

NÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NEMOCNICE

Manuál a metodika plnění

**Zpracovali: MUDr. David Marx
MUDr. František Vlček**

První vydání

červen 2005

© Spojená akreditační komise ČR

OBSAH

<u>PŘEDMLUVA</u>	3
<u>JAK POUŽÍVAT TENTO MANUÁL</u>	4
<u>I. STANDARDY KVALITY</u>	6
<u>II. STANDARDY DIAGNOSTICKÝCH POSTUPŮ</u>	11
<u>III. STANDARDY PÉČE O PACIENTY</u>	19
<u>IV. STANDARDY KONTINUITY ZDRAVOTNÍ PÉČE</u>	32
<u>V. STANDARDY DODRŽOVÁNÍ PRÁV PACIENTŮ</u>	35
<u>VI. STANDARDY PODMÍNEK POSKYTOVANÉ PÉČE</u>	39
<u>VII. STANDARDY MANAGEMENTU</u>	46
<u>VII. STANDARDY PÉČE O ZAMĚSTNANCE</u>	53
<u>IX. STANDARDY PRO SBĚR A ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ</u>	61
<u>X. STANDARDY PROTIEPIDEMICKÝCH OPATŘENÍ</u>	69

Předmluva

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

do rukou se vám dostává publikace, která vznikla jako další z řady aktivit Spojené akreditační komise České republiky (SAK). I tato aktivita je vedena snahou pomoci vám všem, kteří se snažíte hledat cesty ke zlepšování tak náročné činnosti, jakou jistě poskytování zdravotní péče je. Za SAK si přejeme, aby se (i s přispěním této publikace) diagnostická a léčebná péče v našich nemocnicích (či obecně ve zdravotnických zařízeních) trvale zkvalitňovala a aby pro naše pacienty i personál bylo zajištěno bezpečné prostředí.

Existence SAK a její činnost se datuje od roku 1998, kdy ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky bylo zveřejněno metodické opatření s názvem Akreditace zdravotnických zařízení. Následně byla Asociací nemocnic České republiky a Asociací českých a moravských nemocnic tato komise smluvně založena jako právnická osoba. Můžeme zpětně konstatovat, že veškeré snahy na tomto poli vznikaly jako projev hledání účinného nástroje pro zavádění, rozvoj a kontrolu programu trvalého zvyšování kvality a bezpečného fungování našich nemocnic. Z řady různých možností byl vybrán právě proces akreditace. Je třeba na tomto místě poděkovat všem, kteří stáli u zrodu výše zmíněné vyhlášky obsahující základní pravidla akreditace a prvních padesát standardů. Je třeba poděkovat i všem těm, kteří se po řadu let na činnosti SAK podíleli a dobrovolně spolupracovali v počátečním období nejprve při prosazování myšlenky akreditace, později při její realizaci v nemocnicích a následně i při provádění vlastních akreditačních šetření. Můžeme s radostí pozorovat nárůst zájmu o provedení národní akreditace, o konzultační či přednáškovou činnost.

Nechť se následující stránky stanou pro vás užitečným a praktickým průvodcem, který vám jednak pomůže odhalit ne ve všech detailech dobře fungující chod vašeho zdravotnického zařízení, který vám pak i naznačí cestu, jak dosáhnout zlepšení, a který vás eventuálně i připraví k vlastnímu akreditačnímu šetření.

Za SAK vám hodně úspěchů při rozvoji programu kvality přeje

MUDr. Ivan Staněk,
Předseda představenstva Spojené akreditační komise ČR

Jak používat tento manuál

Metodika plnění národních akreditačních standardů je určena především pro nemocnice (a modifikovaně i pro léčebny), které se připravují k národní akreditaci Spojené akreditační komise ČR (dále jen „SAK“). Může však sloužit jako základní informační příručka pro řízení kvality jakékoli organizaci poskytující ústavní zdravotní péči v ČR. Při zpracování metodiky jsme vycházeli z několikaleté zkušenosti spolupracovníků SAK, ze zpětných vazeb z jednotlivých nemocnic i ze zkušeností našich zahraničních kolegů.

Ke každému akreditačnímu standardu je vypracována tabulka, která rozvádí a specifikuje jeho požadavky (účel standardu) a uvádí (nikoli vyčerpávající) příklady, jak standard naplnit. V dalších rubrikách naleznete dílčí požadavky, které jsou samostatně hodnoceny při akreditačním šetření (indikátory standardu) a zdroje informací, ze kterých budou při jejich hodnocení akreditační inspektoři čerpat (způsob kontroly). Pokud se k danému akreditačnímu standardu byť jen částečně vztahuje zdravotnická legislativa, je uvedena v poslední rubrice (legislativní úprava) - tato část je pouze informativní a má platnost pouze k datu vydání metodiky. Za legislativní poznámky bychom na tomto místě rádi poděkovali JUDr. Ondřejovi Dostálovi.

Metodika není závazná, přesto tam, kde je uveden požadavek na zpracování vnitřního předpisu, doporučujeme takový předpis vypracovat – ulehčí se tím jak průběh případných konzultací, tak vlastní akreditace, především však je formalizace postupů v rizikových oblastech poskytování zdravotní péče vyšší zárukou jejich řádného a konzistentního provádění.

Požadavky národní akreditace jsou rozděleny do jednotlivých standardů, pokud se blíže seznámíte s jejich účely a metodikou plnění, zjistíte, že standardy s různých kapitol manuálu se navzájem doplňují a jejich požadavky se někdy částečně překrývají. Proto může být výhodnější spíše než aplikovat standardy do praxe postupně, zaměřit se na jejich zavádění po tematických skupinách. Příkladem mohou být standardy, které kladou určité nároky na vedení zdravotnické dokumentace. Vnitřním předpisem o zdravotnické dokumentaci lze naplnit dílčí požadavky několika akreditačních standardů najednou (viz např. standardy číslo 4, 5, 6, 7, 7.1, 8, 10, 11, 14, 20, 22, 44, 45, 46, 47, 48,). Podobně lze postupovat v implementaci u dalších skupin standardů.

Z naplnění a ze způsobu kontroly mnoha standardů vyplývají úkoly pro různé profese ve zdravotnickém zařízení, a to jak pro řídicí tak pro řadové pracovníky. Standardy totiž popisují žádoucí výstupy určitých procesů, na nichž se přirozeně podílejí různí členové zdravotnického i nezdravotnického personálu. Ve stejném duchu by mělo probíhat jejich zavádění do praxe. Na procesu implementace by se měly podílet všechny zastoupené profese i úrovně řízení. Toho lze ideálně dosáhnout zřízením skupiny/týmu/rady pro kvalitu, jejíž úkoly a kompetence jsou jasně definovány v organizační struktuře zdravotnického zařízení a která spolupracuje se širší skupinou zástupců jednotlivých klinických i neklinických oddělení i s vrcholovým managementem. Výběr a pověření takových pracovníků by měl být jedním z prvních kroků v přípravě k národní akreditaci (viz též akreditační standard č.1).

Ze zkušeností zařízení, která úspěšně prošla akreditací vyplývá, že je výhodné, když nemocnice zřídí funkci pracovníka odpovědného za koordinaci přípravy na akreditaci, přitom výše úvazku by měla odpovídat velikosti zařízení a fázi

jeho přípravy k akreditaci. Tato osoba nezavádí akreditační proces sama, ale koordinuje činnost jednotlivých pracovníků a pracovních skupin a odpovídá za dodržování harmonogramu přípravy nemocnice k akreditačnímu šetření.

Při zahájení přípravy na akreditaci může tato metodika posloužit jako nástroj manažerské inventury nemocnice – standardy pak lze rozdělit do tří skupin

- a) standardy, které nemocnice zcela naplňuje,
- b) standardy, které nemocnice částečně naplňuje,
- c) standardy, které nemocnice nenaplňuje.

Ze skupin b a c pak doporučujeme vybrat k prioritnímu řešení ty standardy, které upravují činnosti potencionálně rizikové pro pacienta (např. podávání léků, vedení dokumentace, informování pacientů apod.).

Metodika je doporučující materiál – každá nemocnice může pochopitelně zvolit vlastní modifikaci přípravy. I když se autoři snažili, aby postihli maximální možnou variabilitu provozu zdravotnických zařízení, nepředpokládají, že to učinili vyčerpávajícím způsobem. Jakékoli nejasnosti při výkladu standardů a metodiky lze řešit přímo s kanceláří SAK

Při přípravě k akreditaci lze využít metodické i konzultační pomoci SAK – informace jsou uvedeny

Spojená akreditační komise ČR
Poupětova 3
Praha 7
170 00

Tel.: +420 284 090 387

Při přípravě k akreditaci lze využít metodické i konzultační pomoci SAK ČR – informace jsou uvedeny na www.sakcr.cz. O konzultačních a ostatních službách SAK ČR vám poskytne informace MUDr. František Vlček na telefonním čísle: +420 724 50 50 88.

I. Standardy kvality

Znění standardu	1. Nemocnice vytvoří projekt zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a naplňování potřeb zdravotní péče - projekt rozvíjí, sleduje a vyhodnocuje.
Účel a naplnění standardu	<p>V programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb je nutné, aby nemocnice přijala základní cyklus procesního řízení založeného na principech kontinuálního zvyšování kvality (plán – testování navržených změn - realizace – kontrola - hodnocení – revize plánu – zpětná vazba). Součástí takového řízení je sběr indikátorů kvality a jejich využití k řízení některých procesů na základě statistických dat. Vzhledem k tomu, že v nemocnici současně probíhá velké množství procesů a není v silách organizace, aby monitorovala všechny, je nutné určovat priority ve výběru těch procesů a postupů, jejichž kvalita bude hodnocena pomocí indikátorů kvality.</p> <p>Osoby odpovědné za program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb (manažer kvality, tým/rada kvality), jejich povinnosti a kompetence jsou jasně definovány v provozním řádu nemocnice a v organizační struktuře. V tomto programu hrají svou roli jak vedoucí pracovníci nemocnice, tak řadoví zaměstnanci.</p> <p>Nové či upravené postupy se zavádějí standardním způsobem do praxe (vydáním interních normativních aktů, edukací zaměstnanců, kterých se změny týkají, dalším sběrem dat, hodnocením a zpětnou vazbou).</p>
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. V organizační struktuře nemocnice jsou definovány orgány odpovědné za řízení projektu zvyšování kvality, jsou definovány jejich kompetence a povinnosti. 2. Řídící i kliničtí vedoucí pracovníci se aktivně účastní projektu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a projektu poskytují technické, materiální a jiné potřebné zázemí. 3. Hlavním nástrojem zvyšování kvality je plánování, sběr a vyhodnocování dat a reakce na výsledky takových analýz zaváděním nových nebo upravených procesů, strategických plánů či interních normativních aktů. 4. Vedoucí kliničtí a řídicí pracovníci nemocnice stanovují prioritní oblasti pro takový sběr a vyhodnocování dat. Takto stanovené priority se promítají do činnosti orgánů zodpovědných za řízení projektu kvality. 5. Zavedené změny jsou dále sledovány. Změny, které vedly ke zlepšení jsou zavedeny do praxe, prostřednictvím interních předpisů. 6. Personál nemocnice je pravidelně informován o programu zvyšování kvality a bezpečí služeb, případně školen v zavedených změnách.
Způsob kontroly	<p>Definice statutu orgánů činných v řízení kvality a bezpečí zdravotní péče ve vnitřních normativních aktech nemocnice Pohovor s vedoucími pracovníky nemocnice</p>

	Rozhovory se zaměstnanci klinik a oddělení Osobní kvalifikační materiály vybraných zaměstnanců
Legislativní úprava	

Znění standardu	2. Nemocnice vytvoří pro všechny klinické obory metodiku výběru, tvorby a sledování standardních diagnostických, léčebných postupů i ošetrovatelských postupů, kterou systematicky modernizuje a doplňuje.
Účel a naplnění standardu	Lékařská a ošetrovatelská péče v nemocnici je poskytována podle jasně definovaných doporučených klinických postupů. Nemocnice deklaruje, zda poskytuje klinickou péči podle již vytvořených doporučených klinických postupů (například vypracovaných odbornými společnostmi), nebo zda si takové postupy vytváří sama. Pokud se nemocnice rozhodne vytvářet si vlastní klinické postupy i přes existenci doporučených klinických postupů odborných společností, pak má vypracovanou metodiku vytváření těchto postupů. Vytvořené klinické postupy respektují postupy odborných společností jako minimální a vlastní zpracovává v souladu s individuálními potřebami konkrétního zařízení . Všechny tyto metodiky nemocnice pravidelně aktualizuje a dodržuje.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice vytvoří pro všechny klinické obory metodiku výběru, tvorby a sledování standardních diagnostických a léčebných postupů i ošetrovatelských postupů. 2. Nemocnice vytvořené postupy pravidelně aktualizuje. 3. Vytvořené postupy jsou dodržovány.
Způsob kontroly	Revize písemných organizačních podkladů nemocnice. Pohovor s vedoucími pracovníky nemocnice. Posouzení provozu.
Legislativní úprava	Tento požadavek je v širším smyslu obsažen v čl. 4 Úmluvy o biomedicíně, podle něž zde existuje povinnost provádět zákroky v oblasti péče o lidské zdraví v souladu s profesními povinnostmi a standardy. Obdobně je obsažen v zákoně 20/1966 Sb.

Znění standardu	3. Nemocnice má zaveden systém sledování spokojenosti pacientů a způsob vyhodnocování výstupů.
Účel standardu	Pacient jako klient zdravotnického zařízení poskytuje dvě důležité formy zpětné vazby: hodnocení spokojenosti pomocí standardizovaného dotazníku a stížnosti a pochvaly - výraz vlastní iniciativy vyjádřit se ke kvalitě služeb, které mu (jeho blízkým) byly poskytnuty. Obě tyto formy zpětné vazby využívá nemocnice 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.
Naplnění standardu	Nemocnice sbírá a pravidelně vyhodnocuje data o spokojenosti pacientů. Sběr lze provádět kontinuálně na všech místech péče nebo nárazově a pouze na vzorku pacientů (např. vybrané oddělení). V případě, že nemocnice sleduje pouze vybraný vzorek pacientů, pak prokáže metodiku výběru takového vzorku. O výsledcích měření spokojenosti jsou dotyčná pracoviště informována a data používají ke zvyšování kvality poskytovaných služeb či k nápravě zjištěných nedostatků. Nemocnice řeší všechny stížnosti, jasně tento proces definuje včetně rolí všech zúčastněných pracovníků či oddělení. Proces řešení stížností může být upraven vnitřním předpisem.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice sbírá a pravidelně vyhodnocuje data o spokojenosti pacientů s poskytovanou zdravotní péčí. 2. Pokud nemocnice sleduje spokojenost pouze u vzorku pacientů, pak má zpracovanou metodiku výběru takového vzorku. 3. Nemocnice má zaveden proces řešení stížností pacientů a jejich blízkých.
Způsob kontroly	Revize písemných organizačních podkladů nemocnice Pohovor s vedoucími pracovníky nemocnice Rozhovory se zaměstnanci klinik a oddělení
Legislativní úprava	Vyhláška č. 150/58 ú.l.

II. Standardy diagnostických postupů

Znění standardu	4. Příslušně kvalifikovaný personál stanoví medicínské, ošetrovateľské, psychologické a sociální potreby každého pacienta do 24 hod. po prijetí a to v míře odpovídající charakteru oddělení.
Účel standardu	Posuzovaná nemocnice prokáže, že u každého pacienta je nejpozději do 24 hodin po přijetí k hospitalizaci provedeno a dokumentováno kompletní lékařské i ošetrovateľské vyšetření a na jejich základě jsou stanoveny potreby zdravotní péče včetně péče psychosociální. Rozsah stanovených služeb odpovídá spektru péče oddělení, na které je pacient přijatý, přitom nemocnice stanoví také „obecný“ rozsah posuzovaných potřeb, který se vztahuje na všechna oddělení.
Naplnění standardu	Nemocnice vytvoří vnitřní předpis, ve kterém stanoví rozsah vstupního lékařského, ošetrovateľského případně jiného (fyzioterapeut, dietní sestra, sociální sestra) vyšetření a to jak obsahově tak formálně. Nemocnice stanoví časové intervaly pro stanovení kompletního plánu péče tak, aby interval nepřestoupil 24 hodin. Výjimky jsou možné jen v souladu s platnou legislativou a metodikou smluvní zdravotní pojišťovny (ošetrovateľská lůžka, následná péče).
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Nemocnice má vnitřní předpis, který ukládá stanovit medicínské, ošetrovateľské, psychologické a sociální potreby každého pacienta do 24 hodin.2. Tento předpis stanoví postup dle jednotlivých oddělení.3. Tento předpis se v praxi dodržuje.
Způsob kontroly	Existence vnitřní směrnice Kontrola otevřené i uzavřené dokumentace
Legislativní úprava	T.č. neexistuje právní předpis. V této oblasti (z hlediska rozsahu prováděných vyšetření) je nutno respektovat metodiku smluvních zdravotních pojišťoven (naplnění jednotlivých typů vyšetření – komplexní, cílené, kontrolní).

Znění standardu	5. Každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno kompletní vyšetření (anamnéza + fyzikální nález) ošetřujícím lékařem do 24hod. po přijetí.
Účel a naplnění standardu	<p>Tento standard navazuje na předcházející; ukládá posuzované nemocnici jednak stanovit rozsah vstupní anamnézy a vstupního fyzikálního vyšetření prováděných lékaři jednotlivých odborností a jednak v praxi příslušná vyšetření takto provádět.</p> <p>Standard připouští nestejný rozsah odebírané anamnézy a prováděného fyzikálního vyšetření, je ale nutné, aby přesné rozsahy dle jednotlivých odborností byly vnitřním předpisem explicitně upraveny.</p> <p>Standard se vztahuje na všechny pacienty přijímané k hospitalizaci, nerozlišuje mezi pacienty přijímanými akutně a pacienty objednanými k hospitalizaci.</p> <p>Interval 24 hodin může nemocnice vnitřním předpisem libovolně zkrátit; prodloužit jej může pouze tam, kde to připouští národní legislativa (následná péče).</p>
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice má vnitřní předpis, který ukládá rozsah kompletního vyšetření pacientů přijímaných k hospitalizaci dle jednotlivých oddělení. 2. Tento předpis upravuje formu dokumentace provedeného vyšetření lékařem. 3. Tento předpis stanoví interval do kterého je lékař povinen kompletní vyšetření přijatého pacienta provést a dokumentovat. 4. Tento předpis se v praxi dodržuje.
Způsob kontroly	<p>Existence vnitřní směrnice Kontrola otevřené i uzavřené dokumentace</p>
Legislativní úprava	<p>T.č. neexistuje právní předpis. V této oblasti (z hlediska rozsahu prováděných vyšetření) je nutno respektovat metodiku smluvních zdravotních pojišťoven (naplnění jednotlivých typů vyšetření – komplexní, cílené, kontrolní) včetně času uplynulého od posledního provedeného komplexního vyšetření dané odbornosti.</p> <p>K dokumentaci zák. 20/1966 Sb., § 67b</p>

Znění standardu	6. Nemocnice určí vnitřním předpisem standardní obsah a rozsah anamnézy a klinického vyšetření včetně formální úpravy zdravotnické dokumentace pro všechny obory.
Účel a naplnění standardu	<p>Základním dokumentem pro naplnění tohoto standardu je vnitřní předpis upravující vedení zdravotnické dokumentace. Standard nerozlišuje mezi dokumentací ambulantní a chorobopisy hospitalizovaných pacientů, proto i vnitřní předpis musí pokrýt obě tyto skupiny. Standard se týká jak vyšetření lékařem, tak vyšetření ošetřovatelského, případně vstupního vyšetření jinou osobou (např. fyzioterapeut, sociální pracovník).</p> <p>Nemocnice může buď stanovit centrálně rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření, nebo stanovit jejich rozsah podle odborností. Nelze připustit formulace jako „obvyklý rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření“, nebo „standardní vyšetření pacienta“, protože žádná taková norma neexistuje. Při zpracování obsahu a rozsahu anamnézy a klinického (fyzikálního) vyšetření je nutno vycházet i z náplně jednotlivých typů vyšetření (komplexní, cílené, kontrolní) v metodice ZP, resp. v registračních listech jednotlivých výkonů.</p>
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Nemocnice vypracuje předpis, který upravuje obsah a rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření pacientů.2. Tento předpis upravuje také formální úpravu zdravotnické dokumentace.3. Tento předpis se vztahuje jak na dokumentaci ambulantních pacientů tak na chorobopisy hospitalizovaných.4. Dokumentace je vedena v souladu s předpisem.
Způsob kontroly	<p>Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Kontrola zdravotnické dokumentace.</p>
Legislativní úprava	zákon č. 20/1966 Sb - § 67b

Znění standardu	7. Nemocnice určí vnitřním předpisem frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů.
Účel a naplnění standardu	<p>Tento standard lze naplnit při vypracovávání vnitřního předpisu upravujícího vedení zdravotnické dokumentace. K naplnění standardu je nutno stanovit frekvenci a rozsah lékařských vizit a záznamů ošetrovatelského personálu, či jiných osob. Jedná se pochopitelně o úpravu pravidelných záznamů u pacientů. Předpis stanoví obsah i formu zápisu (včetně podpisů a jejich identifikace). V souladu s § 67b zák. č. 20/1966 Sb. má být u každého záznamu uveden časový údaj (průkaznost). U pravidelných záznamů (vizita lékaře a sestry) lze tuto povinnost naplnit, pokud v harmonogramu oddělení je přesně stanovena doba, kdy vizita probíhá. Všechny další záznamy však časovým údajem označeny být musí.</p> <p>Vnitřní předpis určí, které osoby mohou do zdravotnické dokumentace pacienta zapisovat (v této souvislosti je vhodné brát v potaz případnou přítomnost stážistů v nemocnici).</p>
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice ve vnitřním předpisu stanoví frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů. 2. Tento předpis upravuje v souladu s místními podmínkami frekvenci a obsah zápisů všech profesních skupin, které o pacienta pečují (lékaři, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, kliničtí psychologové atp.). 3. Tento předpis stanoví, kdo má právo do zdravotnické dokumentace zapisovat. 4. Tento předpis se dodržuje.
Způsob kontroly	<p>Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Kontrola otevřené i uzavřené dokumentace.</p>
Legislativní úprava	zákon č. 20/1966 Sb - § 67b

Znění standardu	7.1. Každý pacient bude vyšetřen lékařem nejméně 1x denně se zápisem do dokumentace.
Účel a naplnění standardu	Nemocnice ve vnitřním předpise upraví frekvenci záznamů do dokumentace hospitalizovaných pacientů (viz standard 7). Přitom stanoví povinnost lékaře provést vyšetření a učinit o něm záznam u každého pacienta minimálně 1x denně a to včetně dní pracovního klidu a státních svátků. Výjimku lze v souladu s metodikou ZP učinit u pacientů v zařízeních následné péče.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem povinnost lékaře vyšetřit každého hospitalizovaného pacienta nejméně jedenkrát denně a učinit o tom záznam do pacientovy dokumentace.2. V souladu s platnou legislativou určí nemocnice ve vnitřním předpise výjimky z tohoto standardu.3. Vnitřní předpis se dodržuje.
Způsob kontroly	Analýza vnitřních předpisů. Kontrola uzavřené i otevřené dokumentace hospitalizovaných pacientů. Rozhovory s pacienty a s personálem.
Legislativní úprava	zákon č. 20/1966 Sb - § 67b Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v platném znění. výkonů.

Znění standardu	8. Při každé změně směny sester bude předání pacienta na oddělení provedeno kvalifikovanou sestrou - kvalifikované sestře, současně se záznamem v ošetrovatelské dokumentaci. Při předání pacienta na jiné oddělení bude proveden záznam v ošetrovatelské dokumentaci pacienta a bude provedeno předání pacienta kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem - kvalifikovanému pracovníkovi.
Účel a naplnění standardu	Tuto povinnost může nemocnice uložit nelékařskému personálu buď v provozním řádu jednotlivých pracovišť nebo (lépe a praktičtěji) v celonemocničním předpisu upravujícím vedení zdravotnické dokumentace. Standard upravuje dvě oblasti: a) předání pacientů mezi směny; b) předání pacientů při překladech na jiné oddělení dané specializace nebo na pracoviště jiné specializace v rámci jednoho zařízení, či do jiného zařízení. Předání pacienta v situaci uvedené pod písmenem a) se obvykle provádí záznamem v ošetrovatelské dokumentaci pacientů. Záznamy v „hlášení sester“ nejsou dostatečným naplněním tohoto standardu. Předání pacientů v situaci uvedené pod písmenem b) se obvykle provádí záznamem v ošetrovatelské dokumentaci pacientů a vypsáním ošetrovatelské překladové zprávy. Náležitosti záznamů při předávání pacientů upraví vnitřní předpis. Kvalifikovanou sestrou a kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem se pro účely akreditace míní pracovník, který má odbornou či specializovanou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka na daném pracovišti dle zákona č.96/2004 Sb.
Indikátory standardu	1. Nemocnice ve vnitřním předpise upraví postup nelékařského personálu v následujících situacích: a. předání pacientů mezi směny; b. předání pacientů při překladech na jiné oddělení dané specializace nebo na pracoviště jiné specializace v rámci jednoho zařízení, či do jiného zařízení. 2. Tento předpis stanoví formu a obsah záznamů při předávání pacientů. 3. Tento předpis stanoví odborné kompetence předávajících a přebírajících pracovníků. 4. Tento předpis je v nemocnici dodržován.
Způsob kontroly	Analýza vnitřních předpisů. Kontrola otevřené i uzavřené dokumentace pacientů. Rozhovory se zaměstnanci.
Legislativní úprava	zákon č. 20/1966 Sb - § 67b Zákon č.96/2004Sb.

Znění standardu	9. Pacient, u kterého je plánován diagnostický či terapeutický výkon v celkové anestezii, musí mít předoperační vyšetření a předanestetické vyšetření v rozsahu metodického doporučení České společnosti anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny a v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem nemocnice/oddělení.
Účel a naplnění standardu	Nemocnice naplní tento standard vypracováním vnitřního předpisu upravujícího postup při předanestetickém vyšetření pacientů před výkonem v celkové anestézii. Tento předpis upravuje postup při elektivních i urgentních stavech a při stanovení rozsahu předanestetického vyšetření vychází z citované metodiky, přičemž může stanovit podmínky nad její rámec, nesmí ale být mírnější. Tento předpis uvádí kvalifikační podmínky, které musí splnit lékař odpovědný za závěr předanestetického vyšetření. Tento předpis stanoví také povinnost provést kompletní předanestetické vyšetření (dle ASA typu pacienta a urgentnosti celkového stavu) před zahájením celkové anestézie.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Nemocnice má vnitřní předpis upravující postup při předanestetickém vyšetření pacientů.2. Tento předpis stanoví rozsah a obsah vyšetření minimálně na úrovni metodiky.3. Tento předpis stanoví postup při provádění předanestetického vyšetření u akutních pacientů a u pacientů objednaných k provedení elektivního výkonu.4. Tento předpis určuje kvalifikační podmínky, které musí splnit lékař provádějící předanestetické vyšetření.5. Tento předpis se dodržuje.
Způsob kontroly	Analýza vnitřním předpisů nemocnice. Kontrola dokumentace pacientů, u nichž se provádí výkon v celkové anestézii.
Legislativní úprava	Čl. 4 Úmluvy o biomedicíně a relevantní metodika odborné společnosti

III. Standardy péče o pacienty

Znění standardu	10. Pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče.
Účel a naplnění standardu	<p>Tento standard vyžaduje, aby u každého přijatého pacienta v čas přijetí byla stanovena pracovní diagnóza (pracovní diagnózy) a z ní vyplývající plán diagnostických postupů (laboratorní, zobrazovací, konsiliární vyšetření), terapeutických opatření a ošetrovatelské péče včetně režimových opatření.</p> <p>K naplnění standardu není třeba vypracovávat vnitřní předpis, je však nutné zajistit realizaci požadavků standardu a to jak u pacientů přijímaných akutně, tak u pacientů objednaných k přijetí.</p> <p>Plán péče se upravuje v závislosti na změnách zdravotního stavu pacienta a s ohledem na průběžně získávané výsledky provedených vyšetření.</p>
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. V dokumentaci pacientů při přijetí je uveden plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče.2. Tento plán se naplňuje.3. Tento plán se upravuje v závislosti na vývoji zdravotního stavu pacienta.
Způsoby kontroly	Kontrola otevřené i zavřené dokumentace.
Legislativní úprava	V současnosti pouze extenzivně 20/1966 Sb., §67 odst. 2 písm.b) („další významné okolnosti související s léčbou“).

Znění standardu	11. V dokumentaci každého pacienta je pravidelně písemně vyhotovována epikríza s frekvencí a věcným obsahem stanovenými pro každé oddělení.
Účel a naplnění standardu	Nemocnice upraví vnitřním předpisem (praktické je v rámci úpravy vedení dokumentace) frekvenci, formu i rozsah zapisování epikríz do dokumentace pacientů. Dle rozhodnutí managementu nemocnice se může situace na jednotlivých pracovištích lišit – v rámci jednoho pracoviště ale musí být frekvence, forma i rozsah zapisování epikríz stejná. V tomto vnitřním předpise nemocnice stanoví, který lékař je za zápis epikrízy odpovědný.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem frekvenci, formu i rozsah zapisování epikríz do dokumentace pacientů na jednotlivých pracovištích (odděleních, klinikách). 2. Tento předpis se dodržuje.
Způsob kontroly	Analýza vnitřních předpisů. Kontrola otevřené i uzavřené dokumentace pacientů.
Legislativní úprava	Extenzivně 20/1966 Sb., §67 odst. 2 písm.b) („další významné okolnosti související s léčbou“)

Znění standardu	12. U každého pacienta jsou během anestézie a po ní monitorovány základní vitální funkce (v rozsahu určeném pro příslušné oddělení).
Účel a naplnění standardu	Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při podávání celkové anestézie. Tento předpis stanoví minimální rozsah vyšetření pacienta anesteziologem před zahájením anestézie a způsob monitorování základních životních funkcí pacientů během anestézie a po ní.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při podávání celkové anestézie.2. Tento předpis stanoví minimální rozsah vyšetření pacienta anesteziologem před zahájením anestézie.3. Tento předpis stanoví způsob monitorování základních životních funkcí během anestézie.4. Tento předpis stanoví způsob monitorování základních životních funkcí pacientů po skončení anestézie.
Způsob kontroly	Analýza vnitřních předpisů. Kontrola dokumentace pacientů, u nichž byla podána celková anestézie.
Legislativní úprava	Obecná povinnost předcházet škodám, mj. na zdraví (zejm. §415 obč. zák.)

Znění standardu	13 . Nemocnice má seznam léčiv - "pozitivní list" , který je pravidelně obnovován.
Účel a naplnění standardu	<p>Původním účelem tohoto standardu bylo zvýšení kvality a efektivity medikamentosní léčby v nemocnici. Vzhledem k trvajícím problémům s cenotvorbou léčiv v ČR nelze tento standard plně naplnit – „tvrdý“ pozitivní list by se mohl stát ekonomicky nevýhodným.</p> <p>Tento standard nemocnice 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 léčiv určeného buď skupinově (ATC či obecněji – například ATB určená k parenterálnímu podání) nebo cenovou hladinou.</p> <p>Postup při objednávání léčiv by měl zahrnovat řešení neobvyklých situací (zajištění léčiva obvykle neskladovaného v nemocniční lékárně/příručním skladu; postup při zajištění nutného léčiva v mimopracovní době atp.)</p> <p>Postup objednávání léčiv a jeho omezení zvolené nemocnice by měly být pravidelně vyhodnocovány a případně upravovány.</p>
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice upraví postup při objednávání léčiv a to buď obecně nebo pro stanovené skupiny léčiv. 2. Tento postup zahrnuje řešení neobvyklých situací při objednávání léčiv. 3. Tento postup se dodržuje. 4. Tento postup se pravidelně vyhodnocuje.
Způsob kontroly	<p>Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Rozhovory se zaměstnanci nemocnice.</p>
Legislativní úprava	zákon 79/97 Sb. a navazující předpisy

Znění standardů	14. Nemocnice má písemně vypracovanou metodiku upravující podávání léčiv hospitalizovaných pacientů. 14.1. V nemocnici je vypracovaná metodika, která obsahuje kvalifikační požadavky na personál podávající léčiva.
Účel a naplnění standardu	<p>Nemocnice naplní tento standard pokud vypracuje vnitřní předpis, který v souladu s vyhláškou upraví konkrétní postupy při objednávání, skladování, předepisování a podávání léčiv.</p> <p>Nestačí pouhý odkaz na příslušný předpis, je nutno specifikovat, jak je aplikován v dané nemocnici.</p> <p>Vnitřní předpis upraví (v návaznosti na standard č. 13) způsob objednávání léčiv pro pacienty nemocnice a to včetně neobvyklých situací, dále upraví způsob skladování léčiv na jednotlivých odděleních/lůžkových ošetrovacích jednotkách a to s ohledem na doporučený způsob skladování a na další omezení (skladování návykových látek). Součástí vnitřního předpisu je dále úprava předepisování (ordinování) léčiv a úprava postupu při jejich podávání.</p> <p>Předpis stanoví, kteří lékaři jsou oprávněni léčiva ordinovat (možno např. omezit předepisování opiátů na určitý kvalifikační stupeň), zda jsou oprávněni ordinovat léčiva i lékaři, kteří jsou v příslušné nemocnici na stáži. Předpis dále stanoví, které osoby jsou oprávněny léčiva pacientům podávat a jaké jsou požadavky na jejich odbornou či specializovanou způsobilost; přitom lze specificky upravit podávání některých skupin léčiv (opiáty) či podávání léčiv některým skupinám pacientů (děti, zmatení senioři, psychiatričtí pacienti).</p>
Indikátory standardů	<ol style="list-style-type: none">1. Nemocnice má vypracovaný vnitřní předpis upravující postupy při objednávání, skladování, předepisování a podávání léčiv.2. Tento předpis stanoví, které osoby jsou oprávněny léčiva ordinovat.3. Tento předpis stanoví, které osoby jsou oprávněny léčiva pacientům podávat.4. Tento předpis se dodržuje.
Způsob kontroly	<p>Analýza vnitřních předpisů nemocnice.</p> <p>Kontrola otevřené i uzavřené dokumentace pacientů.</p> <p>Rozhovory se zaměstnanci.</p> <p>Rozhovory s pacienty.</p>
Legislativní úprava	Zákon 79/1997 Sb., §5a

Znění standardů	<p>15. Nemocnice specifikuje vybavení jednotlivých oddělení přístroji, léčivy a pomůckami pro urgentní stavy.</p> <p>16. Personál je školen k podávání léčiv a užívání přístrojů a pomůcek neodkladné péče.</p> <p>17. Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na odděleních, počet balení a expirační doby kontroluje pověřený pracovník minimálně 1x týdně a o provedené kontrole učiní zápis.</p>
Účel a naplnění standardů	<p>Nemocnice vytvoří vnitřní předpis, který stanoví, jaké přístroje, zdravotní prostředky a léčiva k neodkladné KPCR jsou <u>bezprostředně</u> dostupná na jednotlivých pracovištích (lůžkových jednotkách i ambulancích). Spektrum tohoto vybavení záleží na rozhodnutí vedení nemocnice a jednotlivých pracovišť a musí vycházet z povahy pacientů, které dané pracoviště převážně ošetřuje.</p> <p>Nemocnice dále upraví rozsah a frekvenci proškolení jednotlivých skupin personálu v KPCR. Toto proškolení se vždy týká zdravotnického personálu a dle rozhodnutí vedení i nemocnice i dalších zaměstnanců.</p> <p>Zvláštní pozornost je věnována včasnému proškolení nově nastoupivších zaměstnanců.</p>
Indikátory standardů	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice má vnitřní předpis, kterým upraví vybavení jednotlivých oddělení přístroji, pomůckami a léčivy k neodkladné KPCR. 2. Tento předpis se dodržuje. 3. Nemocnice stanoví rozsah a frekvenci jednotlivých skupin personálu v KPCR. 4. Personál je proškolen v KPCR podle požadavků vnitřního předpisu. 5. Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na odděleních, počet balení a expirační doby kontroluje pověřený pracovník minimálně 1x týdně a o provedené kontrole učiní zápis.
Způsob kontroly	<p>Analýza vnitřních předpisů nemocnice.</p> <p>Rozhovory se zaměstnanci.</p> <p>Kontrola lůžkových ošetrovacích jednotek a ambulancí.</p>
Legislativní úprava	<p>Obecná povinnost předcházet škodám, mj. na zdraví (zejm. §415 obč. zák.)</p>

Znění standardu	18. Nemocnice má vypracován standard podávání stravy pacientům. Strava pro pacienty se podává bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným pro každé oddělení a schváleným dietní sestrou.
Účel a naplnění standardu	Nemocnice naplní tento standard zpracováním vnitřního předpisu upravujícího podávání stravy pacientům. Tento předpis určí, které osoby rozhodují o druhu stravy podávané pacientům (obvykle ošetřující lékař) a jakým způsobem se strava ordinuje. Vzhledem k neexistenci jednotného dietního systému pro nemocnice by přílohou vnitřního předpisu měl být výčet nemocničních diet. Předpis dále popisuje roli dietní sestry/nutričního terapeuta v procesu objednávání a podávání stravy pacientům včetně jejich pravomocí při zaškolení ošetrovatelského personálu. Předpis upravuje postup při volbě jiné než standardní stravy a v případě, že pacient stravu odmítá.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Nemocnice má vypracovaný vnitřní předpis upravující postup při objednávání a podávání stravy pacientům.2. Tento předpis určuje, které osoby jsou odpovědné za ordinaci stravy pacientům a za její podávání a kontrolu stravovacího režimu pacientů.3. Tento předpis upravuje postup při méně obvyklých situacích.4. Tento předpis se v nemocnici dodržuje.
Způsob kontroly	Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Kontrola otevřené i uzavřené dokumentace pacientů. Kontrola stravovacího provozu nemocnice. Rozhovory s pacienty a s personálem.
Legislativní úprava	

Znění standardu	18.1. Na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a vydávání potravy a výživových produktů.
Účel a naplnění standardu	Nemocnice upraví vnitřním předpisem (samostatným, nebo tím, který je uveden u standardu č. 18) 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 dodavatelsky, je popsána úprava součástí smlouvy nemocnice s dodavatelem – tuto smlouvu nemocnice při akreditaci předloží. Veškeré uvedené kroky jsou v souladu s národní legislativou (viz níže).
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice 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 nemocnici dodržuje.
Způsob kontroly	Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Kontrola otevřené i uzavřené dokumentace pacientů. Kontrola stravovacího provozu nemocnice. Analýza uzavřených smluv. Rozhovory s pacienty a s personálem.
Legislativní úprava	

Znění standardů	18.1.2. Personál připravující jídlo pro pacienty je zaškolen. 18.1.3. Každý pacient dostává jídlo podle svých potřeb. 18.1.4. Rukavice a pokrývka hlavy jsou používány, tak jak je předepsáno.
Účel a naplnění standardu	Nemocnice prokáže odpovídající zaškolení personálu připravujícího stravu a to včetně osob, které stravu převážejí a které pacientům na lůžkových ošetrovacích jednotkách stravu bezprostředně podávají. Toto se týká i osob, které nejsou zaměstnanci nemocnice (dodavatelé, studenti, stážisté). V nemocnici existuje nabídka stravy pro pacienty nad rámec stravy standardně podávané, tato strava odpovídá dle možností požadavkům na dietní stravování konkrétních pacientů. Dle místních možností nemocnice poskytuje stravu odpovídající stravovacím zvyklostem a spirituálním hodnotám pacientů. Všichni pracovníci, kteří se podílejí na přípravě a podávání stravy používají předepsané ochranné pomůcky.
Indikátory standardů	<ol style="list-style-type: none">1. Všichni pracovníci i ostatní osoby, které se podílejí na přípravě stravy pro pacienty včetně osob, které stravu převážejí a které pacientům stravu podávají jsou odpovídajícím způsobem zaškoleny.2. rozsahu tohoto zaškolení a o jeho provedení existuje písemný záznam.3. Pacienti dostávají stravu která odpovídá jejich zdravotnímu stavu.4. Pokud to místní podmínky umožňují, poskytuje nemocnice stravu odpovídající stravovacím zvyklostem a spirituálním hodnotám pacientů.5. Nemocnice stanoví, jaké ochranné pomůcky používají osoby podílející se na přípravě a podávání stravy.6. Tyto osoby při přípravě a podávání stravy předepsané pomůcky používají.
Způsob kontroly	Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Kontrola osobních spisů. Kontrola stravovacího provozu. Kontrola podávání stravy. Rozhovory s pacienty a s personálem.
Legislativní úprava	Obecná povinnost předcházet škodám, mj. na zdraví (zejm. §415 obč. zák.)

Znění standardů	<p>18.1.5. Jídlo, které si přinesou pacienti nebo jejich rodina je bezpečně skladováno.</p> <p>18.1.6. Jídlo a nápoje, které si přinese pacient nebo jeho rodina, odpovídají dietě stanovené lékařem.</p>
Účel a naplnění standardu	<p>Nemocnice upraví (nejlépe v provozních řádech jednotlivých pracovišť) způsob skladování stravy donesené pacienty nebo jejich blízkými. Tato úprava uplatní principy bezpečného skladování potravin a může omezit skladování nevhodných potravin (například potraviny s prošlou záruční lhůtou). Součástí této úpravy je postup pracovníků nemocnice při poučení pacientů (resp. jejich blízkých) o druzích potravin, které je možno v nemocnici skladovat i o omezeních uplatňovaných na nevhodné potraviny.</p>
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. V provozních řádech jednotlivých pracovišť nemocnice je upraven postup při skladování potravin donesených pacienty nebo jejich blízkými. 2. Tento postup upravuje způsob kontroly potravin pracovníky nemocnice z hlediska dietních omezení pacienta stanovených lékařem. 3. Tento postup upravuje postup při vyřazování nevhodných potravin. 4. Stanovený postup se v nemocnici dodržuje.
Způsob kontroly	<p>Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Kontrola lůžkových ošetrovacích jednotek. Rozhovory s personálem a s pacienty.</p>
Legislativní úprava	

Znění standardu	18.1.7. Zdravotní stav personálu v kuchyni se sleduje podle platných předpisů.
Účel a naplnění standardu	V souladu s ustanoveními zákona č. 258/2000 Sb. a prováděcích předpisů zajistí nemocnice vstupní a průběžná vyšetření pracovníků podílejících se na přípravě stravy. Pokud jsou některé činnosti zajišťované dodavatelsky, nemocnice má k dispozici zprávu o vyšetření dotyčných osob od svého dodavatele nebo má zajištění těchto vyšetření upraveno ve smlouvě s dodavatelem.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Zdravotní stav osob podílejících se na přípravě stravy se pravidelně kontroluje.2. O provedených kontrolách a o jejich výsledku existují záznamy.
Způsob kontroly	Kontrola záznamů o kontrole zdravotního stavu. Kontrola osobních spisů. Analýza uzavřených smluv.
Legislativní úprava	zákon č. 258/2000 Sb. v platném znění a navazující předpisy

Znění standardu	19. Nemocnice má vytvořené standardy ošetrovatelské péče pro všechny kategorie pacientů.
Účel a naplnění standardu	Tento standard souvisí se standardem č. 2 – nemocnice jej naplní, pokud prokáže, že má stanovený systém výběru ošetrovatelských činností, které upraví vnitřním standardem (samostatně připraveným, nebo aplikujícím příslušný národní standard). V užším významu vyžaduje tento standard, aby nemocnice přizpůsobila poskytování ošetrovatelské péče zvláštním skupinám pacientů (pokud o ně pečuje) jedná se zejména o děti, seniory, pacienty s fyzickým handicapem, pacienty zmatené, agresivní, pacienty nevidomé, se ztrátou sluchu či pacienty nehovořící česky.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice určí, pro které skupiny pacientů vypracuje samostatné standardy ošetrovatelské péče. 2. Nemocnice zpracuje pro tyto skupiny standardy ošetrovatelské péče. 3. Tyto standardy jsou dodržovány.
Způsob kontroly	Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Kontrola otevřené i uzavřené dokumentace. Rozhovory se zaměstnanci a s pacienty.
Legislativní úprava	

IV. Standardy kontinuity zdravotní péče

Znění standardu	20. Všichni propouštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou (předběžnou nebo definitivní), jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány pro jednotlivá oddělení vnitřním předpisem.
Účel a naplnění standardu	Nemocnice naplní tento standard, když ve vnitřním předpise (nejlépe v tom, který obecně upravuje vedení zdravotnické dokumentace) upraví obsahové a formální náležitosti propouštěcí zprávy vydávané propouštěným pacientům. V tomto předpise uvede interval, ve kterém se definitivní zpráva vyhotoví a pokud není vyhotovena při propouštění pacientů, stanoví se náležitosti předběžné propouštěcí zprávy, kterou pacient musí být při propuštění vybaven vždy. 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 standardy č. 47 a 48.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem obsahové a formální náležitosti propouštěcí zprávy. 2. Propouštěcí zprávou odpovídající tomuto předpisu jsou pacienti vybaveni při propuštění.
Způsob kontroly	Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Kontrola uzavřené dokumentace pacientů. Rozhovory s pacienty.
Legislativní úprava	zákon č. 20/1966 Sb - § 67b

Znění standardu	21. Zdravotní stav pacientů, kteří jsou převáženi mezi nemocnicemi bude před transportem stabilizován. Když jsou pacienti překládáni do jiného zařízení, pak s potvrzením tohoto zařízení, že pacienta přijme; toto potvrzení bude zajištěno ještě před vlastním transportem (výjimku tvoří případy bezprostředního nebezpečí z prodlení). Dokumentace musí být jednoznačná a musí obsahovat popis, jak a proč se pacient do nemocnice dostal a co bylo obsahem nemocniční péče, případná doporučení pro přebírajícího lékaře (zejména při předání do péče praktických lékařů), odhad prognózy s předpokladem kvality života pacienta.
Účel a naplnění standardu	<p>Postup při překladu pacientů nemocnice upraví vnitřním předpisem. Pokud existují formální či neformální dohody o přebírání pacientů do jiných zdravotnických zařízení, v předpisu se to uvede.</p> <p>V každém případě je v předpisu stanovena povinnost překlada pacienta dojednat s přebírajícím zařízením předem (pokud je to vzhledem k místním podmínkám a stavu pacienta možné). Součástí předpisu je dále povinnost lékaře indikovat transportní prostředek odpovídající aktuálnímu stavu pacienta (dohled personálu při transportu, možnost monitoringu).</p> <p>Vnitřní předpis stanoví náležitosti překladaové zprávy, kde musí být vždy uvedeno, jaká byla indikace k přijetí do překladaující nemocnice, průběh hospitalizace, důvod překlada, další doporučení a odhad prognózy.</p> <p>Vnitřní předpis upraví náležitosti ošetrovatelské překladaové zprávy, pokud tato není součástí celkové překladaové zprávy.</p>
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při překlada pacienta do jiného zdravotnického zařízení. 2. Tento předpis obsahuje povinnost překlada pacienta dojednat předem. 3. Tento předpis stanoví překladaujícímu lékaři povinnost indikovat podmínky transportu pacienta. 4. Tento předpis stanoví formální a obsahové náležitosti překladaové zprávy (i ošetrovatelské), kde musí být vždy uvedeno, jaká byla indikace k přijetí do překladaující nemocnice, průběh hospitalizace, důvod překlada, další doporučení a odhad prognózy. 5. Tento předpis se dodržuje.
Způsob kontroly	<p>Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Kontrola uzavřené dokumentace pacientů.</p>
Legislativní úprava	<p>zákon č. 20/1966 Sb - § 67b Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami Pro případy nouzových překladaů zákonný institut krajní nouze (§418 ObčZ, §14 TZ, resp. čl. 8 Úmluvy o biomedicině)</p>

V. Standardy dodržování práv pacientů

Znění standardu	22. Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace.
Účel a naplnění standardu	<p>Péče o dodržování práv pacientů je jednou ze stěžejních oblastí procesu kontinuálního zvyšování kvality. Povinností nemocnice je stanovit, kdo odpovídá za seznámení přijímaného pacienta s jeho právy (přijímající lékař či přijímající sestra). Při formulaci této povinnosti je nutno počítat se situací, kdy bezprostředně při přijetí zdravotní stav pacienta neumožňuje, aby byl se svými právy seznámen; pak je toto seznámení nutno provést bez zbytečného odkladu jakmile to umožňuje pacientův stav.</p> <p>Osoba, která seznamuje pacienta s jeho právy o tom učiní záznam do dokumentace.</p> <p>Pacient musí být se svými právy seznámen průkazně – pro případ, že pacient neovládá český jazyk, nebo má jiné komunikační bariéry má nemocnice stanovený postup (například dostupnost tlumočnické služby).</p>
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice stanoví postup vedoucí k seznámení pacienta s jeho právy. 2. Součástí tohoto postupu je určení pracovníka, který za informování pacienta odpovídá. 3. Tento postup je přiměřeně upraven pro situace, kdy nelze pacienta o jeho právech informovat při přijetí. 4. Tento postup obsahuje povinnost informující osoby učinit o informování pacienta záznam do jeho dokumentace. 5. Tento postup určuje, jak jsou informováni pacienti, kteří neovládají český jazyk či pacienti s komunikačními bariérami. 6. Tento postup se v nemocnici dodržuje.
Způsob kontroly	<p>Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Kontrola otevřené i uzavřené dokumentace pacientů. Rozhovory se zaměstnanci a s pacienty.</p>
Legislativní úprava	<p>Úmluva o biomedicině, zejm. čl. 5 Poučení a souhlas – zákon č. 20/1966 Sb. v platném znění.</p>

Znění standardu	23. Nemocnice zajistí zřetelné vyvěšení Kodexu práv pacientů, příp. Charty práv dětí v nemocnici na jednotlivých odděleních.
Účel a naplnění standardu	V návaznosti na předcházející standard naplní nemocnice tento tak, že umístí na lůžkových ošetrovacích jednotkách, případně na pokojích nemocných Kodex Práva pacientů (na pracovištích, kde jsou ošetřovány i děti také Chartu práv hospitalizovaných dětí)
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Na jednotlivých pracovištích je vyvěšen Kodex Práva pacientů. 2. Na pracovištích, která pečují o děti je vyvěšena také Charta práv hospitalizovaných dětí.
Způsob kontroly	Kontroly pracovišť.
Legislativní úprava	Není

Znění standardu	24. Imobilizovat a omezovat pacienta je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a s ohledem na právní řád ČR.
Účel a naplnění standardu	<p>Tento standard se vztahuje na používání omezovacích prostředků i na farmakologické zklidnění (omezení) pacientů obvykle pro neklid či agresivitu ohrožující je samotné nebo další osoby.</p> <p>K naplnění tohoto standardu nemocnice vypracuje vnitřní předpis, který stanoví indikace k omezení pacientů, formu ordinace tohoto omezení s tím, že se jedná o výlučnou pravomoc lékaře (s výjimkou nezbytně nutné doby mechanického omezení pacientů, kteří jsou bezprostředně nebezpeční sobě, nebo svému okolí). Předpis dále stanoví, jaký je rozsah a frekvence lékařského a ošetrovatelského vyšetření pacientů před imobilizací, během ní a po jejím skončení a jakou formou se průběh použití omezovacích prostředků či farmakologického zklidnění zaznamenává do dokumentace pacientů.</p>
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice má vypracovaný vnitřní předpis, který upravuje postup při použití omezovacích prostředků a farmakologického zklidnění pacientů. 2. Tento předpis stanoví indikace mechanického či farmakologického omezení pacientů. 3. Tento předpis stanoví formu a rozsah vyšetření pacientů před použitím omezovacích prostředků (farmakologického zklidnění), v jeho průběhu a po něm. 4. Tento předpis stanoví způsob dokumentace použití omezovacích prostředků či farmakologického zklidnění pacientů. 5. Tento předpis se v nemocnici dodržuje.
Způsob kontroly	<p>Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Kontrola otevřené i uzavřené dokumentace pacientů. Rozhovory s personálem.</p>
Legislativní úprava	<p>Listina základních práv a svobod Trestní zákon § 231 Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny</p>

VI. Standardy podmínek poskytované péče

Znění standardu	25. Nemocnice dodržuje obecně závazné předpisy, směrnice (instrukce) a metodické listy vydané v resortu zdravotnictví ČR.
Účel a naplnění standardu	V návaznosti na standard č. 35 naplní nemocnice tento standard pokud prokáže, že má funkční systém zapracování obecné a oborové legislativy do vnitřních předpisů nemocnice a že se příslušná legislativa dodržuje. Zvláštní zmínky v této souvislosti zasluhuje Úmluva o lidských právech a biomedicině, která v souladu s čl. 10 Ústavy ČR je součástí českého právního řádu. Nemocnice musí prokázat zejména dodržování čl. 5 (informovaný souhlas) této Úmluvy bez ohledu na to, že oborová legislativa zatím ustanovení Úmluvy nezapracovala.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Pracovníci nemocnice dodržují obecně závazné předpisy i oborovou legislativu.2. Nemocnice upraví postup při odebírání informovaného souhlasu pacientů ve shodě s národní legislativou a Úmluvou o lidských právech a biomedicině.3. Informovaný souhlas se odebírá v souladu s tímto postupem.
Způsob kontroly	Kontrola pracovišť. Rozhovory s pracovníky nemocnice. Rozhovory s pacienty. Kontrola otevřené i uzavřené dokumentace pacientů.
Legislativní úprava	zákon č. 20/1966 Sb. Úmluva o lidských právech a biomedicině

Znění standardu	26. Nemocnice je uspořádána ve shodě s příslušnými stavebními a hygienickými předpisy (ČSN) a registruje seznam provozů , které aktuálním normám nevyhovují.
Účel a naplnění standardu	K naplnění tohoto standardu nemocnice předloží při akreditaci zřizovací listinu/statut, příslušné podklady k registraci a výsledky proběhlých kontrol orgánů veřejného zdraví. Pokud některé z pracovišť nevyhovuje stavebním či hygienickým předpisům, předloží nemocnice při zahájení akreditačního šetření seznam těchto nedostatků i s plánem nápravy. Přitom nelze akceptovat nedostatky, které bezprostředně ohrožují pacienty, pracovníky nemocnice či jiné osoby, nebo brání provozu zařízení.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice předloží zřizovací listinu/statut a dle místních podmínek doklady nutné k registraci. 2. Nemocnice předloží výsledky proběhlých kontrol orgánů veřejného zdraví. 3. Pokud některé z pracovišť nevyhovuje stavebním či hygienickým předpisům, předloží nemocnice při zahájení akreditačního šetření seznam těchto nedostatků i s plánem nápravných opatření.
Způsob kontroly	Analýza základních dokumentů nemocnice. Kontrola pracovišť
Legislativní úprava	Zákon 160/1992 Sb., 258/2000 Sb.

Znění standardu	27. Nemocnice pravidelně kontroluje dodržování stavu protipožární ochrany v souladu s příslušným zákonem.
Účel a naplnění standardu	K naplnění tohoto standardu předloží nemocnice požární a evakuační řád a záznamy z kontrol státního požárního dozoru.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Nemocnice má aktualizovaný požární a evakuační řád.2. V případě nálezu nedostatků při kontrolách státního požárního dozoru zajistila nemocnice jejich nápravu.
Způsob kontroly	Analýza dokumentů nemocnice. Kontroly pracovišť.
Legislativní úprava	zákon č. 133/1985 Sb. vyhl. č. 246/2001 Sb.

Znění standardu	28. Personál organizace je seznámen s požárním , havarijním a evakuačním řádem, tyto znalosti jsou pravidelně prověřovány.
Účel a naplnění standardu	Nemocnice předloží záznamy o proškolení zaměstnanců o požárním, havarijním a evakuačním řádu. Pokud proběhl nácvik evakuace, nemocnice předloží záznam z tohoto nácviku. Jsou-li některé činnosti (např. úklid) prováděny dodavatelsky, zajistí proškolení příslušných osob dodavatel na základě smluvní podmínky ze strany nemocnice.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice má aktualizované záznamy o proškolení zaměstnanců o požárním, havarijním a evakuačním řádu. 2. Zaměstnanci znají své povinnosti v případě požáru, zakouření či nutné evakuace nemocnice. 3. Pokud jsou některé činnosti v nemocnici prováděny dodavatelsky, jsou příslušné osoby proškoleny dodavatelem na základě smluvní podmínky ze strany nemocnice.
Způsob kontroly	Analýza osobních spisů zaměstnanců nemocnice. Analýza platných smluv. Rozhovory se zaměstnanci. Kontrola pracovišť.
Legislativní úprava	zákon č. 133/1985 Sb. vyhl. č. 246/2001 Sb.

Znění standardu	29. Nemocnice má náhradní elektrický zdroj minimálně pro operační sály a jednotky intenzivní péče.
Účel a naplnění standardu	Nemocnice prokáže existenci náhradního zdroje, záznamy o kontrolním spuštění a je schopna na výzvu náhradní zdroj zprovoznit.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Nemocnice má funkční náhradní zdroj elektrické energie minimálně zásobující operační sály a oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti na přístrojové podpoře.2. Tento zdroj je pravidelně kontrolován.3. O provedených kontrolách existují záznamy.
Způsob kontroly	Analýza dokumentů nemocnice. Kontrola náhradního zdroje.
Legislativní úprava	Obecná prevenční povinnost (zejm. §415 obč. zák.)

Znění standardu	30. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem plán preventivních prohlídek přístrojů zahrnující přístroje, které jsou zdroji ionizačního záření a přístroje užívané k monitoraci a/nebo podpoře základních životních funkcí (respirátory, defibrilátory, monitory atd.).
Účel a naplnění standardu	Nemocnice naplní tento standard předložením plánu preventivních prohlídek vyjmenovaných přístrojů. Při akreditačním šetření inspektoři kontrolují přítomnost inventárních čísel na jednotlivých přístrojích a srovnávají s plánem preventivních prohlídek.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice má plán preventivních prohlídek přístrojů zahrnující přístroje, které jsou zdroji ionizačního záření a přístroje užívané k monitoraci a/nebo podpoře základních životních funkcí (respirátory, defibrilátory, monitory atd.). 2. Tento plán se v praxi dodržuje.
Způsob kontroly	Analýza dokumentů nemocnice. Kontroly pracovišť.
Legislativní úprava	Zákon č.123/2000 Sb. v platném znění

VII. Standardy managementu

Znění standardu	31. Ředitel nemocnice vydává organizační řád nemocnice, ve kterém jasně definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti a rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení.
Účel a naplnění standardu	<p>Nemocniční struktura, tedy vztahy nadřízenosti a podřízenosti, je jasně definována v organizačním řádu nemocnice, nejlépe pak graficky znázorněna v příloženém organizačním diagramu.</p> <p>Organizační řád nemocnice jasně definuje pravomoci a povinnosti jednotlivých vedoucích pracovníků nebo jejich skupin.</p> <p>Organizační řád nemocnice jasně definuje formy vertikální i horizontální komunikace mezi jednotlivými funkčními skupinami pracovníků. Jsou vymezeny především písemné formy této komunikace (příkazy, směrnice, zápisy atd.)</p> <p>Nemocnice pravidelně aktualizuje svou organizační strukturu, aby stále co nejlépe splňovala měnící se požadavky zřizovatele a potřeby komunity, které poskytuje zdravotní péči.</p> <p>Nemocnice určí nejdelší časový interval, po který je organizační řád platný, aniž by byl revidován.</p>
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. V organizačním řádu nemocnice je definována její organizační struktura. 2. V organizačním řádu nemocnice jsou definovány pravomoci a povinnosti vedoucích pracovníků. 3. V organizačním řádu nemocnice jsou definovány formy komunikace. 4. Organizační řád nemocnice je pravidelně aktualizován.
Způsob kontroly	<p>Revize písemných organizačních podkladů nemocnice.</p> <p>Pohovor s vedoucími pracovníky nemocnice.</p> <p>Posouzení provozu.</p>
Legislativní úprava	

Znění standardu	32. Každé oddělení nemocnice má písemně zpracované spektrum péče poskytované pacientům.
Účel standardu	Každé oddělení zpracovává písemně informaci o spektru své péče ze dvou důvodů: jednak tím informuje vedení nemocnice o materiálních, personálních a technologických požadavcích na provoz, které vedení nemocnice pro oddělení zajišťuje, a jednak tím poskytuje informaci o spektru svých služeb navenek svým pacientům.
Naplnění standardu	<p>Každé oddělení pravidelně (v intervalech stanovených vedením nemocnice) obnovuje písemnou informaci o spektru své péče, který dává k dispozici vedení nemocnice. Tento materiál obsahuje informace o rozsahu péče poskytované daným oddělením, jejich časové vymezení (ambulance), personální obsazení oddělení, základní charakteristiku pacientů a jejich potřeb a návaznost péče na služby jiných oddělení.</p> <p>Informace o spektru služeb, jejich časovém vymezení, personálním obsazení a důležitých kontaktech jsou zveřejňovány pro potřeby současných i potenciálních pacientů nemocnice a to vhodnou formou pro pacienty dostupnou a srozumitelnou jako jsou například tištěné letáky, brožury, popřípadě formou telefonického informačního centra nebo skrze internetové stránky.</p> <p>Rozsah činnosti lze definovat pozitivně: oddělení/nemocnice poskytuje komplexní péči v oborech nebo negativně: veškerou péči s výjimkou</p>
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existují informace o spektru péče každého oddělení, které vedoucí pracovníci používají k řízení nemocnice. 2. Informace o spektru služeb jsou poskytovány pacientům vhodnou a srozumitelnou formou. 3. Písemný dokument o spektru své péče každé oddělení pravidelně aktualizuje.
Způsob kontroly	<p>Revize písemných organizačních podkladů nemocnice</p> <p>Pohovor s vedoucími pracovníky nemocnice</p> <p>Rozhovory se zaměstnanci klinik a oddělení</p> <p>Pozorování na klinikách</p> <p>Rozhovory s pacienty</p>
Legislativní úprava	

Znění standardu	33. Každý vedoucí oddělení (kliniky) 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	Nemocnice prokáže, že její střední management (primáři a vrchní sestry) komunikuje s vedením nemocnice, zná organizační řád a plán rozvoje a že jeho činnost je v souladu s organizačním řádem a plánem rozvoje nemocnice. Dále nemocnice prokáže, že její střední management se aktivně účastní programu kontinuálního zvyšování kvality a že funguje komunikace a spolupráce mezi jednotlivými odděleními. Příklad: Problematika kvality je zařazena do programu pravidelných porad s primáři/přednosty a vrchními sestrami oddělení.
Indikátory standardu	1. Každý vedoucí oddělení (kliniky) dodržuje organizační řád a plán rozvoje, který řeší otázky personální, rozvoj odborný, rozvoj kvality a rozvoj spolupráce a kooperace s jinými odděleními.
Způsob kontroly	Revize písemných organizačních podkladů nemocnice Pohovor s vedoucími pracovníky nemocnice Revize písemných záznamů z pracovních porad Pozorování na pracovištích
Legislativní úprava	

Znění standardu	34. Vedení nemocnice a personál jsou seznámeni s posláním, cíli, a se strategií řízení nemocnice.
Účel standardu	Aby nemocnice fungovala efektivně, všichni zaměstnanci musí „táhnout za jeden provaz“. Důležitým prvkem koordinující činnosti řídicích i řadových zaměstnanců a spolupráci jednotlivých oddělení je definování společného poslání nemocnice (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.
Naplnění standardu	Vedení nemocnice písemně formuluje poslání a cíle nemocnice a seznamuje s nimi všechny zaměstnance.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Řídící pracovníci formuluje poslání a cíle nemocnice.2. Všichni zaměstnanci jsou seznámeni s posláním a cíli nemocnice.
Způsob kontroly	Revize písemných organizačních podkladů nemocnice Pohovor s vedoucími pracovníky nemocnice Rozhovory se zaměstnanci pracovišť nemocnice
Legislativní úprava	

Znění standardu	35. Vedení nemocnice má stanovenou metodiku zpracování změn v oborové legislativě do vnitřních předpisů organizace.
Účel standardu	Aby činnost nemocnice mohla probíhat v souladu s platnou legislativou, musí se orientovat v nových a doplněných zákonech, které se k její činnosti vztahují, a tyto změny promítat do svých vnitřních normativních aktů.
Naplnění standardu	Nemocnice 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 dané zařízení vyplynou, jsou zavedeny do činnosti nemocnice a do jejích vnitřních normativních aktů.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. V nemocnici je určen zaměstnanec odpovědný za sledování aktuální legislativy. 2. Je zaveden proces zavedení těchto změn do vnitřních norem nemocnice. 3. Tento proces je funkční. Vedoucí pracovníci ho umějí popsat a řadoví zaměstnanci jsou informováni o aktuální legislativě, která se vztahuje k jejich kompetencím a pracovní náplni.
Způsob kontroly	<p>Revize písemných organizačních podkladů nemocnice</p> <p>Pohovor s vedoucími pracovníky nemocnice</p> <p>Rozhovory se zaměstnanci klinik a oddělení</p> <p>Posouzení provozu</p>
Legislativní úprava	

Znění standardu	36. Vedení nemocnice poskytuje pravidelně, včasně a kvalitně podklady orgánům státní správy a statistiky za účelem analýzy a možnosti srovnávání jednotlivých zařízení.
Účel a naplnění standardu	Naplnění tohoto standardu souvisí se standardem č. 43. Nemocnice sbírá a zasílá požadovaná data orgánům státní správy.
Indikátory standardu	1. Vedení nemocnice poskytuje pravidelně, včasně a kvalitně podklady orgánům státní správy a statistiky za účelem analýzy a možnosti srovnávání jednotlivých zařízení.
Způsob kontroly	Revize písemných organizačních podkladů nemocnice Pohovor s vedoucími pracovníky nemocnice
Legislativní úprava	Zákon č. 20/1966 sb., o péči o zdraví lidu Zákon č. 89/1995 sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů

VII. Standardy péče o zaměstnance

Znění standardu	37. Nemocnice má písemně vypracovanou náplň práce pro všechny typy zaměstnanců, vedení nemocnice stanoví počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky.
Účel standardu	<p>V návaznosti na poslání nemocnice, spektrum poskytované péče a potřeby pacientů a jejich blízkých stanoví společně management a vedoucí pracovníci jednotlivých pracovišť (primáři a vrchní sestry, vedoucí nezdavotnických pracovišť) nemocnice počty potřebného personálu, jejich požadovanou kvalifikaci a v neposlední řadě náplň práce každého zaměstnance, aby tyto potřeby mohly být naplňovány. V souladu s takto stanovenými personálními požadavky nemocnice přijímá a zapracovává nové zaměstnance. Zaměstnancům jsou poskytnuty podmínky k tomu, aby se mohli dále profesně rozvíjet. K tomu je stanoven plán rozvoje kvalifikace personálu.</p>
Naplnění standardu	<p>Nemocnice stanoví náplň práce každého zaměstnance a to prokazatelně, tedy písemně do jeho osobního spisu, a co nejkonkrétněji, tedy výčtem prováděných činností, povinností a pravomocí. Náplň práce odpovídá skutečnosti a je aktualizována vždy, když jsou zaměstnanci na pracovišti přiděleny nové povinnosti nebo když zaměstnanec postoupí ve svém profesním rozvoji a rozšíří se jeho pravomoci. Vedení nemocnice ve spolupráci s vedením jednotlivých oddělení stanoví písemně požadavek na počty a odbornou kvalifikaci personálu pro jednotlivá oddělení, tento plán pravidelně aktualizuje a řídí se jím při přijímání a zapracování nových zaměstnanců nebo při převezech personálu mezi odděleními.</p> <p>Nemocnice prokáže, že pro každé pracovní místo má vypracován plán pravidelných školení a dalšího vzdělávání, které zajistí pracovníkovi udržení či rozšíření znalostí a dovedností, které potřebuje pro provádění své pracovní náplně a pro případný odborný rozvoj. Proto však musí nejdříve vedení nemocnice společně s příslušnými vedoucími pracovníky identifikovat tyto potřeby pravidelného školení a dalšího vzdělávání pro každé pracovní místo.</p>
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Všichni zaměstnanci nemocnice mají stanovenou náplň práce.2. Náplň práce každého zaměstnance je aktuální.3. Je písemně zpracován plán personální politiky nemocnice.4. Plán odpovídá skutečnosti.5. Každému zaměstnanci je umožňováno nebo přímo poskytováno vzdělání a odborné školení jak v rámci nemocnice tak mimo ni, které udržuje či zvyšuje jeho znalosti a dovednosti.6. Náplň školení a vzdělávání je přiměřená roli daného

	pracovníka v poskytování péče pacientům.
Způsob kontroly	Revize personálních složek zaměstnanců Pohovor s vedoucími pracovníky nemocnice Rozhovory se zaměstnanci klinik a oddělení
Legislativní úprava	Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře Zákon č.95/2004Sb. Zákon č.96/2004Sb. Vyhláška č.424/2004Sb. Subs. zákon 65/1965 Sb., zákoník práce

Znění standardu	38. Kromě určení kvalifikace a výkonových předpokladů všech zaměstnanců, určuje v organizačním řádu vedení nemocnice formy spolupráce jednotlivých oddělení nemocnic.
Účel a naplnění standardu	Nemocnice naplní tento standard, když prokáže, jak se koordinuje péče mezi jednotlivými pracovišti. Jedná se jednak o organizaci konsiliárních služeb v rámci posuzovaného zařízení, dále o koordinaci horizontálně probíhajících aktivit (například činnost traumatologického týmu, endoskopického týmu, nutričního týmu) a v neposlední řadě o organizaci a dostupnost interdisciplinárních služeb (laboratoře, RDG, RHB, sociální odd. apod.) Při zpracování předpisu o konsiliárních službách je jeho nedílnou součástí: podmínka kvalifikace konsiliárního lékaře, stanovení dostupnosti konsilií v čase dle odborností a typu naléhavosti a organizace spojení na konsiliáře.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem organizaci konsiliárních služeb pro své pacienty.2. Konsiliární služby jsou poskytovány v souladu s tímto předpisem.3. Nemocnice upraví vnitřním předpisem činnost existujících stálých multidisciplinárních týmů.4. Multidisciplinární týmy postupují péči v souladu s tímto předpisem.5. Nemocnice upraví vnitřním předpisem dostupnost a organizaci interdisciplinárních služeb.6. Interdisciplinární služby jsou zajišťovány v souladu s tímto předpisem.
Způsoby kontroly	Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Rozhovory se zaměstnanci. Kontrola uzavřené a otevřené dokumentace.
Legislativní úprava	

Znění standardu	39. Vedení nemocnice rozvíjí systematicky proces školení pověřování lékařů k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon lékařů.
Účel standardu	Každý lékař v nemocnici má jasně stanovené spektrum kompetencí. Ty jsou mu přidělovány nejen na základě jeho vzdělání, ale na základě poslání nemocnice, spektra pacientů a jejich potřeb, specifických úkolů konkrétního oddělení a v neposlední řadě osobních kvalit, zdravotního stavu a hodnotového systému daného lékaře. Vzhledem k tomu, že tato kritéria se v čase mění, kompetence lékařů musí být průběžně přehodnocovány. Lékaři jsou, stejně jako ostatní zaměstnanci, hodnoceni s ohledem na jejich pracovní náplň, povinnosti a kompetence.
Naplnění standardu	Při nástupu lékaře do zaměstnání jsou mu společně s popisem práce přiděleny konkrétní kompetence a ty jsou dále pravidelně (v intervalu stanoveném nemocnicí) aktualizovány. Aktuální spektrum kompetencí každého lékaře je zaznamenáno v jeho osobním spise. Práce každého lékaře je hodnocena po jeho zapracování a dále pravidelně v intervalu nejméně jednou za dva roky.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Každý lékař nemocnice má konkrétní spektrum svých kompetencí. 2. Kompetence lékařů jsou průběžně aktualizovány a odpovídají skutečnosti. 3. Aktuální kompetence lékařů jsou uvedeny v jejich osobních spisech. 4. Každý lékař nemocnice je písemně hodnocen do půl roku od začátku pracovního poměru a dále minimálně jednou za dva roky. 5. Písemné hodnocení lékařů je uvedeno v jejich osobních spisech.
Způsob kontroly	Revize personálních složek zaměstnanců Pohovor s vedoucími pracovníky nemocnice Rozhovory se zaměstnanci
Legislativní úprava	Obecná povinnost předcházet škodám, mj. na zdraví (zejm. §415 obč. zák.) ve spojení s odpovědností právnické osoby za činnost zaměstnanců

Znění standardu	40. Vedení ošetrovatelského personálu rozvíjí systematicky proces školení pověřování sester k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon sester.
Účel standardu	Každý nelékařský pracovník má jasně stanovené spektrum kompetencí. Ty jsou mu přidělovány nejen na základě vzdělání, ale na základě poslání nemocnice, spektra pacientů a jejich potřeb, specifických úkolů konkrétního oddělení a v neposlední řadě osobních kvalit, zdravotního stavu a hodnotového systému konkrétního pracovníka. Vzhledem k tomu, že tato kritéria se v čase mění, kompetence nelékařského personálu musí být průběžně přehodnocovány. Nelékařský personál je, stejně jako ostatní zaměstnanci, hodnocen s ohledem na svou pracovní náplň, povinnosti a kompetence.
Naplnění standardu	Při nástupu pracovníka do zaměstnání jsou mu společně s popisem práce přiděleny konkrétní kompetence a ty jsou dále pravidelně aktualizovány. Aktuální spektrum kompetencí každého pracovníka je zaznamenáno v jeho osobním spise. Práce každého pracovníka je hodnocena po jeho zapracování a dále pravidelně v intervalu nejméně jednou za dva roky.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Každý pracovník nemocnice má konkrétní spektrum svých kompetencí.2. Kompetence pracovníků jsou průběžně aktualizovány a odpovídají skutečnosti.3. Aktuální kompetence pracovníků jsou uvedeny v jejich osobních spisech.4. Každý pracovník nemocnice je písemně hodnocen do půl roku od začátku pracovního poměru a dále minimálně jednou za dva roky.5. Písemné hodnocení pracovníků je uvedeno v jejich osobních spisech.
Způsob kontroly	Revize osobních spisů zaměstnanců Pohovor s vedoucími pracovníky nemocnice Rozhovory se zaměstnanci
Legislativní úprava	

Znění standardu	41. Nemocnice sleduje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců.
Účel standardu	Sledování spokojenosti zaměstnanců a systematické odstraňování zjištěných nedostatků patří k základním pilířům personálního řízení nemocnice. Nemocnice sleduje spokojenost zaměstnanců pravidelně. Vhodné je použít dotazníkovou formu měření, která umožňuje statistické zpracování dat a určování trendů. Není nutné sledovat spokojenost všech skupin zaměstnanců, je možno vybrat například na základě analýzy fluktuace zaměstnanců.
Naplnění standardu	Nemocnice pravidelně, minimálně jednou ročně, sleduje spokojenost zaměstnanců a zkoumá trendy a jednotlivé kasuistiky. Sledování spokojenosti chrání identitu respondentů.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice sleduje spokojenost zaměstnanců minimálně jednou ročně 2. Výsledky sledování spokojenosti zaměstnanců se analyzují.
Způsob kontroly	Revize písemných organizačních podkladů nemocnice Pohovor s vedoucími pracovníky nemocnice
Legislativní úprava	

Znění standardu	42. Nemocnice má vypracován plán (směrnice) bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek.
Účel standardu	V nemocnici existuje řada provozů, kde je nutno účinně zamezovat vzniku a přenosu nozokomiálních infekcí a chránit tak pacienty nemocnice. Samotní zaměstnanci nemocnice se musí chránit před poraněními a infekcemi spojené s některými pracovními postupy.
Naplnění standardu	Nemocnice vytvoří vnitřní předpis, ve kterém pro různá prostředí (standardní oddělení, intenzivní péče, komplement atd.) stanoví úroveň protiepidemických opatření a povinnou ochranou obuv a ochranný oděv. Předpis dále stanoví povinné ochranné pomůcky u rizikových činností (manipulace s biologickým materiálem, manipulace s chemickými látkami atd.) Jednotlivá oddělení se směrnici pracují a dále do detailu rozvedou tato opatření do svých provozních řádů.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Nemocnice má vypracovanou směrnici o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci.2. Tato směrnice definuje povinné ochranné pomůcky pro jednotlivá oddělení a dále pro některé rizikové činnosti.3. Směrnice je dodržována personálem nemocnice.
Způsob kontroly	Revize písemných organizačních podkladů nemocnice Posouzení provozu klinik, komplementu a obslužných provozů
Legislativní úprava	Nařízení vlády č. 172/1997 sb. a č. 178/2001 sb.

IX. Standardy pro sběr a zpracování informací

Znění standardu	43. Nemocnice shromažďují informace o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů i jednotek ve stanovené struktuře a využívá je pro vlastní potřebu i pro NZIS.
Účel a naplnění standardu	Naplnění tohoto standardu souvisí se standardem č. 36. Nemocnice shromažďuje a analyzuje demografická data o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů. Tato data jsou používána při řízení nemocnice, obzvláště při strategickém plánování, a sdílena s externími databázemi jako NZIS, což umožňuje porovnávání dané nemocnice s ostatními zdravotnickými zařízeními na národní i mezinárodní úrovni.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Nemocnice shromažďuje data o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů.2. Tato demografická data řídicí pracovníci používají při řízení nemocnice.3. Demografická data nemocnice sdílí s NZIS.
Způsob kontroly	Revize písemných organizačních podkladů nemocnice Pohovor s vedoucími pracovníky nemocnice
Legislativní úprava	Zákon č. 20/1966 sb., o péči o zdraví lidu Zákon č. 89/1995 sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů

Znění standardu	44. Lékařská a ošetrovatelská dokumentace obsahuje dostatečné informace o identifikaci pacienta, diagnóze a postupech léčby.
Účel standardu	<p>Úplnost vedené zdravotnické dokumentace je základním předpokladem kvalitní diagnostické a terapeutické péče o pacienta. Zdravotnická dokumentace je hlavní formou komunikace mezi jednotlivými odborníky, kteří o pacienta 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 nemocnice a dokonce i mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními (propouštěcí, překladová zpráva).</p> <p>Průkaznost dokumentace je na druhé straně důležitá pro možnost zpětné rekonstrukce poskytnuté péče, a to pro potřebu nemocnice nebo posudkovou činnost při soudních sporech.</p> <p>Aby nemocnice zajistila dodržování pravidel vedení dokumentace, musí průběžně sledovat uzavřenou i otevřenou dokumentaci, tedy zahrnout tento parametr do procesu zvyšování kvality.</p>
Naplnění standardu	<p>Nemocnice vytvoří směrnici o zdravotnické dokumentaci, kde jasně definuje formu a rozsah zápisu do jejich jednotlivých částí a práva jednotlivých kategorií zaměstnanců do dokumentace zapisovat. Směrnice ošetří jak hospitalizační tak ambulantní dokumentaci. Na vytvoření této směrnice se podílí vedoucí kliničtí pracovníci jednotlivých oddělení (lékaři i sestry), vedení nemocnice a další zaměstnanci, kteří do dokumentace zapisují nebo ji používají při práci (např. epidemiolog, informatik).</p> <p>Směrnice o zdravotnické dokumentaci zároveň respektuje všechny relevantní zákony a podzákonné normy.</p> <p>Nemocnice vypracuje metodiku sledování úplnosti zdravotnické dokumentace, informace vyhodnocuje a pracuje s nimi (viz. Standard č. 48).</p> <p>Nemocnice prokáže jakým způsobem identifikuje pacienty – buď pomocí technických pomůcek (identifikační náramky, fotografie) nebo přísným zajištěním kontinuity informací o pacientech mezi zdravotnickými pracovníky.</p>
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice vytvoří vnitřní předpis o zdravotnické dokumentaci hospitalizovaných i ambulantních pacientů, 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 pacienta, diagnóze,

	<p>postupech léčby, průběhu léčby a informace podporující zvolené diagnostické a terapeutické výkony a stanovenou diagnózu.</p> <p>5. Nemocnice má zaveden systém kontinuálního zvyšování kvality zdravotnické dokumentace.</p> <p>6. Nemocnice má zaveden způsob identifikace pacientů.</p>
Způsob kontroly	<p>Revize písemných organizačních podkladů nemocnice. Kontrola uzavřené a otevřené dokumentace.</p>
Legislativní úprava	<p>Zákon č. 20/1966 sb., o péči o zdraví lidu §67b, Zákon č. 79/1997</p> <p>Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny</p>

Znění standardu	45. Operační protokol je vypsán okamžitě po operaci, obsahuje jméno operátora, asistenta, nálezy, užitý postup, zvláštnosti a případné komplikace průběhu.
Účel a naplnění standardu	Způsob vypracování operačního protokolu je součástí vnitřního předpisu o dokumentaci, který nemocnice vytvoří (viz standard č. 44). Operační protokol je vyhotoven bezprostředně po operaci. Operační protokol obsahuje jméno operátora, asistenta, nálezy, užitý postup, zvláštnosti a případné komplikace průběhu.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operační protokol je vyhotoven okamžitě po operaci. 2. Operační protokol obsahuje jméno operátora, asistenta, nálezy, užitý postup, zvláštnosti a případné komplikace průběhu. 3. Operační protokol je součástí kontinuálního zvyšování kvality zdravotnické dokumentace
Způsob kontroly	Revize písemných organizačních podkladů nemocnice. Kontrola uzavřené a otevřené dokumentace.
Legislativní úprava	Zákon 20/1966 Sb., §67b, odst.2), písm.b)

Znění standardu	46. Pooperační dokumentace u pacientů obsahuje informace o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infúzí), o aplikaci krve a krevních derivátů a všech nezvyklých komplikacích a jiných závažných okolnostech.
Účel a naplnění standardu	Rozsah a forma pooperační dokumentace jsou součástí vnitřního předpisu o zdravotnické dokumentaci (pooperační péči upravuje rovněž standard číslo 12). Pooperační dokumentace obsahuje informace o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infúzí), o aplikaci krve a krevních derivátů a všech nezvyklých komplikacích a jiných závažných okolnostech. Úplnost pooperační dokumentace je součástí pravidelné kontroly zdravotnické dokumentace (viz standard číslo 48)
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem rozsah a formu pooperační dokumentace pacienta. 2. Tento vnitřní předpis je zpracován v souladu s národní legislativou. 3. Tento vnitřní předpis se dodržuje.. 4. Pooperační dokumentace obsahuje mimo jiné informace o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infúzí), o aplikaci krve a krevních derivátů a všech nezvyklých komplikacích a jiných závažných okolnostech.
Způsob kontroly	Revize písemných organizačních podkladů nemocnice. Otevřená a uzavřená zdravotnická dokumentace pacienta.
Legislativní úprava	Zákon 20/1966 Sb., §67b, odst.2), písm.b)

Znění standardu	47. Nemocnice 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 nemocnici stanoveny vnitřním předpisem. Úplnost propouštěcích zpráv je součástí pravidelné kontroly zdravotnické dokumentace (viz standard číslo 44).
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem rozsah a formu propouštěcí zprávy, jakož i termíny vyhotovení její předběžné a definitivní verze. 2. Předběžná propouštěcí zpráva je vyhotovena v čase propuštění, definitivní propouštěcí zpráva je vyhotovena do deseti pracovních dnů po propuštění pacienta. 3. Úplnost a včasnost vyhotovení propouštěcích zpráv je součástí pravidelné kontroly zdravotnické dokumentace.
Způsob kontroly	Revize písemných organizačních podkladů nemocnice. Otevřená a uzavřená zdravotnická dokumentace pacienta.
Legislativní úprava	Úmluva o biomedicině, čl. 5 a 10 (právo na informace o zdravotním stavu), zákon 20/1966 Sb.

Znění standardu	48. Nemocnice má metodiku kontroly úplnosti a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv.
Účel a naplnění standardu	Nemocnice zavede způsob pravidelné kontroly a pravidelnost vyhodnocování výsledků zdravotnické dokumentace, s výsledky pracuje a jednotlivá oddělení jsou průběžně informována o výsledcích takové kontroly. Nemocnice naplní standard zavede-li pravidelné audity dokumentace (hospitalizovaných i ambulantních pacientů). Výsledky auditů porovnává v časové řadě a užívá je při evaluaci pracovišť.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Nemocnice pravidelně vyhodnocuje úplnost a včasnost propouštěcích zpráv.2. Výstupy této kontroly nemocnice efektivně používá k průběžnému hodnocení pracovišť.
Způsob kontroly	Rozhovory s vedoucími pracovníky. Revize písemných organizačních podkladů nemocnice.
Legislativní úprava	

X. Standardy protiepidemických opatření

Znění standardu	49. Nemocnice rozvíjí a využívá koordinační proces k redukci rizik nozokomiálních infekcí pacientů i profesionálních nákaz personálu, monitoruje nozokomiální infekce a profesionální nákazy a podniká opatření k prevenci a snižování rizik nozokomiálních infekcí a profesionálních nákaz.
Naplnění standardu	Nemocnice tento standard naplní řádným sledováním nosokomiálních infekcí v souladu s platnými právními předpisy. Výskyt nosokomiálních nákaz, resp. compliance s povinnostmi hlásit je možný (a užitečný) indikátor kvality péče v zařízení. Při posuzování shody se standardem budou inspektoři vyžadovat evidenci nosokomiálních infekcí a informaci o příslušných provedených intervencích. Vzhledem k tomu, že procento hlášení nosokomiálních infekcí v ČR je velmi nízké, je vhodné stimulovat pracovníky k hlášení – v žádném případě tedy výskyt nosokomiálních infekcí nesankcionovat.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none">1. Nemocnice sleduje výskyt nosokomiálních infekcí v souladu s platnou legislativou.2. Nemocnice podniká opatření ke snížení rizik nosokomiálních infekcí.
Způsob kontroly	Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Místní šetření. Pohovor s nemocničním epidemiologem či osobou s podobnou náplní práce
Legislativní úprava	zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví vyhl. 440/2000 Sb. Obecná prevenční povinnost dle § 415 Obč.Z

Znění standardu	50. V souladu s platnými předpisy probíhají pravidelná školení personálu o manipulaci s biologickým materiálem a jeho skladování, včetně likvidace použitých pomůcek.
Naplnění standardu	Nemocnice naplní tento standard vypracováním vnitřního předpisu, který upravuje manipulaci s biologickým materiálem (včetně biologického odpadu a prádla) a postup při likvidaci použitých pomůcek potřísněných biol. tekutinami.
Indikátory standardu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nemocnice má vypracovaný vnitřní předpis, který upravuje nakládání s biologickým materiálem. 2. Tento předpis upravuje způsob likvidace biologického odpadu. 3. Tento předpis upravuje manipulaci s infekčním prádlem. 4. Tento předpis upravuje postup při likvidaci použitých pomůcek potřísněných biol. tekutinami. 5. Tento předpis se dodržuje.
Způsob kontroly	Analýza vnitřních předpisů nemocnice. Kontrola pracovišť.
Legislativní úprava	zák. 258/2000 Sb., vyhl. 440/2000 Sb. zák. 185/2001 Sb.

