

NÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDSY PRO ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ NÁSLEDNÉ A DLOUHODOBÉ PÉČE



1. vydání
účinné od 1. 1. 2010

**NÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDY
PRO
ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ NÁSLEDNÉ
A
DLOUHODOBÉ PÉČE**

Manuál a metodika plnění

Editoři:

MUDr. Václav Volejník, CSc.

MUDr. David Marx, PhD.

MUDr. František Vlček

1. vydání
účinné od 1. 1. 2010

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

2009

NÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ NÁSLEDNÉ A DLOUHODOBÉ PÉČE

Editoři:

MUDr. Václav Volejník, CSc.

MUDr. David Marx, PhD.

MUDr. František Vlček

Grafická úprava, sazba, zlom: TIGIS, spol. s r. o.

Tisk: TIGIS, spol. s r. o.

V roce 2009 vydala SAK, o. p. s. společně s nakladatelstvím TIGIS, spol. s r. o.
Třebohostická 564/9, 100 00 Praha - Strašnice
tel.: 274 008 500, fax: 274 008 510, www.tigis.cz

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

© **TIGIS, spol. s r. o., 2009**

ISBN 978-80-903750-9-3

Obsah	5
Předmluva	7
Úvod	11
I. Standardy řízení kvality a bezpečí	13
II. Standardy diagnostické péče	23
III. Standardy péče o klienty	33
IV. Standardy kontinuity zdravotní péče	53
V. Standardy dodržování práv klientů	61
VI. Standardy podmínek poskytované péče	71
VII. Standardy managementu	79
VIII. Standardy řízení lidských zdrojů	87
IX. Standardy pro sběr a zpracování informací	97
X. Standardy protiepidemických opatření.....	105
Poznámky	112

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

je mi velkou ctí představit vám tuto novou publikaci, která je svým obsahem (stejně jako předtím obě vydání národních akreditačních standardů pro nemocnice) v České republice (ČR) ojedinělá.

Když Ministerstvo zdravotnictví ČR před více než deseti lety vydalo svým metodickým pokynem seznam padesáti akreditačních standardů pro nemocnice, reagovala Spojená akreditační komise ČR rozšířením těchto standardů o další údaje (účel a naplnění standardu, indikátory standardu atd.) tak, aby personál nemocnic přesně věděl, co který standard znamená a jak se bude jeho naplňování kontrolovat. Tato pracovní pomůcka si velmi rychle našla v nemocnicích své zájemce a brzy se objevily i požadavky na provedení auditu podle těchto standardů a v případě jejich naplnění byly udělovány nemocnicím akreditační komise. O tuto problematiku se záhy začaly zajímat i odborné léčebné ústavy, protože až na výjimky (standarty týkající se anestezie, operačních výkonů atd.) se všechny ostatní standardy mohly snadno aplikovat i na jejich práci.

Struktura zdravotnického lůžkového fondu ČR je asi z 1/4 tvořena právě lůžky následné péče (nemocniční lůžka 63 tisíc, odborné léčebné ústavy 22 tisíc), avšak poměr počtu jednotlivých zařízení oproti poměru počtu lůžek je výrazně odlišný (nemocnice 192, odborné léčebné ústavy 154). Spojená akreditační komise, o. p. s. proto přijala rozhodnutí zpracovat specifické standardy pro zařízení následné péče (obdobně jako tomu předtím bylo u nemocnic). Výsledkem pak je tato publikace, kterou právě nyní dostáváte do rukou. Byl bych rád, aby i v tomto případě, stejně jako tomu bylo u standardů „nemocničních“, byly takto zpracované standardy dobrým pomocníkem vám všem, kteří se snažíte o zvyšování kvality a bezpečí ve vašich zařízeních.

Děkuji všem, kdo se podíleli na tvorbě této publikace, a přeji těm, kdo s ní budou pracovat, aby dobře sloužila k zajištění kvalitní a bezpečné péče v jejich zařízeních.

MUDr. Ivan Staněk

Vážené kolegyně, vážení kolegové, vážení čtenáři tohoto textu obecně.

Dostáváte do rukou prvou vydanou verzi národních akreditačních standardů, tentokrát se zaměřením na zařízení zajišťující následnou a dlouhodobou léčbu. Dostalo se mi té cti na textu pracovat v týmu spolu s řadou dalších odborníků, kterých si velice vážím. Zároveň si vážím toho, že vás mohu oslovit na tomto místě.

Bylo logické, že s velkým rozšířením zájmu o naplnění podmínek SAK, o. p. s. v řadě zdravotnických zařízení, přijde nutnost respektovat skutečnost, že vedle nemocnic je stále se rozšiřující skupina různých typů zařízení neakutní léčebné péče. Jde svým způsobem o pokus průkopnický. Vycházeli jsme z reality činností, které se v této skupině zařízení provádí. Je možné, že nejsou podchyceny všechny činnosti, a je možné, že jsou naopak popsány výkony, které podle teoretického pohledu do uvedeného segmentu nepatří. Jde tu o otázku základní. Co vše zahrnuje segment následné a dlouhodobé léčby? Jaké výkony se v zařízeních poskytujících tuto léčbu mají provádět a jaké se v budoucnu budou provádět?

Ani naše úřední názvosloví v platných zákonech a předpisech není vždy zcela přesné. Je to dáno faktem nedokončené transformace českého zdravotnictví na straně jedné a vývojem nových služeb reagujících na potřeby společnosti na straně druhé. V našich zdravotnických zařízeních se totiž mnohde začíná prolínat léčebná péče (tedy léčba) s činnostmi sociálními, které již do zdravotnictví nelze podle dnešních zákonů řadit. Snažím se proto osobně pro tuto celou skupinu navrhnout název „péče návazná“. Jedině tak lze podchytit fakt, že někde jde jen a jen o nutnou léčbu nemocničního typu (ovšem navazující na léčbu akutní) a jinde, vedle nutných výkonů zdravotnických, dokonce převažují činnosti sociální. Plyne z toho ovšem odpověď na otázku, kterou je nutno jasně zodpovědět. Komu jsou tyto standardy určeny. Těm poskytovatelům, kteří nepatří do segmentu akutní péče, ale ve své práci vykonávají služby a výkony zdravotnické.

Při přípravě Standardů pro poskytování následné a dlouhodobé léčby a péče jsme oslovili řadu zástupců z lůžkových zařízení zajišťujících tyto činnosti a služby. Nicméně se jistě brzy po vydání textu dočkáme připomínek, které budou poukazovat na nedostatky předložených standardů a nutnost jejich doplnění. Doufám, že jednotlivé skupiny lůžkových zařízení, hlavně dnešní tzv. LDN, psychiatrické, pneumologické a rehabilitační léčebny, hospice atd. posoudí rozsah svých činností ve standardech níže popsá-

ných, jejich frekvenci apod. a doplní texty, aby odpovídaly jejich představě správně pracujícího zdravotnického zařízení určitého typu. Specifické postupy je ale nutno popsat tak, aby byly aplikovatelné podle určení nebo aby byly popsány natolik obecně, že to bude cenný a platný standard pro všechna zařízení bez ohledu na jeho typ. To bych považoval za velký úspěch celé práce, protože by to znamenalo zájem a chuť takovéto normativy mít a užívat. Další opravená vydání proto jistě budou znamenat novou míru kvality a přesnosti.

Děkuji paní Jaroslavě Zavoralové za cenné připomínky a opravy, které jsem použil.

MUDr. Václav Volejník, CSc.

Spojená akreditační komise, o.p. s., vydáním Národních akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče splácí svůj dluh, který vůči tomuto segmentu několik posledních let cítí – předkládá nástroj, jímž je možno v těchto zařízeních řídit procesy ovlivňující kvalitu poskytované péče a bezpečí klientů.

Vzhledem ke spektru zdravotní péče poskytované těmito zařízeními nelze veškeré standardy aplikovat na každé posuzované zařízení – při vlastním akreditačním šetření auditoři SAK, o.p.s., budou vycházet z reálně poskytované péče a reálných potřeb klientů daného zařízení.

Každý standard obsahuje popis svého účelu – interpretace a popis naplnění a dále jednotlivé indikátory, což jsou měřitelné parametry naplnění – jednoduše řečeno otázky, na které se v průběhu akreditačního procesu očekává pozitivní odpověď.

Obsahuje-li standard požadavek na vypracování vnitřního předpisu, neznamená to, že by se mělo jednat o předpis samostatný – požadavky několika standardů lze (při respektování logiky požadavků standardů) naplnit vypracováním jednoho vnitřního předpisu.

Při naplňování požadavků standardů by měla jednotlivá zařízení vycházet z procesního řízení a v rámci jednotlivých standardů popsat (stanovit) konkrétní postup v rámci zařízení (tj. zejména neuvádět obecné citace právních předpisů).

Toto nové vydání by nevzniklo bez pomoci velkého počtu našich spolupracovníků i pracovníků zdravotnických zařízení, díky jejichž připomínkám a pomoci stávající podoba standardů vznikla. Děkujeme jim všem, jmenovitě pak PhDr. Ladě Cetlové, Mgr. Bc. Jitce Dejmkové, Ing. Gabriele Frankové, Bc. Kamile Gottwaldové CSc., Mgr. Olze Hasákové, Mgr. Ivaně Koudelkové, Bc. Magdaleně Kreminové, MUDr. Evě Míčkové, p. Josefu Moravovi, MUDr. Milanu Novákovi, MSc. Magdaleně Scholzové, MUDr. Aleně Štětkové, Ing. Antonínu Vejtasovi, MUDr. Václavu Volejníkovi a Jaroslavě Zavoralové.

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



Standardy řízení kvality a bezpečí

Ve zdravotnickém zařízení následné péče (dále jen zařízení) je zaveden program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb

Účel a naplnění standardu:

Základními předpoklady účinnosti projektu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb jsou: existence odpovědných osob či orgánů za řízení kvality a bezpečí, podpora vrcholového a středního managementu, informovanost a účast personálu. Zařízení standard naplní, pokud jasně určí osoby 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 všechny pracovníky.

Indikátory standardu:

1. V organizační struktuře zařízení 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. 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.
4. Personál zařízení je pravidelně informován o programu zvyšování kvality a bezpečí služeb a školen v zavedených změnách.
5. Program zvyšování kvality a bezpečí se pravidelně aktualizuje.

Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb je plánován a je rozšířen do celého zařízení.

Účel
a naplnění
standardu:

Základními pilíři při zavádění a podpoře programu zlepšování a redukce rizik pro klienty a personál ve zdravotnickém zařízení jsou vedení a plánování. Každý vedoucí pracovník přispívá do procesu stanovení úkolů a povinností směřujících ke zvyšování kvality, bezpečnosti a k procesu vedení a kontroly. Programy zvyšování kvality a bezpečí a kontrolní činnost jsou nejvíce efektivní, když jsou plánovány a když se daří je rozšířit do celého zařízení. Představitelé vedení připravují obecně zpracovaný program, který zahrnuje všechna pracoviště a všechny činnosti spojené s kvalitou, jako jsou například kontrola kvality na klinických pracovištích či řízení rizik. Takto široce pojatý program je nezbytný ke zlepšení výsledků péče o klienta, protože klientovi jsou poskytovány služby na mnoha různých pracovištích a též různými skupinami zdravotnických i nezdravotnických pracovníků; program proto zahrnuje i obslužná pracoviště zařízení, která se na bezprostřední péči o klienty nepodílejí (údržba, technická doprava apod.). Program je systematický, protože využívá podobné procesy a znalosti k uskutečnění všech činností na poli zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb

Indikátory
standardu:

1. Vedoucí pracovníci zařízení všech úrovní řízení se účastní plánování a vyhodnocování programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
2. Zařízení má zpracován program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
3. Program zvyšování kvality a bezpečí je rozšířen do celého zařízení.

V zařízení probíhá interní auditní činnost, 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. Zároveň je tato činnost jedním ze zdrojů zpětné vazby (společně s hlášeními a indikátory kvality) pro následné stanovování priorit v rámci dalšího plánování.

Požadavek na to, aby interní auditní činnost byla plánovaná a dokumentovaná, naplní zařízení tím, že demonstruje písemně definované typy a kritéria (obvykle stanovená vnitřním předpisem) jednotlivých druhů interního auditu a také písemně předloží výsledky interního auditu a příklady opatření, která byla přijata na základě těchto zjištění. Předloží také informaci o tom, jak nakládá s výsledky externích auditů a dokumentuje kontrolu realizace přijatých opatření.

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 nepředpokládá povinnost externího proškolení interních auditorů, ale například i předložení postupu, podle kterého zařízení samo auditory školí.

Indikátory standardu:

1. V zařízení probíhá interní auditní činnost.
2. Interní auditní činnost je plánovaná a dokumentovaná.
3. Osoby pověřené interní auditní činností jsou k tomuto účelu školeny.
4. Interní audit probíhá v celém zařízení a zahrnuje všechny oblasti poskytovaných služeb.

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

Účel
a naplnění
standardu:

V zařízení, které usiluje o zvyšování kvality svých služeb, probíhá sběr a analýza objektivních dat o kvalitě (indikátorů kvality). Je na rozhodnutí řídicích a vedoucích klinických i neklinických pracovníků, které oblasti se rozhodnou sledovat pomocí objektivních dat. Není tedy předepsán ani počet indikátorů kvality, ani jejich spektrum. Způsob, jakým jsou definovány priority v oblasti sběru a analýzy dat, však musí zařízení zdůvodnit, tedy jasně vysvětlit, proč zvolila konkrétní spektrum sledovaných indikátorů, případně proč některé oblasti sledovány nejsou. Aby se mohlo sledování objektivních dat stát skutečně účinným nástrojem zvyšování kvality, musí být získané informace využívány pro další zlepšování. Zařízení tedy demonstruje, která rozhodnutí byla přijata na základě sledování dat o kvalitě a jakým způsobem se předávají výsledky těm pracovníkům, kterých se sledovaná data týkají.

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 zařízení 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 veškerému personálu.
5. Výsledky sběru a analýzy dat se využívají k trvalému zlepšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.

V zařízení je zaveden účinný proces sledování nežádoucích událostí¹.

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení, aby tento standard naplnilo, musí zavést systém hlášení, který je dostupný všem pracovníkům, takže kdokoli může informovat o postupu při výskytu rizika poškození klienta nebo jeho ohrožení apod. Zdravotnické zařízení dále musí zajistit, aby tento systém zajišťoval ochranu toho, kdo nežádoucí událost hlásí, před postihem za to, že hlášení provedl. Toho je možno dosáhnout důvěrností hlášení, například zavedením anonymizace hlášení, po jeho doručení na pracoviště zabývající se šetřením příčin nežádoucích událostí. Dále je nutno písemně definovat proces, jakým jsou tato hlášení zpracovávána, vyhodnocována a dále šetřena. včetně definice odpovědností a pravomocí osob, které tuto činnost vykonávají.

Zařízení by dále mělo být schopno demonstrovat, jakým způsobem pozitivně motivuje pracovníky, aby zajistilo co největší míru hlášených nežádoucích událostí, a též na příkladech vysvětlit, jakým způsobem využívá této cenné zpětné vazby k zajištění co nejvyšší míry bezpečí poskytovaných služeb.

Zavedený systém hlášení se nemusí omezovat jen na sledování nežádoucích událostí, které vedou k poškození klientů, nad rámec tohoto spektra zařízení pochopitelně může rovněž sledovat výskyt selhání provozních či organizačních událostí.

Indikátory
standardu:

1. V zařízení je zaveden účinný proces hlášení a analýzy nežádoucích událostí, v rámci tohoto procesu zařízení definuje, které události se považují za nežádoucí a definuje jejich závažnost s ohledem na riziko pro klienty, personál a další osoby.
2. Priority takového procesu definují řídicí pracovníci ve spolupráci s vedoucími klinických i neklinických provozů.
3. Závažné 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.

¹Nežádoucí událostí se rozumí poškození klienta nebo riziko tohoto poškození, způsobené činností zdravotnických a nezdravotnických pracovníků zařízení, nikoli onemocněním nebo poraněním klienta.

Zařízení má zaveden systém sledování spokojenosti klientů a účinný proces řešení stížností.

Účel
a naplnění
standardu:

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

Obě tyto formy zpětné vazby využívá zařízení ke kontinuálnímu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb. V případě stížností pak aktivně navazuje dialog se stěžovatelem a informuje jej o závěrech šetření jeho stížnosti.

K naplnění standardu musí zařízení zpracovat vnitřní předpis, který popisuje způsob evidence a řešení stížností klientů a ostatních osob. Vnitřní předpis musí obsahovat konkrétní termíny pro reakci na stížnosti a popis nepřetržitého přijímání ústních stížností.

Indikátory
standardu:

1. V zařízení se sbírají a pravidelně vyhodnocují data o spokojenosti klientů s poskytovanou zdravotní péčí.
2. Zařízení vnitřním předpisem stanoví proces řešení stížností, který stanoví postupy, termíny a odpovědné osoby; vnitřní předpis obsahuje popis postupu při přijímání ústních stížností (tento postup musí být funkční nepřetržitě).
3. Stížnosti jsou vyřizovány v souladu s vnitřním předpisem.
4. Výstupy šetření spokojenosti a stížností jsou pravidelně předkládány personálu a jsou využívány k trvalému zlepšování kvality a bezpečí péče o klienty.

Zařízení vytvoří pro všechny prováděné obory činnosti metodiku výběru, tvorby a sledování účinnosti standardních doporučených diagnostických, léčebných, ošetrovatelských a dalších postupů, kterou systematicky modernizuje a doplňuje.

Účel
a naplnění
standardu:

Snahou vedoucích pracovníků zařízení by mělo být standardizovat důležité postupy, které provádějí lékaři, sestry a další odborný zdravotnický personál.

Zařízení naplní standard tím, že uvede, zda poskytuje zdravotní péči v konkrétních oblastech podle již vytvořených doporučených postupů (například odborných společností národních či mezinárodních) nebo zda si takové postupy vytváří samo. Pokud se zařízení rozhodne vytvářet si vlastní doporučené postupy, má vypracovanou metodiku vytváření těchto postupů. Doporučené postupy respektují přiměřeně doporučení odborných společností a jsou v souladu s konkrétní situací v daném zařízení. Vytvořená doporučení zařízení pravidelně aktualizuje a doplňuje. Zdravotní péče poskytovaná v daném zařízení musí respektovat vytvořená doporučení.

Tento standard není možno interpretovat tak, že pro všechny postupy v zařízení jsou zpracovány doporučené postupy – je naplněn vytvořením výše uvedené metodiky. Obvyklý postup je vybrat ty činnosti, které se týkají více pracovišť v zařízení – například péče o klienty s diabetem, o klienty infekčně nemocné, postup při sebepoškození či agresivním chování –, nebo činnosti s velkou mírou rizika – například: rizika pádu na počátku nácviку stoje či chůze, náročný vyšetřovací nebo léčebný postup či jiné.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení vytvoří pro všechny obory své činnosti metodiku výběru, tvorby a sledování účinnosti standardních doporučených lékařských a nelékařských postupů.
2. Vytvořená doporučení jsou pravidelně aktualizována a doplňována.
3. Vytvořená doporučení jsou dodržována.
4. Dodržování těchto doporučení je součástí vnitřní kontroly a sběru dat o kvalitě poskytované péče.



Standardy diagnostické péče

Příslušně kvalifikovaný personál stanoví medicínské, ošetrovatelské, psychologické a sociální potreby každého klienta prováděné při jeho pobytu na oddělení, v časovém intervalu stanoveném vnitřním předpisem, a to v míře odpovídající charakteru oddělení.

Účel standardu:

Posuzované zařízení prokáže, že u každého klienta je od jeho přijetí k hospitalizaci v časovém intervalu, stanoveném vnitřním předpisem, provedeno a dokumentováno odpovídající komplexní či cílené lékařské vyšetření, ošetrovatelské vyšetření nebo vyšetření jiným pracovníkem a na jejich základě jsou stanoveny potreby zdravotních služeb pro klienta včetně psychosociálních.

Časový interval by měl být stanoven s ohledem na potreby klienta, nikoli podle typu pracoviště (nelze tedy např. stanovit, že u klientů v určitém typu zařízení se vyšetření provádí až po 24 hodinách – je nutno uvést, že u klientů v tomto typu zařízení, u kterých nejsou při přijetí přítomny specifikované symptomy, se určité vyšetření provede v intervalu delším, ale určeném). Rozsah stanovených vyšetření odpovídá spektru činností a služeb oddělení, do kterého je klient přijat. Přitom zařízení stanoví také „obecný“ rozsah vyšetření, který se vztahuje na všechna oddělení (viz standard 9).

Naplnění standardu:

Zařízení vytvoří vnitřní předpis, ve kterém stanoví rozsah vstupního lékařského a ošetrovatelského vyšetření v době do 24 hodin od přijetí a rozsah případných dalších vyšetření, která budou provedena do jasně určeného počtu pracovních dnů od přijetí, a to lékařem i dalšími pracovníky (fyzioterapeut, nutriční terapeut, zdravotně sociální pracovník atd.) jak po obsahové, tak po formální stránce. Zařízení stanoví časové intervaly pro stanovení kompletního plánu léčby a služeb tak, aby interval od přijetí klienta do stanovení kompletního plánu nepřestoupil 24 hodin, případně nepřestoupil další stanovené časové intervaly pro provedení jiných popsanych konkrétních vyšetření a postupů. Výjimky jsou možné jen v souladu s platnou legislativou.

Indikátory standardu:

1. Zařízení má vnitřní předpis, který ukládá časový interval pro stanovení medicínských, ošetrovatelských, psychologických a sociálních potřeb každého klienta přijatého k hospitalizaci.
2. Tento předpis obsahuje požadavky na kvalifikaci pracovníků, kteří potreby klientů stanovují.
3. Tento předpis může stanovit postup dle jednotlivých oddělení.
4. Tento předpis se v praxi dodržuje.

Každý hospitalizovaný klient bude mít po přijetí provedeno a řádně zdokumentováno kompletní vyšetření (anamnéza + fyzikální vyšetření) ošetřujícím lékařem, vstupní ošetřovatelské vyšetření ošetřující sestrou, případně vyšetření dalšími pracovníky, kteří se podílejí na péči o klienta, a to v časovém rozmezí stanovené vnitřním předpisem zařízení. Toto časové rozmezí odpovídá potřebám klientů daného zařízení

Účel
a naplnění
standardu:

Tento standard ukládá posuzovanému zařízení jednak popsat a stanovit rozsah vstupní anamnézy a vstupního fyzikálního vyšetření prováděných lékaři, ošetřovatelského vyšetření (ošetřovatelská anamnéza) prováděného sestrami a vyšetření prováděných dalšími pracovníky dle jednotlivých odborností, a jednak kontrolovat v praxi, zda se vyšetření takto provádí.

Standard se vztahuje na všechny klienty přijímané do daného zařízení, vyžaduje, aby zařízení stanovila rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření odebíraný u všech klientů přijímaných k hospitalizaci. Přitom standard připouští nestejný rozsah odebírané anamnézy a prováděného fyzikálního vyšetření a všech dalších vyšetření, je ale nutné, aby jak minimální rozsah platný pro všechny klienty zařízení, tak přesné rozsahy dle jednotlivých odborností byly vnitřním předpisem tohoto zařízení jasně upraveny.

Standard se vztahuje na všechny klienty přijímané do péče v daném zařízení, nerozlišuje mezi klienty přijímanými akutně a klienty objednanými k hospitalizaci.

Časový interval, do kterého je nejpozději nutné vstupní vyšetření provést, zařízení určí vnitřním předpisem a jeho délka reflektuje spektrum a intenzitu péče, které zařízení poskytuje, a potřeby konkrétních klientů.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení má vnitřní předpis, který ukládá rozsah všech předepsaných vyšetření klientů přijímaných k hospitalizaci a to jednotně pro celé zařízení nebo dle jednotlivých pracovišť. Tento předpis stanoví i rozsah posouzení potřeb jednotlivých klientů.
2. Tento předpis upravuje rozsah a formu dokumentace lékařského vyšetření, vyšetření prováděného sestrou a vyšetření prováděných dalšími pracovníky. Stanovený rozsah a forma dokumentace se v praxi dodržují.
3. Tento předpis stanoví interval, do kterého jsou lékař, sestra i další pracovníci povinni předepsaná vyšetření přijatého klienta provést a dokumentovat; stanovený interval je v praxi dodržován.

Každý ambulantní klient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno vstupní vyšetření (anamnéza + fyzikální vyšetření) a případně další medicínské, ošetrovatelské, psychologické a sociální potřeby, a to v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem.

Účel
a naplnění
standardu:

U ambulantně ošetrovaných klientů zařízení stanoví minimální rozsah vyšetření při 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. Časový interval vyšetření by měl být stanoven s ohledem na potřeby klienta, nikoli jen podle typu odbornosti pracoviště. Zařízení stanoví časové intervaly pro stanovení kompletního plánu ambulantní léčby a služeb tak, aby časový sled provádění těchto úkonů odpovídal potřebám klientů a byl v souladu s národní legislativou.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení má vnitřní předpis, který ukládá interval pro stanovení medicínských, ošetrovatelských, psychologických a sociálních potřeb každého klienta přijatého k ambulantní léčbě. Tento předpis obsahuje požadavky na kvalifikaci pracovníků, kteří potřeby klientů stanovují. Tento předpis může stanovit postup dle jednotlivých ambulantních pracovišť
2. Tento předpis se v praxi dodržuje.

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

Účel
a naplnění
standardu:

Základním dokumentem pro naplnění tohoto standardu je vnitřní předpis upravující vedení zdravotnické dokumentace. Standard nerozlišuje mezi dokumentací ambulantních a hospitalizovaných klientů, proto i vnitřní předpis musí pokrýt obě tyto skupiny. Standard se týká jak vyšetření lékařem, tak vyšetření pracovníky nelékařských zdravotnických profesí (např. sestra, fyzioterapeut, klinický psycholog, zdravotně sociální pracovník). Vnitřní předpis zařízení stanoví, jak bude dokumentace ukládána a jak budou prováděny zápisy do dokumentace.

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

Indikátory
standardu:

1. Zařízení vypracuje vnitřní předpis, který upravuje formální a věcnou náplň zdravotnické dokumentace.
2. Tento předpis se vztahuje jak na dokumentaci ambulantních, tak hospitalizovaných klientů.
3. Do dokumentace klientů nahlíží jen osoby uvedené v předpisu.
4. Do dokumentace klientů provádějí záznamy jen osoby uvedené v předpisu, a to způsobem předpisem stanoveným.
5. Dokumentace je vedena v souladu s předpisem.

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

Účel a naplnění standardu:

Zařízení tento standard naplní vypracováním vnitřního předpisu upravujícího vedení zdravotnické dokumentace. K naplnění standardu je nutno stanovit frekvenci a rozsah lékařských vizit a pravidelných záznamů ošetřovatelského personálu či jiných odborných zdravotnických pracovníků. Předpis stanoví obsah i formu zápisu do dokumentace klienta.

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

Indikátory standardu:

1. Zařízení ve vnitřním předpisu stanoví frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci klientů.
2. Tento předpis upravuje v souladu s místními podmínkami frekvenci a obsah zápisů všech profesních skupin, které o klienty pečují (lékaři, sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, kliničtí psychologové atp.), záznamy těchto osob jsou vedeny v souladu s vnitřním předpisem.
3. Zařízení vnitřním předpisem stanoví a dodržuje pravidla, na základě kterých ošetřovatelský nebo jiný personál jednoznačně posoudí nutnost vyšetření klienta lékařem mimo stanovený interval pravidelných vizit.
4. Tento předpis se dodržuje.
5. Dodržování tohoto předpisu se pravidelně vyhodnocuje.

Předání klientů mezi směnami, mezi pracovišti, druhy péče či při překladech do jiného zařízení je upraveno vnitřním předpisem s cílem zajistit jim standardní úroveň péče.

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení standard naplní tím, že stanoví pravidla pro veškeré typy předání klientů (mezi směnami v rámci jednoho pracoviště, mezi různými pracovišti téhož zařízení nebo do jiného zařízení). Tato pravidla upravují alespoň následující podmínky:

- a) Minimální požadavky na kompetence pracovníků, kteří klienta předávají/přebírají.
- b) Formu předání klientů (u lůžka, ústně a s dokumentací, pouze zápisem do dokumentace atd.).
- c) Obsah a formu zápisu do dokumentace klientů při předání.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení vnitřním předpisem upraví postup při předání klientů mezi směnami, mezi odděleními, druhy péče či při překladech do jiného zařízení.
2. Tento předpis stanoví formu a minimální obsah záznamů při předávání klientů a odborné kompetence předávajících a přebírajících pracovníků.
3. Tento předpis je v zařízení dodržován.

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

Účel
a naplnění
standardu:

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

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

Indikátory
standardu:

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

² Doporučený postup vyšetření před diagnostickými nebo léčebnými výkony operační a neoperační povahy s požadavkem anesteziologické péče (tzv. předanestetické vyšetření).

³ Doporučení sekce dětské anestezie a intenzivní medicíny při ČSARIM - vyšetření dětského klienta před výkonem v celkové anestezii.



Standardy péče o klienty

Pro každého klienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán léčebné a ošetrovatelské péče, případně plán diagnostický (pokud je tato činnost v náplni výkonů zařízení).

Účel
a naplnění
standardu:

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

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

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

Indikátory
standardu:

1. V dokumentaci klientů při přijetí je uveden plán léčebné a ošetrovatelské péče, příp. i plán diagnostický.
2. Tento plán se naplňuje, upravuje a vyhodnocuje v závislosti na vývoji zdravotního stavu klienta.

V dokumentaci každého klienta je pravidelně písemně vyhotovována epikríza s určením frekvence a s věcným obsahem, stanoveným pro každé oddělení.

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení upraví vnitřním předpisem (Standard 12) frekvenci, formu i rozsah zapisování epikríz do dokumentace klientů. Dle rozhodnutí managementu zařízení se může situace na jednotlivých pracovištích lišit – v rámci jednoho pracoviště ale musí být frekvence, forma i rozsah zapisování epikríz stejná. V tomto vnitřním předpise zařízení též stanoví, který lékař je za zápis epikrízy odpovědný (obvykle ošetřující lékař).

Indikátory
standardu:

1. Zařízení upraví vnitřním předpisem frekvenci, formu i rozsah zapisování epikríz do dokumentace klientů na jednotlivých pracovištích (odděleních, klinikách).
2. Tento vnitřní předpis je v souladu s platnou legislativou.
3. Tento předpis se dodržuje.

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

Účel
a naplnění
standardu:

Nelékařský zdravotnický personál poskytuje individualizovanou péči, aktivně vyhledává a uspokojuje biologické, psychické, sociální, spirituální a specifické potřeby klientů zařízení v péči o jejich zdraví.

Indikátory
standardu:

1. Ošetrovatelská péče je poskytována na základě ošetrovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení.
2. Hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu v zařízení je ošetrovatelský proces.
3. Zařízení má stanoven systém ošetrovatelské péče.
4. Stanovený systém se dodržuje.

U každého klienta jsou během anestézie a po ní monitorovány základní vitální funkce (v rozsahu určeném pro příslušné oddělení).

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení upraví vnitřním předpisem postup při podávání celkové anestézie. Tento předpis stanoví minimální rozsah vyšetření klienta anesteziologem před zahájením anestézie a způsob monitorování základních životních funkcí klientů během anestézie a po ní.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení upraví vnitřním předpisem postup při podávání celkové anestézie.
2. Tento předpis stanoví minimální rozsah vyšetření klienta anesteziologem před zahájením anestézie a způsob dokumentace tohoto vyšetření; pracovníci zařízení při poskytování zdravotní péče postupují v souladu s předpisem.
3. Tento předpis stanoví způsob monitorování základních životních funkcí během anestézie a po jejím skončení; pracovníci zařízení při poskytování zdravotní péče postupují v souladu s předpisem.

Zařízení upraví vnitřním předpisem postup při objednávání, skladování a likvidaci léčiv.

Účel
a naplnění
standardu:

Tento standard zařízení naplní, pokud stanoví přesné podmínky objednávání léčiv (například omezením okruhu osob oprávněných k hromadné preskripci – objednávky pro oddělení). Tyto podmínky se mohou týkat jen stanoveného okruhu léků určeného buď skupinově (ATC skupiny), či obecněji (například antibiotika určená k parenterálnímu podání), nebo cenovou hladinou.

Postup při objednávání léků zahrnuje řešení neobvyklých situací (zajištění léku obvykle neskladovaného v lékárně zařízení/příručním skladu; postup při zajištění nutného léku v mimopracovní době atp.).

Vnitřní předpis upravuje postupy u zvláštních skupin léčiv (návykové látky, cytotoxické látky) v souladu s platnou legislativou.

Postup při předepisování léčiv, včetně omezení jejich předepisování zvolené zařízením, by měl být pravidelně vyhodnocován a případně upravován. Předpis stanoví podmínky skladování léčiv v lékárně a na jednotlivých pracovištích, rozsah příslušné dokumentace a kontroly. Předepsaný postup při skladování léčiv by měl zahrnovat řešení neobvyklých situací (výpadky elektrického proudu, evidence teplot v chladničkách na pracovištích, kde není nepřetržitý provoz). Dále je vnitřním předpisem upraven postup pro likvidaci léčiv.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení upraví postup při objednávání, skladování a likvidaci léčiv, a to buď obecně, nebo pro stanovené skupiny léčiv.
2. Tento postup zahrnuje řešení neobvyklých situací při objednávání a skladování léčiv a při jejich likvidaci.
3. Tento postup se dodržuje.
4. Tento postup se pravidelně vyhodnocuje.

Zařízení má písemně vypracovanou metodu upravující podávání léčiv u hospitalizovaných klientů. V zařízení je vypracovaná metodika, která obsahuje kvalifikační požadavky na personál podávající léčiva.

Účel a naplnění standardu:

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

Součástí vnitřního předpisu je dále úprava předepisování (ordinování) léčiv a úprava postupu při jejich podávání.

Předpis stanoví, kteří lékaři jsou oprávněni léčiva ordinovat (možno např. omezit předepisování návykových látek na určitou kompetenci), zda jsou oprávněni ordinovat léčiva i lékaři, kteří jsou v příslušném zařízení na stáži. Předpis dále stanoví, které osoby jsou oprávněny léčiva klientům podávat a jaké jsou požadavky na jejich odbornou či specializovanou způsobilost; přitom lze specificky upravit podávání některých skupin léčiv (opiáty) či podávání léků některým skupinám klientů (děti, zmatení senioři, psychiatričtí klienti). 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 léčiv, který není uveden v SPC (Summary Product Content = souhrn údajů o přípravku), např. drcení a pülění tablet, které by bylo v rozporu s SPC.

Indikátory standardu:

1. Zařízení má vypracovaný vnitřní předpis upravující postupy při předepisování a podávání léků.
2. Pouze osoby uvedené v předpisu ordinují klientům léčiva.
3. Zařízení stanoví postup při hlášení nežádoucích účinků léčiv.
4. Tento postup se dodržuje.

V dokumentaci klienta jsou zaznamenána předepsaná a podaná léčiva.

Účel
a naplnění
standardu:

Ve zdravotnické dokumentaci každého klienta, který dostává jakoukoliv medikaci, je uvedeno, která léčiva dostává, jejich dávkování, způsob podání a frekvence podávání včetně léčiv podávaných podmíněně (např. „při bolesti“, „při dušnosti“). Zařízení stanoví vnitřním předpisem přijatelnost ústních nebo telefonických ordinací a postup při těchto ordinacích.

Indikátory
standardu:

1. V dokumentaci každého klienta je lékařem uvedena ordinace léčiv.
2. Podání každé dávky léčiva je zaznamenáno v dokumentaci klienta.
3. Záznam o podané medikaci je součástí chorobopisu klienta.

Klientům s poruchou výživy zařízení multidisciplinárně zajišťuje nutriční léčbu. Efekt nutriční léčby na klienta se zaznamenává do jeho dokumentace.

Účel
a naplnění
standardu:

Při vstupním vyšetření se identifikují ti klienti, kteří jsou v nutričním riziku. Tito klienti jsou dále vyšetřeni nutričním specialistou nebo jinou odborně způsobilou osobou. Pokud se podezření z nutričního rizika potvrdí, zahájí se nutriční léčba, která se plánuje, dokumentuje a průběžně vyhodnocuje. Na plánování, zajišťování a vyhodnocování nutriční léčby spolupracují lékaři, ošetřovatelský personál, nutriční terapeut, klient a, je-li to na místě, i klientovi blízcí.

Indikátory
standardu:

1. U každého klienta se na začátku hospitalizace a dále v pravidelných intervalech stanovených vnitřním předpisem hodnotí jeho nutriční stav.
2. Klientům, u kterých je identifikováno nutriční riziko, se zajistí adekvátní nutriční léčba.
3. Plánování, zajišťování a sledování efektu nutriční léčby probíhá multidisciplinárně.
4. Poskytnutá nutriční léčba se dokumentuje v dokumentaci klienta.

Zařízení upraví vnitřním předpisem postup při použití bezplatných vzorků léčiv a užívání jakýchkoliv léčiv donesených do zařízení klienty nebo jejich blízkými.

Účel
a naplnění
standardu:

K účelné kontrole procesu užívání léčiv v zařízení je třeba vědět, zda se užívají léčiva z jiných zdrojů, než je standardní způsob jejich dodávky na pracoviště. Ošetřující lékaři vědí, jaká léčiva si klienti nebo jejich blízcí přinášejí s sebou do zařízení a pokud jejich užívání schválí, zaznamenají je do dokumentace. Pokud klient užívá některá léčiva sám (obvykle tzv. „SOS léčiva“), ví o tom jeho ošetřující lékař a zaznamená tento fakt do dokumentace. Součástí dokumentace je i záznam o mimořádném užití léků, které si klient bez konzultace vzal. Sestra kontroluje místo uložení léků, které má klient u sebe, včetně jejich expirace a provádí o tom zápis. Součástí tohoto postupu je i odpovídající edukace klienta, dokumentovaná písemně včetně podpisu klienta.

Zařízení kontroluje užívání bezplatně dodávaných vzorků léčiv v souladu s platnou legislativou.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení upraví vnitřním předpisem postup při užívání léčiv klienty samotnými a evidenci a případné užívání léčiv, které s sebou do zařízení přinášejí klienti.
2. Zařízení upraví v souladu s platnou legislativou vnitřním předpisem užívání bezplatných vzorků léčiv.
3. Zařízení tento předpis dodržuje.

Zařízení specifikuje vybavení jednotlivých oddělení přístroji, léčivy a pomůckami pro urgentní stavy. Pracovníci zařízení jsou školeni k podávání léčiv a užívání přístrojů a pomůcek neodkladné péče. Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na odděleních, počet balení a expirační dobu léků kontroluje pověřený pracovník minimálně jedenkrát měsíčně a o provedené kontrole učiní zápis.

Účel
a naplnění
standardu:

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

Zařízení dále upraví rozsah a frekvenci proškolení jednotlivých skupin personálu v KPR. Toto proškolení se vždy týká zdravotnického personálu a dle rozhodnutí vedení i zařízení i dalších zaměstnanců.

Zvláštní pozornost je věnována včasnému proškolení nově nastoupivších zaměstnanců.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení má vnitřní předpis, kterým upraví vybavení jednotlivých oddělení přístroji, pomůckami a léčivy k neodkladné KPR, praxe v zařízení je v souladu s předpisem.
2. Zařízení stanoví rozsah a frekvenci školení jednotlivých skupin personálu v KPR.
3. Pracovníci jsou proškoleni v KPR podle požadavků vnitřního předpisu.
4. Léčiva a pomůcky pro neodkladnou péči jsou trvale dosažitelná na odděleních, počet balení léčiv a jejich expirační doby a funkčnost a expirační doby pomůcek kontroluje pověřený pracovník minimálně jedenkrát měsíčně a o provedené kontrole učiní zápis.
5. Zařízení zajistí dostupnost KPR pro klienty, pracovníky a další osoby ve všech svých prostorách.

Zařízení má vypracován standard podávání stravy klientům. Strava pro klienty se podává bezpečným, přesným, včasným a pro klienty přijatelným způsobem stanoveným pro každé pracoviště a schváleným nutričním terapeutem.

Účel a naplnění standardu:

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

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

Předpis dále popisuje úlohu jednotlivých pracovníků a z toho vyplývající odpovědnost za konkrétní činnosti v procesu objednávání a podávání stravy klientům včetně činnosti nutričního terapeuta v systému zajištění léčebné výživy pro klienty a jeho pravomocí při zaškolení ošetrovatelského personálu a edukaci klienta a jeho blízkých.

Předpis upravuje postup při volbě jiné než standardní stravy a v případě, že klient stravu odmítá.

Indikátory standardu:

1. Zařízení má vypracovaný vnitřní předpis upravující postup při objednávání a podávání stravy klientům.
2. Tento předpis určuje, které osoby jsou odpovědné za ordinaci stravy klientům a za její podávání a kontrolu stravovacího režimu klientů a osoby rozhodující o formě a skladbě stravy v souladu s ordinací lékaře (nutriční terapeuti).
3. Tento předpis obsahuje aktuální seznam používaných diet s jejich slovní a nutriční charakteristikou.
4. Tento předpis upravuje postup při méně obvyklých situacích (potřeba speciální diety v mimopracovní době apod.).
5. Tento předpis se v zařízení dodržuje.

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

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení upraví vnitřním předpisem (samostatným, nebo tím, který je uveden u standardu č. 28) postup při přípravě, skladování, distribuci a vydávání potravy a výživových produktů včetně stanovení konkrétní odpovědnosti jednotlivých pracovníků.

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

Veškeré uvedené kroky jsou v souladu s národní legislativou.

Indikátory
standardu:

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

Pracovníci připravující stravu pro klienty jsou zaškoleni. Každý klient dostává jídlo podle potřeb odpovídající jeho klinickému stavu.

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení prokáže odpovídající zaškolení pracovníků připravujících stravu, a to včetně osob, které stravu převážejí a které klientům na lůžkových ošetrovacích jednotkách stravu bezprostředně podávají. Toto se týká i osob, které nejsou zaměstnanci zařízení (dodavatelé, studenti, stážisté).

Pokud v zařízení existuje nabídka stravy pro klienty nad rámec stravy standardně podávané, tato strava odpovídá dle možností požadavkům na dietní stravování konkrétních klientů. Dle místních možností zařízení poskytuje stravu odpovídající stravovacím zvyklostem a spirituálním hodnotám klientů.

Všichni pracovníci, kteří se podílejí na přípravě a podávání stravy, používají předepsané ochranné pomůcky.

Indikátory
standardu:

1. Všichni pracovníci i ostatní osoby, které se podílejí na přípravě stravy pro klienty včetně osob, které stravu převážejí a které klientům stravu podávají, jsou odpovídajícím způsobem opakovaně zaškoleni.
2. O rozsahu těchto školení a o jejich provedení existuje písemný záznam.
3. Klienti dostávají stravu, která odpovídá jejich zdravotnímu stavu a nutričním potřebám.
4. Pokud to místní podmínky umožňují, poskytuje zařízení stravu odpovídající stravovacím zvyklostem a spirituálním hodnotám klientů.

Jídlo a nápoje, které si přinese klient nebo jeho rodina, by měly odpovídat dietě stanovené lékařem a jsou bezpečně skladovány. Klient je prokazatelně poučen o správném stravování s ohledem na svůj zdravotní stav a o uchovávání přinesené stravy na konkrétním oddělení.

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení upraví (nejlépe v provozních řádech jednotlivých pracovišť) způsob skladování stravy donesené klienty nebo jejich blízkými. Tato úprava uplatní principy bezpečného skladování potravin a musí vyloučit skladování nevhodných potravin (například potraviny s prošlou záruční lhůtou, potraviny s viditelnou vadou). Součástí této úpravy je povinnost srozumitelnou formou poskytnout klientům, případně jejich blízkým jednoznačnou a obecnou informaci o vhodnosti či nevhodnosti některých pokrmů a potravin a podmínkách jejich uskladnění v zařízení, a dále postup pracovníků zařízení při poučení klientů (resp. jejich blízkých) o druzích potravin, které je možno v zařízení skladovat, i o omezeních uplatňovaných na problematické potraviny.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení upraví postup při skladování potravin donesených klienty nebo jejich blízkými.
2. Tento postup upravuje způsob kontroly potravin pracovníky zařízení z hlediska dietních omezení klienta stanovených lékařem a proces vyřazování problematických potravin.
3. Stanovený postup se v zařízení dodržuje.

Zdravotní stav personálu v kuchyni se sleduje podle platných předpisů.

Účel
a naplnění
standardu:

V souladu s platnou legislativou zajistí zařízení vstupní a průběžná vyšetření pracovníků podílejících se na přípravě stravy, přitom stanoví intervaly zdravotních prohlídek těchto osob minimálně jedenkrát ročně.

Pokud jsou některé činnosti zajišťované dodavatelsky, zařízení má k dispozici zprávu o vyšetření dotyčných osob od svého dodavatele nebo má zajištění těchto vyšetření upraveno ve smlouvě s dodavatelem.

Indikátory
standardu:

1. Zdravotní stav osob podílejících se na přípravě stravy se pravidelně kontroluje.
2. O provedených kontrolách a o jejich výsledku existují záznamy.

Organizace a dostupnost laboratorních služeb odpovídá potřebám klientů a požadavkům národní legislativy, podzákoných norem a národních či odborných standardů zařízení.

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení naplní tento standard, pokud organizace provozu v jejích laboratořích nebo v laboratořích, s nimiž má smlouvu, respektuje národní i oborovou legislativu. Zařízení má k dispozici přehled všech laboratorních vyšetření poskytovaných klientům – tedy nikoli pouze přehled vyšetření zajišťovaných vlastními laboratořemi včetně informace o požadavcích na preanalytickou fázi, referenčních hodnot a dostupnosti výsledků vyšetření v různých režimech (statim/standard). Zařízení doloží existenci systému řízení kvality v laboratoři.

Indikátory
standardu:

1. Laboratorní služby jsou poskytovány v souladu s požadavky národní legislativy, podzákoných norem a národních či odborných standardů zařízení.
2. Pro klienty zařízení jsou k dispozici přiměřené, vhodné a pravidelně poskytované laboratorní služby.
3. Zařízení zpracovává přehled všech laboratorních vyšetření standardně poskytovaných klientům včetně vyšetření poskytovaných externími laboratořemi.
4. Zařízení stanoví spektrum kritických hodnot laboratorních vyšetření a způsob jejich hlášení odesílajícímu pracovišti.
5. V laboratoři existuje systém řízení kvality.

Organizace a dostupnost radiodiagnostických služeb a zobrazovacích vyšetření odpovídá potřebám klientů a požadavkům národní legislativy, podzákonných norem a národních či odborných standardů zařízení.

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení naplní tento standard vypracováním a zveřejněním spektra standardně prováděných zobrazovacích vyšetření poskytovaných klientům a odpovídajícím zajištěním dostupnosti jejich výsledků.

Zařízení má k dispozici výsledky proběhlých 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, podzákonných norem a národních či odborných standardů zařízení.
2. Zařízení vypracuje přehled standardně zajišťovaných zobrazovacích vyšetření včetně vyšetření zajišťovaných extramurálně.
3. Zařízení stanoví časový interval dostupnosti výsledků vyšetření.
4. Stanovený interval se dodržuje.



Standardy kontinuity zdravotnických služeb

Zařízení stanoví a realizuje postup pro zajištění kontinuity zdravotnických služeb klientům a pro zajištění koordinace činnosti zdravotnických pracovníků.

Účel a naplnění standardu:

Na péči o klienta se v průběhu jeho pobytu v zařízení od přijetí do propuštění či do překlada může podílet řada oddělení a zaměstnanců. V průběhu procesu poskytování zdravotnických služeb se zajišťuje uspokojování potřeb klienta pomocí zdrojů v rámci zařízení a v případě potřeby i mimo toto zařízení.

Při zajišťování kontinuity péče je významným faktorem koordinace konziliárních služeb. Zařízení vnitřním předpisem upraví spektrum a dostupnost konziliárních služeb pro klienty, a to jak z vnitřních zdrojů, tak zajišťovaných externě. Součástí předpisu je definice různých režimů dostupnosti (statim/standard) podle odbornosti konziliáře a popis toho, jak se stanoví kompetence lékaře provádět konziliární služby.

Indikátory standardu:

1. Zařízení vytvoří a zavede postupy, které zajišťují návaznost a koordinaci poskytované zdravotní péče v rámci zařízení.
2. Zařízení upraví vnitřním předpisem organizaci konziliárních služeb v rámci své činnosti. Tento předpis se dodržuje.
3. Překlady klientů mezi jednotlivými pracovišti zařízení se řídí stanovenými kritérii.
4. Je zajištěna návaznost a koordinace jednotlivých činností při poskytování zdravotní péče klientům.
5. Klient je seznámen s návazností a koordinací jednotlivých činností.

Zařízení při poskytování zdravotních služeb odstraňuje mechanické, jazykové, kulturní a ostatní bariéry bránící dostupnosti zdravotní péče či jejímu vlastnímu poskytování.

Účel
a naplnění
standardu:

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

Indikátory
standardu:

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

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

Účel
a naplnění
standardu:

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

Zařízení tyto informace poskytne jednoduchým a srozumitelným způsobem. Informace se podávají písemně, a to způsobem, který je pro klienta nejsnáze srozumitelný.

Indikátory
standardu:

1. Informace o další péči se podávají srozumitelnou formou a srozumitelným způsobem.
2. Součástí informací jsou pokyny pro případné ambulantní sledování v zařízení.
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.
5. Součástí informací je rozpis léčiv, která má klient po propuštění užívat s uvedením názvů léčiv a dávkování.

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

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení naplní tento standard, když ve vnitřním předpise (nejlépe v tom, který obecně upravuje vedení zdravotnické dokumentace) upraví obsahové a formální náležitosti propouštěcí zprávy vydávané propouštěným klientům. V tomto předpise uvede interval, ve kterém se definitivní zpráva vyhotoví a pokud není vyhotovena při propouštění klientů, stanoví se náležitosti předběžné propouštěcí zprávy, kterou klient musí být při propuštění vždy vybaven.

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

Součástí tohoto předpisu jsou také obsahové a formální náležitosti ošetrovatelské překladové zprávy, pokud tato není součástí celkové propouštěcí zprávy. Viz též standard č. 65.

Indikátory
standardu:

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

Zdravotní stav klientů, kteří jsou převáženi do jiného zdravotnického zařízení, je před transportem stabilizován. Výjimkou jsou urgentní stavy při převozu k akutní, život zachraňující léčbě. Když jsou klienti překládáni do jiného zařízení, pak s potvrzením tohoto zařízení, že klienta přijme; toto potvrzení bude zajištěno ještě před vlastním transportem (výjimku tvoří uvedené případy bezprostředního nebezpečí z prodlení). Dokumentace musí být jednoznačná a musí obsahovat popis, jak a proč se klient do zařízení dostal a co bylo obsahem nemocniční péče, případná doporučení pro přebírajícího lékaře, odhad prognózy s předpokladem kvality života klienta.

Účel
a naplnění
standardu:

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

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

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

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

Indikátory
standardu:

1. Zařízení upraví vnitřním předpisem postup při překladu klienta do jiného zdravotnického zařízení.
2. Tento předpis obsahuje povinnost překlad klienta dojednat předem, tato povinnost se dodržuje.
3. Tento předpis stanoví překládajícímu lékaři povinnost indikovat podmínky transportu klienta, tato povinnost se dodržuje.
4. Tento předpis stanoví formální a obsahové náležitosti lékařské i ošetřovatelské překladové zprávy, kde musí být vždy uvedeno, jaká byla indikace k přijetí do překládajícího zařízení, průběh hospitalizace, důvod překladu, další doporučení a odhad prognózy, tato povinnost se dodržuje.

Zařízení spolupracuje s ambulantními zdravotnickými zařízeními, s lékaři primární péče, s odpovídajícími zařízeními sociálních služeb a agenturami domácí péče v místě bydliště klienta, případně s dalšími vhodnými organizacemi s cílem zajistit svým klientům včas a správně další odpovídající služby.

Účel
a naplnění
standardu:

Odeslání klienta do péče ambulantního či lůžkového zdravotnického zařízení nebo jiné instituce musí být plánováno. Zařízení se seznámí se spektrem zdravotnických zařízení ve své spádové oblasti a s tím, jaké druhy a formy zdravotní péče tato zařízení poskytují a o jaké skupiny klientů pečují. S těmito zdravotnickými, sociálními, případně dalšími institucemi naváže formální nebo neformální vztahy. Pokud do zařízení přichází klient z jiného spádového území, při propouštění se zařízení pokusí zajistit mu další potřebnou péči v území, odkud přišel.

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

Indikátory
standardu:

1. Při propuštění klienta se posuzuje jeho potřeba další lékařské péče a podpůrné péče.
2. Zařízení se seznámí se spektrem zdravotnických zařízení ve spádovém území.
3. Při doporučování další péče se využívá služeb zařízení v okolí klientova bydliště, pokud je to možné.
4. Pokud je to možné, zajišťuje se pro klienty podpůrná péče.



Standardy dodržování práv klientů

Každý klient je při přijetí do zařízení vhodnou formou seznámen se svými právy. O tomto seznámení je proveden zápis do klientovy dokumentace.

Účel
a naplnění
standardu:

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

Vnitřní předpis o odebrání informovaného souhlasu upravuje minimálně:

- a) určení pracovníka, který za informování klienta odpovídá;
- b) pravidla přijímání klienta k hospitalizaci bez jeho souhlasu;
- c) povinnost informující osoby učinit o informování klienta záznam do jeho dokumentace;
- d) postup při informování klientů, kteří neovládají český jazyk, či klientů s komunikačními bariérami.

Obligatorií součástí poučení jsou následující informace:

- e) informace o právu klienta na soukromí v průběhu celého procesu poskytování zdravotní péče;
- f) informace o právu na uspokojení spirituálních potřeb;
- g) informace o právu na poskytování péče s ohledem na příslušný tělesný, smyslový či mentální handicap;
- h) poučení o právu na informace o zdravotním stavu klienta;
- i) informace o právu na léčbu bolesti;
- j) informace o právu podílet se na rozhodování o poskytované zdravotní péči.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení stanoví postup vedoucí k seznámení klienta s jeho právy, který vždy obsahuje úpravu alespoň postupů stanovených v účelu standardu, v písm. a) – d).
2. Tento postup dále vždy upravuje alespoň oblasti uvedené v účelu standardu, v písm. e) – j).
3. Tento postup se v zařízení dodržuje.

Informovaný souhlas klientů se odebrává v souladu s postupem, který zařízení stanoví vnitřním předpisem. Informovaný souhlas s klienty sepisuje příslušně způsobilý pracovník.

Účel
a naplnění
standardu:

K nejvýznamnějším nástrojům k zajištění účasti klientů na rozhodování o poskytnuté zdravotní péči, patří informovaný souhlas. Aby klient 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 klienta do zařízení (obecný souhlas s přijetím) či před jednotlivými výkony s vysokou mírou rizika. Zařízení přesně stanoví vnitřním předpisem postup při získávání informovaného souhlasu, přičemž tento postup musí být v souladu se zákony a podzákonnými normami. Zařízení stanoví spektrum výkonů, u kterých je nutno informovaný souhlas odebrat v písemné podobě.

Indikátory
standardu:

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

Klienti 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.

Účel
a naplnění
standardu:

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

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

Pracovníci zařízení sdělí klientovi jméno lékaře (resp. jiného zdravotnického pracovníka), který má primární odpovědnost za léčbu, která bude klientovi poskytnuta.

Indikátory
standardu:

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

Péče je poskytována způsobem, který respektuje soukromí klientů.

Účel
a naplnění
standardu:

Respekt ke klientovu soukromí zejména v průběhu vyšetřovacích a léčebných výkonů je velmi důležitý. Klienti mohou vyžadovat soukromí s ohledem na další zaměstnance zařízení, na jiné klienty či dokonce na své rodinné příslušníky. Pracovníci znají potřebu soukromí u svých klientů a respektují ji.

Indikátory
standardu:

1. Pracovníci znají potřebu soukromí klientů zařízení.
2. Klienti a jejich blízcí jsou informováni o právu na soukromí.
3. Při všech diagnostických i léčebných postupech je respektována klientova potřeba soukromí.

Zařízení respektuje přání klienta podílet se na spirituálních, společenských nebo jiných aktivitách nebo se na nich nepodílet.

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení respektuje rozhodnutí klienta podílet se na spirituálních, společenských či jiných aktivitách, nebo se na nich nepodílet. I pro mentálně postižené klienty mohou být náboženské aktivity významné, nebo je mohou alespoň oslovovat. Zařízení podporuje náboženské aktivity klientů, pravidelná spirituální péče a duchovní služby jsou nedílnou součástí provozu. K uspokojování spirituálních potřeb klientů se využívá spolupráce s jejich blízkými a přáteli.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení respektuje rozhodnutí klientů podílet se na spirituálních, společenských, případně jiných aktivitách.
2. Zařízení respektuje rozhodnutí klientů nepodílet se na spirituálních, společenských, případně jiných aktivitách.

U každého klienta jsou posouzeny potřeby edukace a je o tom učiněn záznam do zdravotnické dokumentace.

Účel
a naplnění
standardu:

Edukace klientů je významným nástrojem, jak je aktivně zapojit do procesu poskytování zdravotní péče. Zařízení tento standard naplní, když vypracuje postup hodnocení potřeby edukace, rozsahu a způsobu vlastní edukace a postup při dokumentaci prováděné edukace. Hodnocením potřeby edukace se rozumí zhodnocení toho, zda klient má dostatek informací týkajících se jeho aktuálního zdravotního stavu, či zda je nutné (například při konkrétní plánované léčbě) naplánovat edukační program. Tento postup stanoví, kteří pracovníci edukaci provádějí.

Indikátory
standardu:

1. Hodnotí se potřeba edukace u klienta a jeho blízkých.
2. Uvedené hodnocení se zaznamenává do dokumentace klienta.
3. Proces edukace klienta se zaznamenává jednotným způsobem.
4. Klienti a jejich blízcí jsou poučeni o postupu při poskytování informovaného souhlasu, pokud je to na místě.
5. Klienti a jejich blízcí jsou poučováni o svém podílu na rozhodování a poskytování zdravotní péče.
6. Klienti jsou informováni o svém zdravotním stavu a mají právo (nikoli povinnost) určit další osobu, která může být informována o jejich zdravotním stavu.
7. Klienti a jejich blízcí jsou informováni o dietních omezeních klienta, pokud je to na místě, a o svém možném podílu na rozšíření a zkvalitnění jídelníčku klienta.

Použití omezovacích prostředků u klienta zařízením je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti klienta a s ohledem na právní řád ČR.

Účel
a naplnění
standardu:

Tento standard se vztahuje na používání omezovacích prostředků i na farmakologické zklidnění (omezení) klientů pro neklid či agresivitu ohrožující je samotné nebo další osoby. K naplnění tohoto standardu zařízení vypracuje vnitřní předpis, který stanoví indikace k omezení klientů, formu indikace tohoto omezení s tím, že se jedná o výlučnou pravomoc lékaře (s výjimkou nezbytně nutné doby mechanického omezení klientů, kteří jsou bezprostředně nebezpeční sobě nebo svému okolí). Předpis dále stanoví, jaký je rozsah a frekvence lékařského a ošetrovatelského vyšetření klientů před použitím omezovacích prostředků, během něho a po jeho skončení a jakou formou se průběh použití omezovacích prostředků či farmakologického zklidnění zaznamenává do dokumentace klientů.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení má vypracovaný vnitřní předpis, který upravuje postup při použití omezovacích prostředků a farmakologického zklidnění klientů.
2. Tento předpis stanoví indikace mechanického či farmakologického omezení klientů.
3. Tento předpis stanoví formu a rozsah vyšetření klientů před použitím omezovacích prostředků (farmakologického zklidnění), v jeho průběhu a po něm. Provedená vyšetření jsou v souladu s předpisem.
4. Tento předpis stanoví způsob dokumentace použití omezovacích prostředků či farmakologického zklidnění klientů. Dokumentace klientů je v souladu s předpisem.
5. Tento postup se v zařízení dodržuje.



Standardy podmínek poskytované péče

Vedení zařízení dodržuje obecně závazné předpisy – národní a oborovou legislativu.

Účel
a naplnění
standardu:

Vedení zařízení zajišťuje bezpečné prostředí pro klienty, personál a ostatní osoby, provádí opatření v rámci prevence nehod a poranění, minimalizuje a kontroluje možná nebezpečí a rizika. V návaznosti na standard číslo 55 naplní zařízení tento standard, pokud prokáže, že má funkční systém zapracování obecné a oborové legislativy do svých vnitřních předpisů zařízení a že se příslušná legislativa dodržuje.

Všechny osoby, které se podílejí na činnosti zařízení, musí být označeny identifikací, která je srozumitelná pro klienty (obvykle jmenovka).

Pokud jakoukoli činnost v zařízení vykonávají pracovníci externích firem, musí být prokazatelně proškoleni o specifikách činnosti v zařízení a jiných souvisejících okolnostech včetně bezpečnosti práce apod.

Indikátory
standardu:

1. Pracovníci zařízení znají a dodržují obecně závazné předpisy i oborovou legislativu.
2. Pracovníci zařízení a ostatní osoby podílející se na činnosti zařízení jsou identifikováni způsobem srozumitelným pro klienty.
3. Pravidelně jsou prováděny bezpečnostní audity všech pracovišť, tato činnost je dokumentována.
4. Je vedena evidence nehod a poranění včetně následné analýzy a eventuálně přijatých nápravných opatření.

Zařízení je uspořádáno ve shodě s příslušnými stavebními a hygienickými předpisy (ČSN) a registruje seznam provozů, které aktuálním normám z mimořádných důvodů nevyhovují.

Účel
a naplnění
standardu:

K naplnění tohoto standardu zařízení předloží zřizovací listinu/statut, příslušné podklady k registraci a výsledky proběhlých kontrol orgánů veřejného zdraví.

Pokud některé z pracovišť nevyhovuje stavebním či hygienickým předpisům, předloží zařízení při zahájení akreditačního šetření seznam těchto nedostatků i s plánem nápravy. Přitom nelze akceptovat nedostatky, které bezprostředně ohrožují klienty, pracovníky zařízení či jiné osoby, nebo brání provozu zařízení.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení předloží zřizovací listinu/statut a dle místních podmínek doklady nutné k registraci
2. Zařízení předloží výsledky proběhlých kontrol a záznamy o jejich řešení.
3. Pokud některé z pracovišť nevyhovuje stavebním či hygienickým předpisům, předloží zařízení při zahájení akreditačního šetření seznam těchto nedostatků i s plánem nápravných opatření.

V zařízení se pravidelně kontroluje dodržování stavu protipožární ochrany v souladu s příslušnou legislativou.

Účel
a naplnění
standardu:

K naplnění tohoto standardu předloží zařízení požární a evakuační řád, výsledky proběhlých kontrol státního požárního dozoru a záznamy o řešení případných nedostatků.

V uzavřených prostorách zařízení platí zákaz kouření v souladu s příslušnou legislativou.

S ohledem na strukturu zařízení jsou stanoveny výjimky.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení má aktualizovaný požární a evakuační řád a řídí se jím.
2. V případě nálezu nedostatků při kontrolách státního požárního dozoru zajistila zařízení jejich odstranění.
3. Zařízení má v souladu s platnou legislativou zavedeny zásady k vyloučení kouření pracovníků, klientů a ostatních osob a řídí se jimi.

Pracovníci jsou seznámeni s řešením požárních a jiných havarijních situací v zařízení. Tyto znalosti jsou pravidelně prověřovány včetně praktického nácviku.

Účel a naplnění standardu:

Pro zajištění bezpečí klientů, dalších návštěvníků a pracovníků zařízení musí zařízení naplňovat předpisy v oblasti požární ochrany a evakuace i při dalších havarijních situacích, které mohou vzniknout.

Pro efektivní průběh evakuace je nezbytné označení únikových cest, evakuačních výtahů (pokud v zařízení jsou) a průchodnost evakuačních cest.

Zařízení musí zajistit pravidelné revize nebo kontroly protipožárních zařízení (hasicí přístroje, hydranty, elektrické požární signalizace, požární klapky atd.), které vyplývají z požárních zpráv jednotlivých objektů.

Zařízení provádí vstupní a periodická školení, týkající se řešení požárních a dalších havarijních situací v zařízení včetně testu v intervalech stanovených vnitřním předpisem.

Pravidelně jednou ročně probíhá nácvik evakuace a zařízení předloží záznam z tohoto nácviku.

Indikátory standardu:

1. Zařízení má vypracovány vnitřní předpisy upravující řešení požárních a dalších havarijních situací (např. požární, havarijní, evakuační řád, školení zaměstnanců atd.).
2. Personál zná své povinnosti v případě požáru, zakouření či při nutné evakuaci zařízení.
3. Zařízení má záznamy o proškolení personálu v souladu s vnitřním předpisem, včetně testů.
4. Evakuační plán je prakticky prověřován nejméně jednou ročně a je o tom veden záznam.
5. Pokud jsou některé činnosti v zařízení prováděny dodavatelem, jsou příslušné osoby proškoleny dodavatelem na základě smluvní podmínky ze strany zařízení.
6. Zařízení má záznamy o pravidelných revizích nebo kontrolách protipožárních zařízení.

Standard 49:

Zařízení má náhradní elektrický zdroj nebo zdroje, a to minimálně pro jednotky intenzivní péče, a pro případné prostory, kde jsou prováděny diagnostické či léčebné výkony s vyšší mírou rizika.

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení prokáže existenci náhradního zdroje, záznamy o kontrolním spuštění a je schopno na výzvu náhradní zdroj provoznit.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení má funkční náhradní zdroj elektrické energie minimálně v určených objektech a pracovištích.
2. Tento zdroj je pravidelně kontrolován.
3. O provedených kontrolách existují záznamy.

Zařízení stanoví vnitřním předpisem plán preventivních prohlídek zdravotnické techniky. Plán musí být v souladu s platnou legislativou.

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení naplní tento standard předložením plánu preventivních prohlídek, kontrol nebo kalibrací zdravotnických prostředků a měřidel. Při akreditačním šetření se kontroluje přítomnost inventárních čísel na jednotlivých přístrojích, dostupnost návodů k obsluze na pracovišti a záznamy o zaškolení personálu. Dále se proěřuje naplňování plánu preventivních prohlídek, záznamy o použitých přístrojích třídy II b a III dle zákona č. 123/2000 Sb., ve zdravotnické dokumentaci a dodržování postupu při nežádoucích událostech v souvislosti s používáním zdravotnických prostředků.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení má plán preventivních prohlídek, kontrol a kalibrací zdravotnické techniky a měřidel.
2. Tento plán se v praxi dodržuje.
3. Zařízení vede záznamy o zaškolení osob pracujících se zdravotnickou technikou.
4. Zdravotnická dokumentace obsahuje záznamy o použité zdravotnické technice dle legislativních požadavků.
5. U stanovených přístrojů se vede provozní deník, u přístroje je k dispozici aktualizovaný seznam zaškolených pracovníků.
6. Zařízení dodržuje postup při nežádoucích událostech.



Standardy managementu

Ředitel zařízení vydává organizační řád, ve kterém jasně definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti a rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení.

Účel a naplnění standardu:

Struktura zařízení, tedy vztahy nadřízenosti a podřízenosti, je jasně definována v organizačním řádu, nejlépe pak graficky znázorněna v příloženém organizačním diagramu.

Vnitřní předpis zařízení 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.).

Zařízení pravidelně aktualizuje svou organizační strukturu, aby stále co nejlépe splňovala měnící se požadavky zřizovatele a potřeby komunity, které poskytuje zdravotní péči.

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

Indikátory standardu:

1. Ve vnitřním předpisu zařízení je definována jeho organizační struktura.
2. Ve vnitřním předpisu zařízení jsou definovány pravomoci a povinnosti vedoucích pracovníků.
3. Ve vnitřním předpisu zařízení jsou definovány formy komunikace.
4. Tento vnitřní předpis je pravidelně aktualizován.

Každé pracoviště zařízení má písemně zpracované spektrum péče poskytované klientům.

Účel standardu:

Každé pracoviště zpracovává písemně informaci o spektru své péče ze dvou důvodů: jednak tím informuje vedení zařízení o materiálních, personálních a technologických požadavcích na provoz, které vedení pro oddělení zajišťuje, a jednak tím následně poskytuje informaci o spektru svých služeb navenek svým klientům.

Naplnění standardu:

Každé oddělení pravidelně (v intervalech stanovených vedením zařízení, minimálně však jednou za dva roky) obnovuje písemnou informaci o spektru své péče, kterou dává k dispozici vedení zařízení. Zpráva může být součástí výroční informační zprávy, rozboru činnosti oddělení atd. Tento materiál obsahuje informace o rozsahu péče poskytované daným oddělením, časové vymezení poskytované péče (ambulance), personální obsazení oddělení, základní charakteristiku léčených klientů a jejich potřeb a návaznost péče na služby jiných oddělení. Informace o spektru služeb, o jejich časovém vymezení, o personálním obsazení a o důležitých kontaktech jsou zveřejňovány pro potřeby současných i potenciálních klientů zařízení. Při zásadní změně zajišťuje vedení každého oddělení podrobnou písemnou informaci ihned. Informační zpráva pro klienty je přiměřená, dostupná a srozumitelná (například tištěné letáky, brožury, popřípadě forma telefonického informačního centra nebo na internetových stránkách).

Rozsah činnosti lze definovat buď pozitivně – výčtem: oddělení/zařízení poskytuje kompletní péči v oborech..., nebo negativně: veškerou péči s výjimkou...

Indikátory standardu:

1. Existují aktuální informace o spektru péče každého oddělení, které vedoucí pracovníci používají k řízení zařízení.
2. Informace o spektru služeb jsou poskytovány klientům vhodnou a srozumitelnou formou.
3. Písemný dokument o spektru své péče každé oddělení pravidelně aktualizuje.

Každý vedoucí pracoviště dodržuje organizační řád a plán rozvoje, který řeší otázky personální, rozvoj odborný, rozvoj kvality a rozvoj spolupráce a kooperace s jinými odděleními.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení prokáže, že vedoucí pracovníci všech stupňů komunikují s vedením, znají organizační řád a plán rozvoje a že jejich činnost je v souladu s organizačním řádem a plánem rozvoje zařízení. Dále zařízení prokáže, že vedoucí pracovníci všech stupňů se aktivně účastní programu kontinuálního zvyšování kvality a že funguje komunikace a spolupráce mezi jednotlivými pracovišti.

Indikátory standardu:

1. Zařízení má organizační řád a plán rozvoje, který řeší otázky personální, rozvoj odborný, rozvoj kvality a rozvoj spolupráce a kooperace s jinými odděleními.
2. Každý vedoucí pracoviště tyto předpisy dodržuje.

Vedení zařízení a jeho pracovníci jsou seznámeni s posláním, cíli a se strategií řízení organizace.

Účel
a naplnění
standardu:

Důležitým prvkem koordinujícím činnost řídicích i řadových zaměstnanců a spolupráci jednotlivých oddělení je definování společného poslání zařízení (její současné role v komunitě) a cílů (vize) do budoucna. Zaměstnanci tyto informace obdrží při nástupu do pracovního poměru v rámci procesu zapracování a dále pak vždy, když dojde k jejich úpravě. Vedení zařízení písemně formuluje poslání a cíle zařízení a seznamuje s nimi všechny pracovníky.

Indikátory
standardu:

1. Řídící pracovníci formulují poslání a cíle zařízení.
2. Všichni pracovníci jsou seznámeni s posláním a cíli zařízení.

Vedení zařízení má stanovenou metodiku zapracování změn v oborové legislativě do vnitřních předpisů organizace.

Účel
a naplnění
standardu:

Aby činnost zařízení probíhala v souladu s platnou legislativou, musí se orientovat v nových a doplňných zákonech a ostatních legislativních normách, které se k jeho činnosti vztahují, a tyto změny promítat do svých vnitřních normativních aktů. Zařízení má zaměstnance nebo skupinu zaměstnanců (obvykle, nikoli však nutně, právní oddělení), kteří jsou odpovědní za monitorování platné legislativy a předávání informací řídicím pracovníkům, takže případné povinnosti a práva, které z nové legislativy pro zařízení vyplynou, jsou zavedeny do činnosti organizace a do jejích vnitřních normativních aktů.

Indikátory
standardu:

1. V zařízení je určen pracovník odpovědný za sledování aktuální legislativy.
2. Je zaveden proces zavedení těchto změn do vnitřních norem zařízení.
3. Tento proces 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.



Standardy řízení lidských zdrojů

Vedení zařízení stanoví počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o klienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky.

Účel
a naplnění
standardu:

V návaznosti na poslání zařízení, spektrum poskytované péče a potřeby klientů a jejich blízkých a ve vazbě na platné předepsané normativy, stanoví společně management a vedoucí pracovníci jednotlivých pracovišť počty potřebného personálu, jejich požadovanou kvalifikaci a definuje podmínky a pravidla jejich dalšího vzdělávání. Pokud zařízení z nějakého důvodu plán nedodržuje (například z důvodu nedostatku personálu), tuto skutečnost vede management v patrnosti a přijímá opatření, aby tato situace neohrozila kvalitu a bezpečí poskytované péče.

Zařízení standard naplní, pokud prokáže, že plánuje obsazení jednotlivých pracovišť a kontinuální vzdělávání zaměstnanců, že tento plán je aktuální a v praxi se dodržuje a že jsou dodržovány všechny legislativní normy, které tuto oblast upravují.

Indikátory
standardu:

1. Počty pracovníků potřebných pro jednotlivá pracoviště a jejich kvalifikace se v zařízení plánují s ohledem na potřeby klientů, spektrum služeb zařízení a národní legislativu.
2. Počty pracovníků odpovídají plánu nebo jsou přijímána náhradní opatření.
3. Kontinuální vzdělávání pracovníků se v zařízení plánuje.
4. Každému pracovníku je umožňováno nebo přímo poskytováno vzdělání a odborné školení, jak v rámci zařízení, tak mimo něj, která udržují či zvyšují jeho znalosti a dovednosti.
5. Zařízení dodržuje platnou legislativu v oblasti plánování počtu a rozšiřování kvalifikace pracovníků.

Zařízení vede pro každého pracovníka osobní spis, který obsahuje důležité informace o jeho dosažené kvalifikaci a další informace požadované zákonem a podzákonnými normami.

Účel
a naplnění
standardu:

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

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

Indikátory
standardu:

1. Každý pracovník zařízení má zaveden osobní spis.
2. Osobní spis každého pracovníka obsahuje informace o jeho dosažené kvalifikaci.
3. Osobní spis každého pracovníka obsahuje všechny doklady požadované zákony a podzákonnými normami.

Povinnosti každého pracovníka zařízení jsou stanoveny v platné náplni práce.

Účel
a naplnění
standardu:

Povinnosti a pravomoci každého pracovníka (včetně těch, kteří pracují na podkladě jiného než pracovněprávního vztahu) je třeba přesně definovat. Stanovené povinnosti a pravomoci pracovníků musí odpovídat jejich skutečné činnosti na daném pracovišti resp. v rámci zařízení (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 v mimopracovní době apod. Pokud se na některé činnosti vztahují zvláštní požadavky na odbornou kvalifikaci (dosažené vzdělání, praxe), náplň práce musí být v souladu s těmito požadavky.

Indikátory
standardu:

1. Každý pracovník zařízení má stanovenou náplň práce.
2. Náplň práce každého pracovníka odpovídá jeho dosažené kvalifikaci a je aktuální.
3. Náplň práce každého pracovníka odpovídá realitě, všichni pracovníci znají svoje povinnosti a pravomoci.

Všichni pracovníci jsou při nástupu zapracováni dle potřeb zařízení a s ohledem na jejich specifickou pracovní náplň.

Účel
a naplnění
standardu:

Nový pracovník, chce-li dobře plnit svoji funkci, potřebuje porozumět organizační struktuře zařízení a svému zapojení v ní. Toho dosáhne tím, že se seznámí s novým pracovištěm a svou vlastní pracovní náplní. Jako součást takového uvedení do provozu musí být pracovník seznámen se všemi vnitřními předpisy, které se vztahují k jeho práci a musí si osvojit veškeré postupy, které bude provádět. U některých takových činností je s výhodou požadovat po proškoleném pracovníkovi, aby prokázal potřebné znalosti a dovednosti před tím, než je mu umožněno provádět je samostatně. Povinnost řádného zapracování se vztahuje i na smluvní/externí pracovníky, stážisty a další osoby, které provádějí pracovní činnost v zařízení. I v jejich případě platí, že rozsah zapracování odpovídá jejich pracovnímu zařazení.

Indikátory
standardu:

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

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

Účel
a naplnění
standardu:

Každý pracovník poskytující zdravotní péči musí mít jasně stanovené spektrum kompetencí (činnosti, které smí provádět). Ty jsou mu přidělovány nejen na základě jeho vzdělání, ale také na základě poslání zařízení, spektra klientů 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 zdravotnického pracovníka do zaměstnání jsou mu společně s popisem pracovní náplně přiděleny konkrétní kompetence a ty jsou dále pravidelně (v intervalu stanoveném zařízením, nejméně však jednou ročně) aktualizovány, a to na základě pravidelného hodnocení, které je, tam kde je to možné, založeno na konkrétních datech o kvalitě práce daného jednotlivce.

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

Indikátory
standardu:

1. Každý pracovník zařízení, který poskytuje zdravotní péči, má konkrétní spektrum svých kompetencí.
2. Informace o spektru kompetencí zdravotnických pracovníků jsou uvedeny v jejich osobních spisech.
3. Kompetence každého zdravotnického pracovníka jsou průběžně hodnoceny minimálně jednou ročně a toto hodnocení, tam, kde je to možné, je založeno na jasně definovaných kritériích nebo datech o kvalitě práce hodnoceného pracovníka.
4. Spektrum kompetencí každého zdravotnického pracovníka je aktuální a odpovídá skutečnosti.

Zařízení má vypracován plán bezpečnosti a ochrany zdraví při práci pro všechna pracoviště včetně povinného vybavení osobními ochrannými pomůckami.

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení musí identifikovat 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, píchnutí injekční jehlou, pády na pracovišti atd., a k těmto rizikům přiřadit osobní ochranné pracovní pomůcky. Zařízení vytvoří vnitřní předpis, ve kterém pro různá pracoviště stanoví úroveň protiepidemických opatření a s tím související vybavení pracovníků osobními ochrannými pracovními pomůckami (viz Standardy 69 a 70). Zařízení provádí vstupní a periodická školení, týkající se BOZP a hygienických předpisů včetně testů.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení má vypracovány v souladu s platnou legislativou vnitřní předpisy upravující oblast BOZP (např. školení zaměstnanců, identifikace rizik a stanovení osobních ochranných pracovních pomůcek, práce s chemickými látkami, pracovní úrazy atd.).
2. Zařízení má záznamy o proškolení personálu v souladu s vnitřním předpisem včetně testů. Vnitřní předpisy jsou v zařízení dodržovány.

Zařízení sleduje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců.

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení naplní tento akreditační standard, pokud prokáže, že pravidelně (minimálně jednou ročně) sleduje a vyhodnocuje spokojenost zaměstnanců. Není nutné sledovat spokojenost všech skupin zaměstnanců, je možno vybrat pouze některé profese například na základě analýzy fluktuace zaměstnanců. Je též na rozhodnutí vedení zařízení, 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 zaměstnancům 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 zaměstnanců se v případě tohoto akreditačního standardu nevztahuje na smluvní pracovníky a extramurální specialisty.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení sleduje spokojenost zaměstnanců minimálně jednou ročně.
2. Výsledky sledování spokojenosti zaměstnanců se analyzují a vedou k nápravným opatřením.
3. Pracovníci zařízení jsou seznámeni s výsledky sledování.



Standardy pro sběr a zpracování informací

Zařízení shromažďuje informace o počtu klientů, diagnózách a výkonech všech provozů i jednotek ve stanovené struktuře a využívá je pro vlastní potřebu i pro Národní zdravotnický informační systém.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení shromažďuje a analyzuje demografická data o počtu klientů, diagnózách a výkonech všech provozů. Tato data jsou používána při řízení zařízení, obzvláště při strategickém plánování, a sdílena s externími databázemi jako Národní zdravotnický informační systém, což umožňuje porovnávání daného zařízení s ostatními zdravotnickými zařízeními na národní i mezinárodní úrovni.

Indikátory standardu:

1. Zařízení shromažďuje data o počtu klientů, diagnózách a výkonech všech provozů.
2. Tato demografická data řídicí pracovníci používají při řízení zařízení.
3. Vedení zařízení poskytuje pravidelně, včasně a kvalitně podklady orgánům státní správy a statistiky za účelem analýzy a možnosti srovnávání jednotlivých zařízení.

Zdravotnická dokumentace obsahuje dostatečné informace o identifikaci klienta, diagnóze a postupech léčby.

Účel
a naplnění
standardu:

Úplnost vedené zdravotnické dokumentace je základním předpokladem kvalitní diagnostické a terapeutické péče o klienta. Zdravotnická dokumentace je hlavní formou komunikace mezi jednotlivými odborníky, kteří o klienta pečují. Dokumentace musí obsahovat všechny relevantní informace, aby tak byla zajištěna kontinuita péče a mezioborová spolupráce, a to jak v rámci oddělení (lékař–sestra), tak mezi odděleními zařízení a dokonce i mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními (propouštěcí, překladová zpráva).

Aby zařízení zajistila dodržování pravidel vedení dokumentace, musí průběžně sledovat uzavřenou i otevřenou dokumentaci, tedy zahrnout tento parametr do procesu zvyšování kvality.

Zařízení vytvoří směrnici o zdravotnické dokumentaci, kde jasně definuje formu a rozsah zápisu do jejích jednotlivých částí a práva jednotlivých kategorií zaměstnanců do dokumentace zapisovat.

Směrnice ošetří jak hospitalizační, tak ambulantní dokumentaci. Na vytvoření této směrnice se podílejí vedoucí kliničtí pracovníci jednotlivých oddělení (lékaři i sestry), vedení zařízení a další zaměstnanci, kteří do dokumentace zapisují nebo ji používají při práci (např. epidemiolog, informatik).

Směrnice o zdravotnické dokumentaci zároveň respektuje všechny relevantní zákony a podzákonné normy.

Zařízení vypracuje metodiku sledování úplnosti zdravotnické dokumentace, informace vyhodnocuje a pracuje s nimi (viz Standard č. 66).

Zařízení prokáže, jakým způsobem identifikuje klienty – buď pomocí technických pomůcek (identifikační náramky, fotografie), nebo přísným zajištěním kontinuity informací o klientech mezi zdravotnickými pracovníky.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení vytvoří vnitřní předpis o zdravotnické dokumentaci hospitalizovaných i ambulantních klientů, kde definuje rozsah a formu zápisu a práva zaměstnanců zapisovat do dokumentace.
2. Předpis o dokumentaci respektuje všechny relevantní zákony a podzákonné normy.
3. Předpis o dokumentaci a platná legislativa jsou dodržovány.
4. Lékařská a ošetrovatelská dokumentace obsahuje dostatečné informace o identifikaci klienta, diagnóze, postupech léčby, průběhu léčby a informace podporující zvolené diagnostické a terapeutické výkony a stanovenou diagnózu.
5. Zařízení má zaveden systém kontinuálního zvyšování kvality zdravotnické dokumentace.
6. Zařízení má zaveden způsob identifikace klientů.

Zařízení eviduje včasnost vyhotovení definitivní propouštěcí zprávy. Všechny předběžné propouštěcí zprávy budou vyhotoveny v čase propuštění. Vyhotovení definitivních propouštěcích zpráv bude provedeno nejpozději do 10 dnů po propuštění.

Účel
a naplnění
standardu:

Rozsah a forma předběžné a definitivní propouštěcí zprávy a termíny jejich vyhotovení jsou v zařízení stanoveny vnitřním předpisem, který stanoví případné výjimky. Úplnost propouštěcích zpráv je součástí pravidelné kontroly zdravotnické dokumentace (viz Standard č. 66).

Indikátory
standardu:

Zařízení stanoví vnitřním předpisem rozsah a formu propouštěcí zprávy, jakož i termíny vyhotovení její předběžné a definitivní verze.

Definitivní propouštěcí zpráva je zpravidla vyhotovena v čase propuštění, pokud to není z objektivních důvodů možné, je v čase propuštění klient vybaven předběžnou propouštěcí zprávou a definitivní propouštěcí zpráva je vyhotovena nejpozději do deseti pracovních dnů po propuštění klienta.

Úplnost a včasnost vyhotovení propouštěcích zpráv je součástí pravidelné kontroly zdravotnické dokumentace.

Zařízení provádí audity zdravotnické dokumentace včetně úplnosti a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv.

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení zavede pravidelné audity zdravotnické dokumentace a výsledky těchto auditů vyhodnocuje, s výsledky pracuje a jednotlivá oddělení jsou průběžně informována o výsledcích takovéto kontroly s návrhy na potřebná opatření.

Zařízení naplní standard, zavede-li pravidelné audity dokumentace (hospitalizovaných i ambulantních klientů). Výsledky auditů porovnává v časové řadě a užívá je při evaluaci pracovišť.

Indikátory
standardu:

1. V zařízení probíhají pravidelné audity zdravotnické dokumentace.
2. Zařízení pravidelně vyhodnocuje úplnost a včasnost propouštěcích zpráv.
3. Vedení zařízení a jednotlivá pracoviště jsou seznámeny s výsledky auditů zdravotnické dokumentace.

Zařízení zachovává důvěrnost informací a jejich utajení.

Účel a naplnění standardu:

Zařízení dbá na zachovávání důvěrnosti dat a informací a jejich utajení. Zvláště pak dbá na zabezpečení utajení citlivých dat a informací. Zařízení stanoví úroveň důvěrnosti a utajení vyžadovaných u jednotlivých kategorií informací (například dokumentace klienta, vědecká data).

Indikátory standardu:

1. Zařízení má vnitřní předpis určující důvěrnost informací a jejich utajení respektující zákony a podzákoné normy.
2. Zařízení ve vnitřním předpise upraví, jak realizuje přístup klientů k informacím, které jsou o nich shromážděny ve zdravotnické dokumentaci.
3. Předpis je zaveden.
4. Sleduje se dodržování předpisu.

Zařízení zajistí zabezpečení informací včetně integrity dat.

Účel
a naplnění
standardu:

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

Účinný proces určuje:

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

Se zřetelem na zachování bezpečnosti informací o klientech je určeno, kdo je oprávněn získat zdravotnickou dokumentaci klienta a provádět v ní zápisy. Zařízení upraví vnitřním předpisem oprávnění pro určené osoby a stanoví obsah a formu zápisu v dané dokumentaci. Je zaveden postup, který zajišťuje, že pouze oprávněné osoby provádějí zápisy do zdravotnické dokumentace klientů.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení má písemný předpis určující zabezpečení informací včetně zajištění integrity dat, respektující zákony a podzákoné normy.
2. Předpis obsahuje stupeň důvěrnosti u jednotlivých kategorií dat a informací.
3. Jsou určeny osoby, které z důvodu pracovního postavení či potřeb mají povolen přístup ke každé kategorii dat a informací.
4. Předpis je zaveden.
5. Sleduje se dodržování předpisu.



Standardy protiepidemických opatření

Zařízení má vytvořen a zaveden do praxe koordinační proces k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, program ke snížení rizik nozokomiálních infekcí klientů a profesionálních infekcí personálu.

Účel a naplnění standardu:

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

Indikátory standardu:

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

V zařízení se dodržuje hygiena rukou.

Účel
a naplnění
standardu:

Mytí a dezinfekce rukou jsou základem prevence nemocničních infekcí. Dodržování zásad hygieny rukou je vhodným indikátorem kvality péče.

Zařízení naplní tento standard dostupností a dostatečným množstvím zásobníků na mycí emulze a mýdlo, dezinfekční prostředky a jednorázové ručníky na místech epidemiologicky a provozně významných. Na viditelných a dostupných místech je vhodné umístit názorné obrázky správné techniky mytí a dezinfekce rukou (hygienická, chirurgická) a používání rukavic. Personál je pravidelně školen kompetentními osobami ve správné technice mytí a dezinfekce rukou v souladu s platnou legislativou. O školení je vedena evidence. Zařízení kontroluje pracovní postupy a činnosti, kde je vyžadováno mytí a dezinfekce rukou a používání rukavic.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení kontroluje správné postupy při mytí a dezinfekci rukou.
2. Zařízení provádí opatření ke zvýšení míry dodržování hygieny rukou.
3. Zařízení provádí pravidelná školení v hygieně rukou.

Zařízení dodržuje hygienické požadavky při příjmu a ošetřování fyzických osob ve zdravotnickém zařízení.

Účel
a naplnění
standardu:

Zařízení je povinno dodržovat hygienické požadavky při příjmu a ošetřování fyzických osob v souladu s platnou legislativou. Dodržováním správných postupů, hygienických zásad a hygienic-ko-epidemiologického režimu redukuje zařízení výskyt nemocničných infekcí a zvyšuje kvalitu péče a bezpečí klienta. Zařízení naplní tento standard zakotvením hygienických požadavků a postupů do provozních řádů jednotlivých oddělení a pracovišť zařízení.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení má vypracovaný provozní řád, který obsahuje minimálně následující body:
 - a. Příjem a ošetření fyzických osob.
 - b. Zásady dezinfekce a dvoustupňové dezinfekce.
 - c. Zásady sterilizace a vyššího stupně dezinfekce.
 - d. Zásady manipulace s prádlem.
 - e. Zásady manipulace se surovinami, se stravou a s prostředky pro její přípravu.
 - f. Zásady úklidu a malování.
 - g. Zásady a postup při kontaminaci prostor a ploch biologickým materiálem.
 - h. Zásady třídění a likvidace odpadu.
 - i. Zásobování vodou – opatření na prevenci legionelóz.
 - j. Hlášení infekčních onemocnění, nozokomiálních a profesionálních infekcí.
 - k. Bariérová ošetrovací technika.
 - l. Izolace klientů.
2. Provozní řád se dodržuje.

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

Účel
a naplnění
standardu:

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

Mezi tyto oblasti a činnosti patří:

- nakládání s odpadem;
- manipulace s prádlem;
- poranění o použitou jehlu, kontaminovanou pomůcku, expozice biologickým materiálem;
- odběr a manipulace s biologickým materiálem;
- ochranná dezinfekce, deratizace;
- úklid a malování;
- zásady dezinfekce;
- zásady sterilizace a její kontroly;
- manipulace se surovinami, se stravou a s prostředky pro její přípravu.

Indikátory
standardu:

1. Zařízení stanoví metody a postupy, které jsou spojeny s rizikem infekce a určí jednotné postupy za účelem snižování rizika infekce.
2. Mezi tyto postupy patří minimálně oblasti uvedené v účelu a naplnění tohoto standardu.
3. Stanovené postupy a metody se dodržují a zařízení je kontrolováno.

Zařízení provádí školení personálu v oblasti hygienicko-epidemiologické problematiky.

Účel
a naplnění
standardu:

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

Zařízení naplní tento standard vypracováním vnitřních předpisů souvisejících s protiepidemickými opatřeními a kompetentní osoby personál zařízení v této problematice průběžně školí. Při posuzování shody se standardem bude vyžadováno předložení prezenční listiny či záznamu o provedeném školení (celonemocniční seminář, provozní schůzky, porady, semináře).

Indikátory
standardu:

1. Zařízení provádí školení v oblasti hygienicko-epidemiologických předpisů.
2. Do programu školení jsou zahrnuti lékaři, sestry, další odborní zdravotničtí pracovníci a další personál.
3. Školení reaguje na významné změny v oblasti hygienických a epidemiologických požadavků na provoz zdravotnických zařízení v souladu s platnou legislativou.
4. Personál zná a dodržuje postupy, ve kterých je školen.



www.sakcr.cz



www.tigis.cz

ISBN 978-80-903750-9-3