávy o vyšetření/ošetření) a souhrnné zprávy při předání pacienta do péče jiného ZZ.
2. Pacienti jsou při odchodu ze ZZ vybaveni lékařskou zprávu (zpráva o vyšetření/ošetření) odpovídající tomuto předpisu.
3. Lékařská zpráva je vydána vždy, když o ni pacient požádá.
4. Při přechodu (registraci) pacienta do péče jiného zdravotnického zařízení obdrží pacient zprávu odpovídající vnitřnímu předpisu.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

V primární péči je pacient vybaven zprávou pouze v případě:

- a) vstupní/preventivní prohlídky,
- b) že o to požádá
- c) registrace do jiného zdravotnického zařízení

Na DP se vztahuje pouze indikátor 4.

Standard 51

ZZ zajistí zabezpečení informací.

Účel a naplnění standardu:

Vnitřní předpisy určují, v souladu s platnou legislativou²⁶, bezpečnostní postupy povolující pouze oprávněným osobám získat přístup k datům a informacím. Přístup k různým kategoriím informací závisí na potřebnosti a je definován podle pracovního zařazení a funkce včetně studentů na výukových pracovištích.

Účinný postup určuje:

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

Indikátory standardu:

1. ZZ 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.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

²⁶ Nařízení 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 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů

Standard 52

ZZ má zavedenu bezpečnostní politiku informačních technologií včetně havarijních plánů.

Účel a naplnění standardu:

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

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

Indikátory standardu:

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

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

X. Standardy protiepidemických opatření

Standard 53

ZZ má vytvořen a zaveden do praxe koordinační postup k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, program ke snížení rizik infekcí pacientů spojených se zdravotní péčí a profesionálních infekcí pracovníků.

Účel a naplnění standardu:

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

Indikátory standardu:

1. ZZ hlásí výskyt infekčních onemocnění v souladu s platnou legislativou.²⁷
2. ZZ sleduje výskyt všech infekcí spojených se zdravotní péčí v souladu s platnou legislativou.²⁸
3. ZZ sleduje výskyt všech profesionálních infekcí v souladu s platnou legislativou.
4. ZZ provádí opatření ke snížení vzniku a šíření infekčních onemocnění, snížení rizik infekcí spojených se zdravotní péčí a profesionálních infekcí.²⁹

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

²⁷ viz § 16 odst. 2 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů; § 1 vyhlášky č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů

²⁸ viz § 16 č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, § 2 vyhlášky č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů

²⁹ viz § 47 odst. 4. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; § 15 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů

Standard 54

ZZ dodržuje hygienické požadavky pro ošetřování pacientů.

Účel a naplnění standardu:

ZZ je povinno dodržovat hygienické požadavky pro ošetřování pacientů v souladu s platnou legislativou.³⁰ Dodržováním správných postupů, hygienických zásad a hygienicko-epidemiologického režimu redukuje ZZ výskyt infekcí spojených se zdravotní péčí a zvyšuje kvalitu péče a bezpečí pacienta. ZZ naplní tento standard zakotvením hygienických požadavků a postupů do vnitřních předpisů jednotlivých pracovišť ZZ nebo do provozních řádů, vždy s přihlédnutím k charakteru a rozsahu činnosti a formě poskytované zdravotní péče:

- a) ošetření a umístění fyzických osob podle zdravotního stavu;
- b) péče o fyzické osoby s rizikovými faktory;
- c) zásady bariérové ošetrovací techniky;
- d) zásady opakovaného používání zdravotnických prostředků (dezinfekce, čištění, sterilizace);
- e) zásady asepsy a antisepsy;
- f) zásady používání nástrojů a pomůcek k parenterálním výkonům;
- g) dodržování hygienických požadavků zdravotnických pracovníků (používání ochranných prostředků ve vztahu k výkonu, zátěži a riziku pacienta, úprava nehtů, nošení šperků, mytí a dezinfekce rukou).

Indikátory standardu:

1. ZZ má vypracované vnitřní předpisy hygienických požadavků a postupů jednotlivých pracovišť nebo provozní řády vždy s přihlédnutím k charakteru a rozsahu činnosti a formě poskytované zdravotní péče minimálně v rozsahu písmen a) až g) účelu standardu (je-li s ohledem k charakteru a rozsahu činnosti relevantní).
2. Provozní řád a vnitřní předpisy k zajištění hygienických požadavků a postupů se dodržují.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Na PP a DP se nevztahuje indikátor 1, písmeno c) účelu standardu.

³⁰ viz § 17 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů; § 7 odst. 1 vyhlášky MZ č. 306/2012 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů.

Standard 55

ZZ stanoví metody a postupy spojené s rizikem infekcí a určí jednotný postup pro hygienicko-epidemiologicky významné situace za účelem snižování rizika infekce pro pacienty i pracovníky.

Účel a naplnění standardu:

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

Mezi tyto oblasti a činnosti patří (je-li s ohledem k charakteru a rozsahu činnosti relevantní):

- 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 a dvouступňové dezinfekce,
- i) Zásady sterilizace, vyššího stupně dezinfekce a její kontroly,

Postupy a opatření na prevenci legionelózy

Indikátory standardu:

1. ZZ 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 účelu a naplnění standardu v bodech a) – j).
3. Stanovené postupy a metody se dodržují a ZZ je kontroluje.
4. Stanovené postupy jsou ve ZZ předmětem dohledu a kontroly.

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|

Na PP se nevztahuje oblast, uvedená pod písmenem j).

Na agentury domácí péče se nevztahuje oblast, uvedená pod písmeny f) až j).

Standard 56

ZZ provádí školení personálu v oblasti hygienicko-epidemiologické problematiky.

Účel a naplnění standardu:

ZZ provádí v souladu s platnou legislativou průběžná školení pracovníků, např. v hygieně rukou, třídění a likvidaci odpadu, manipulaci s prádlem, úklidu, dezinfekci, sterilizaci, hlášení nemocničních infekcí apod.

ZZ naplní tento standard vypracováním vnitřních předpisů souvisejících s protiepidemickými opatřeními a průběžným školením kompetentních osob v této problematice personálem ZZ. Při posuzování shody se standardem bude vyžadováno předložení prezenční listiny či záznamu o provedených školeních (semináře, provozní schůzky, porady apod.).

Indikátory standardu:

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

| | | |
|-----|----|----|
| ASP | PP | DP |
|-----|----|----|