

NÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDSY PRO NEMOCNICE



2. vydání - dotisk
účinnost od 1. 9. 2009

NÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDSY PRO NEMOCNICE

Manuál a metodika plnění

Editoři:

MUDr. David Marx
MUDr. František Vlček

2. Vydání - dotisk
účinnost od 1. 9. 2009

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

2009

NÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NEMOCNICE

Editori:

MUDr. David Marx

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 978-80-903750-6-2

| | |
|--|-----|
| Obsah | 5 |
| Předmluva | 7 |
| Úvod | 9 |
| Errata et Corrigenda | 11 |
| I. Standardy řízení kvality a bezpečí | 13 |
| II. Standardy diagnostické péče | 23 |
| III. Standardy péče o pacienty | 35 |
| IV. Standardy kontinuity zdravotní péče | 55 |
| V. Standardy dodržování práv pacientů | 65 |
| VI. Standardy podmínek poskytované péče | 73 |
| VII. Standardy managementu | 81 |
| VIII. Standardy řízení lidských zdrojů..... | 89 |
| IX. Standardy pro sběr a zpracování informací | 99 |
| X. Standardy protiepidemických opatření | 109 |
| Poznámky | 116 |

Vážené kolegyně, vážení kolegové, všichni, kdo se zajímáte o proces akreditace zdravotnických zařízení.

Je mi velikou ctí představit vám toto druhé vydání národních akreditačních standardů pro nemocnice včetně metodiky jejich plnění, které byly vytvořeny jako další z aktivit Spojené akreditační komise, o. p. s. (SAK, o. p. s.). Je tomu více než deset let, kdy Ministerstvo zdravotnictví ČR uvedlo v život prvních padesát akreditačních standardů. Před více než třemi lety pak SAK, o. p. s. vydala metodiku plnění těchto standardů. Toto první vydání vzbudilo mezi vámi veliký zájem, takže jsme v tiskárně s radostí zajišťovali i další dotisky. Mnozí z vás jste si podle této příručky zmapovali úroveň kvality a bezpečí při poskytování zdravotní péče ve vlastním zařízení a mnozí jste se pomocí jí úspěšně připravili k akreditačnímu šetření. Zájem o tato šetření v posledních třech letech výrazně roste a počty akreditovaných zařízení se již počítají na desítky.

Protože zvyšování kvality je proces kontinuální, nemohli jsme ani my ustrnout. Výsledkem toho je pak nová verze akreditačních standardů, která se vám právě dostává do rukou. Najdete v ní větší počet standardů, upravené některé indikátory atd., to vše ve snaze o větší srozumitelnost, jednoznačnost a jednodušší praktické použití. Věříme, že i nadále budou standardy SAK, o. p. s., sloužit jako účinný nástroj nejen pro zmapování stavu zařízení v oblasti kvality a bezpečí péče, ale i jako nástroj pro zavedení, rozvoj a kontrolu programu zvyšování kvality a bezpečí. Vrcholem pak může být podstoupení externího hodnocení, tedy provedení vlastní akreditace.

Na tomto místě bych rád poděkoval všem, kdo se na zpracování druhého vydání metodiky podíleli, i všem těm, kteří svými praktickými připomínkami ovlivnili její výslednou podobu. Zároveň chci poděkovat i vám všem, kdo jste pracovali s původními standardy, či kdo budete nyní používat jejich novou verzi. Je totiž příjemné pozorovat, jak se v průběhu doby postupně podařilo prosadit myšlenku akreditace a jak pojmy pořádek, kvalita a bezpečí v našich zdravotnických zařízeních nabývají konkrétní podoby. Za Spojenou akreditační komisi vám všem držím palce a přeji mnoho úspěchů.

MUDr. Ivan Staněk, Spojená akreditační komise, o. p. s.

Nové vydání Národních akreditačních standardů pro nemocnice Spojené akreditační komise, o.p.s., přináší zdravotnickým zařízením moderní a efektivní nástroj ke zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče. Celkový počet standardů se zvýšil na 74 – vyšší je i počet indikátorů jednotlivých standardů. Tato změna je způsobena jednak snahou autorů o zpřesnění požadavků na některé oblasti upravované akreditačními standardy (ošetřovatelský proces, dodržování práv pacientů, provoz zdravotnického zařízení, nutriční péče, hygienicko-epidemiologická problematika) jednak zařazením nových oblastí, jejichž hodnocení v souladu se zahraničními zkušenostmi vede ke zvýšení kvality a bezpečí zdravotní péče (kontinuita poskytované péče, edukace pacientů).

Proti poslednímu vydání se nemění struktura publikace – u každého standardu je uveden účel a popis možnosti jeho naplnění a dále indikátory standardu, což jsou měřitelné parametry naplnění - jednoduše řečeno otázky, na které se v průběhu akreditačního procesu očekává pozitivní odpověď. Vzhledem k proměnlivosti národní legislativy jsme u jednotlivých standardů vypustili oddíl týkající se odkazů na legislativní normy vztahující se k problematice standardem upravované. Tyto informace budeme zveřejňovat a průběžně aktualizovat na stránkách SAK, o. p. s. – www.sakcr.cz.

Nové vydání Národních akreditačních standardů pro nemocnice již vstouplo v platnost 1. září 2009. **Až po vydání této publikace Národních akreditačních standardů pro nemocnice vznikla potřeba dodatečně upravit text některých standardů. Tuto změnu uvádíme v sekci „Errata et Corrigenda“, uvnitř publikace je již standard otištěn v novém znění. Vzhledem k tomu, že tato změna představuje jisté nové požadavky na provoz nemocnic a standardy jsou již účinné, Spojená akreditační komise, o.p.s., rozhodla o účinnosti této změny až od 1.3.2010. Ve vzniklém přechodném období tedy budou zdravotnická zařízení hodnocena podle původního textu upravených standardů.**

Toto nové vydání by nevzniklo bez pomoci velkého počtu našich spolupracovníků i pracovníků zdravotnických zařízení, díky jejichž připomínkám a pomoci stávající podoba standardu vznikla. Děkujeme jim všem, jmenovitě pak Pharm-

Dr. Tomáši Andělovi, Ph.D., Ireně Beckové, Mgr. Jitce Dejmkové, Ing. Gabriele Frankové, Mgr. Lence Gutové, MBA, Mgr. Olze Hasákové, Ing. Petru Hýžovi, Evě Kaňkové, Bc. Ivaně Koudelkové, Vladimíře Kučerové, MUDr. Marii Marsové, MBA, Bc. Miloslavě Maškové, Renatě Pokorné, Tamaře Starnovské, MUDr. Miluše Stiborkové, MUDr. Petru Tilšerovi, Ing. Antonínu Vejtasovi, a Jaroslavě Zavoralové.

Tohoto dotisku Národních akreditačních standardů pro nemocnice autoři využili k tomu, aby opravili jazykové a formální nedostatky textu publikace. Jejich výčet neuvádíme, neboť nijak nemění významovou stránku textu.

MUDr. David Marx, Ph.D.

MUDr. František Vlček

Opravy a úpravy textu v souvislosti s dotiskem

Standard č. 15

V textu standardu č. 15 byly provedeny změny s cílem jeho přesné interpretace – požadavek není omezen jen na nelékařské pracovníky – je na jednotlivých zařízeních, komu povinnost předání pacientů uloží.

Standard č. 41 – mezi 1. a 2. odstavcem účelu standardu vložen nový odstavec:

Obligatoční součástí poučení jsou následující informace:

- a) informace o právu pacienta na soukromí v průběhu celého procesu poskytování zdravotní péče,
- b) informace o právu na uspokojení spirituálních potřeb
- c) informace o právu na poskytování péče s ohledem na příslušný tělesný, smyslový či mentální handicap
- d) poučení o právu na informace o zdravotním stavu pacienta.
- e) informace o právu na léčbu bolesti,
- f) informace o právu podílet se na rozhodování o poskytované zdravotní péči

Indikátor č. 3 nahrazen novým textem

Tento postup vždy zahrnuje oblasti uvedené v účelu standardu, v písm. a)-f).



I.

Standardy řízení kvality a bezpečí

V nemocnici je zaveden program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.

Účel
a naplnění
standardu:

Základními předpoklady fungování 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. Nemocnice 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 jak řídicí, tak řadové pracovníky.

Indikátory
standardu:

1. V organizační struktuře nemocnice 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 nemocnice 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 celé nemocnice.

Účel
a naplnění
standardu:

Základními pilíři při zavádění a podpoře programu zlepšování a redukce rizik pro pacienty 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 pacienta, protože pacientovi je poskytována péče na mnoha různých pracovištích a též různými skupinami zdravotnických i nezdravotnických pracovníků; program proto zahrnuje i obsluhna pracoviště nemocnice, která se na bezprostřední péči o pacienty 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 nemocnice všech úrovní řízení se účastní plánování a vyhodnocování programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
2. Nemocnice má zpracován program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
3. Program zvyšování kvality a bezpečí je rozšířen do celého zařízení.

V nemocnici 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.

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.

Indikátory
standardu:

1. V nemocnici 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 nemocnici 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. Způsob, jakým jsou definovány priority v oblasti sběru a analýzy dat, však musí nemocnice zdůvodnit, tedy jasně vysvětlit, proč zvolila konkrétní spektrum sledovaných indikátorů, případně proč některé oblasti sledovány nejsou. 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 nemocnice 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 nemocnici je zaveden účinný proces sledování mimořádných/nežádoucích událostí¹.

Účel
a naplnění
standardu:

Nemocnice, aby tento standard naplnila, musí zavést systém hlášení, který je dostupný všem pracovníkům, takže kdokoli může informovat o výskytu rizika poškození pacienta 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.

Nemocnice by dále měla být schopna demonstrovat, jakým způsobem pozitivně motivuje pracovníky, aby zajistila co největší míru hlášených nežádoucích událostí z provozu 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 „klasických“ nežádoucích událostí, může rovněž sledovat výskyt selhání provozních či organizačních dle priorit dané nemocnice.

Indikátory
standardu:

1. V zařízení je zaveden účinný proces hlášení a analýzy nežádoucích událostí, v rámci tohoto procesu nemocnice definuje, které události se považují za nežádoucí a definuje jejich závažnost s ohledem na riziko pro pacienty, 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.

¹Mimořádnou, resp. nežádoucí událostí se rozumí poškození pacienta nebo riziko tohoto poškození, způsobené činností zdravotnických a nezdravotnických pracovníků nemocnice, nikoli onemocněním nebo poraněním pacienta.

Nemocnice má zaveden systém sledování spokojenosti pacientů a účinný proces řešení stížností.

Účel
a naplnění
standardu:

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

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

Indikátory
standardu:

1. V nemocnici se sbírají a pravidelně vyhodnocují data o spokojenosti pacientů s poskytovanou zdravotní péčí.
2. Nemocnice 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 pacienty.

Nemocnice vytvoří pro všechny klinické obory 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 nemocnice by mělo být standardizovat důležité postupy, které provádějí lékaři, sestry a další zdravotnický personál.

Nemocnice naplní standard tím, že deklaruje, zda poskytuje zdravotní péči v konkrétních oblastech podle již vytvořených doporučených postupů (například odborných společností národních či mezinárodních), nebo zda si takové postupy vytváří sama. Pokud se nemocnice 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 dané nemocnici. Vytvořená doporučení nemocnice pravidelně aktualizuje a doplňuje. Zdravotní péče poskytovaná v dané nemocnici musí respektovat vytvořená doporučení.

Tento standard není možno interpretovat tak, že pro všechny postupy v nemocnici 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 pacienty s diabetem – nebo činnosti s velkou mírou rizika – například pooperační monitoring².

Indikátory
standardu:

1. Nemocnice vytvoří pro všechny klinické obory 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.

²Příklady dalších oblastí/činností vyžadujících zpracování postupů: rehabilitační ošetrování, péče o rizikové skupiny pacientů (děti, senioři), prevence stranové záměny, sledování bolesti, péče o pacienta s rizikem sebepoškození, zpracování standardů pro provádění méně častých výkonů (např. péče o pacienty s PEG na standardních odděleních) a další.



II.

Standardy diagnostické péče

Příslušně kvalifikovaný personál stanoví medicínské, ošetrovatelské, psychologické a sociální potřeby každého pacienta v časovém intervalu stanoveném vnitřním předpisem, a to v míře odpovídající charakteru oddělení.

Účel
standardu:

Posuzovaná nemocnice prokáže, že u každého pacienta je v časovém intervalu po přijetí k hospitalizaci stanoveném vnitřním předpisem provedeno a dokumentováno kompletní lékařské i ošetrovatelské vyšetření a na jejich základě jsou stanoveny potřeby zdravotní péče včetně péče psychosociální. Časový interval by měl být stanoven s ohledem na potřeby pacienta, nikoli podle typu pracoviště (nelze tedy např. stanovit, že u pacientů LDN se vyšetření provádí až po 24 hodinách – je nutno uvést, že u pacientů LDN, u kterých nejsou přítomny specifikované symptomy, se vyšetření provede v delším intervalu). Rozsah stanovených vyšetření odpovídá spektru péče oddělení, na které je pacient přijatý, přitom nemocnice stanoví také „obecný“ rozsah vyšetření, který se vztahuje na všechna oddělení (viz standardy 9 a 10).

Naplnění
standardu:

Nemocnice vytvoří vnitřní předpis, ve kterém stanoví rozsah vstupního lékařského, ošetrovatelského případně jiného (fyzioterapeut, nutriční terapeut, zdravotně sociální pracovník) vyšetření, a to jak obsahově, tak formálně. Nemocnice stanoví časové intervaly pro stanovení kompletního plánu péče tak, aby interval do jeho stanovení nepřestoupil 24 hodin od přijetí. Výjimky jsou možné jen v souladu s platnou legislativou.

Indikátory
standardu:

1. Nemocnice má vnitřní předpis, který ukládá interval pro stanovení medicínských, ošetrovatelských, psychologických a sociálních potřeb každého pacienta přijatého k hospitalizaci nejpozději do 24 hodin po přijetí.
2. Tento předpis obsahuje požadavky na kvalifikaci pracovníků, kteří potřeby pacientů stanovují.
3. Tento předpis může stanovit postup dle jednotlivých oddělení.
4. Tento předpis se v praxi dodržuje.

Každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno vstupní ošetřovatelské vyšetření ošetřující sestrou do 24 hodin po přijetí.

Účel
a naplnění
standardu:

Tento standard v návaznosti na předcházející ukládá posuzované nemocnici jednak stanovit rozsah vstupního ošetřovatelského vyšetření (ošetřovatelská anamnéza) prováděného sestrami a jednak kontrolovat v praxi, zda se vyšetření takto provádí.

Standard se vztahuje na všechny pacienty přijímané do péče dané nemocnice, nerozlišuje mezi pacienty přijímanými akutně a pacienty objednanými k hospitalizaci.

Interval 24 hodin může nemocnice vnitřním předpisem libovolně zkrátit nebo prodloužit tam, kde uzná za vhodné (psychiatrická péče, následná péče).

Indikátory
standardu:

1. Nemocnice má vnitřní předpis, který ukládá rozsah vstupního ošetřovatelského vyšetření pacientů přijímaných k hospitalizaci, a to jednotně pro celou nemocnici nebo dle jednotlivých pracovišť – tzv. posouzení stavu individuálních potřeb jedince.
2. Tento předpis upravuje rozsah a formu dokumentace provedeného vyšetření sestrou či jiným pracovníkem; uvedený rozsah a forma jsou v dokumentaci nemocnice respektovány.
3. Tento předpis stanoví interval, do kterého je sestra či jiný pracovník povinen vstupní vyšetření přijatého pacienta provést a dokumentovat. Uvedený interval se dodržuje.

Každý hospitalizovaný pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno kompletní vyšetření (anamnéza + fyzikální vyšetření) ošetřujícím lékařem do 24 hodin po přijetí.

Účel
a naplnění
standardu:

Tento standard navazuje na standard číslo 8; ukládá posuzované nemocnici jednak stanovit rozsah vstupní anamnézy a vstupního fyzikálního vyšetření prováděných lékaři jednotlivých odborností a jednak v praxi tato vyšetření takto provádět.

Standard vyžaduje, aby nemocnice stanovila rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření odebíraný u všech pacientů přijímaných k hospitalizaci, přitom standard připouští nestejný rozsah odebírané anamnézy a prováděného fyzikálního vyšetření, je ale nutné, aby jak minimální rozsah platný pro všechny pacienty nemocnice, tak přesné rozsahy dle jednotlivých odborností byly vnitřním předpisem explicitně upraveny.

Standard se vztahuje na všechny pacienty přijímané do péče dané nemocnice, nerozlišuje mezi pacienty přijímanými akutně, pacienty objednanými k hospitalizaci.

Interval 24 hodin může nemocnice vnitřním předpisem libovolně zkrátit; prodloužit jej může pouze tam, kde to připouští národní legislativa.

Indikátory
standardu:

1. Nemocnice má vnitřní předpis, který ukládá rozsah kompletního vyšetření pacientů přijímaných k hospitalizaci a to jednotně pro celou nemocnici nebo dle jednotlivých pracovišť.
2. Tento předpis upravuje rozsah a formu dokumentace vyšetření pacientů lékařem; stanovený rozsah a forma dokumentace se v praxi dodržují.
3. Tento předpis stanoví interval, do kterého je lékař povinen kompletní vyšetření přijatého pacienta provést a dokumentovat; stanovený interval je v praxi dodržován.

Každý pacient v ambulantní péči bude mít provedeno a řádně zdokumentováno vyšetření (anamnéza + fyzikální vyšetření) v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem.

Účel
a naplnění
standardu:

U ambulantně ošetřovaných pacientů nemocnice 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.

Indikátory
standardu:

1. Nemocnice má vnitřní předpis, který ukládá rozsah vyšetření pacientů v ambulantní péči, a to jednotně pro celou nemocnici nebo dle jednotlivých pracovišť.
2. Tento předpis upravuje formu dokumentace provedeného vyšetření lékařem.
3. Tento předpis se v praxi dodržuje.

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

Účel
a naplnění
standardu:

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

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

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

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

Indikátory
standardu:

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

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

Účel
a naplnění
standardu:

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

Indikátory
standardu:

1. 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.), záznamy těchto osob jsou vedeny v souladu s vnitřním předpisem.
3. Tento předpis se dodržuje.

Každý pacient bude vyšetřen lékařem nejméně jedenkrát denně se zápisem do dokumentace.

Účel
a naplnění
standardu:

Nemocnice ve vnitřním předpise upraví frekvenci záznamů do dokumentace hospitalizovaných pacientů (viz standard 13). Přitom stanoví povinnost lékaře provést vyšetření a učinit o něm záznam u každého pacienta minimálně jedenkrát denně (na pracovištích intenzivní péče nejméně dvakrát denně), a to včetně dní pracovního klidu a státních svátků.

Indikátory
standardu:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem povinnost lékaře vyšetřit každého hospitalizovaného pacienta nejméně jedenkrát denně (na pracovištích intenzivní péče nejméně dvakrát 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.

Každé předání pacienta mezi směnami, mezi různými typy péče či mezi jednotlivými pracovišti bude provedeno kvalifikovaným pracovníkem - kvalifikovanému pracovníkovi. Při předání pacienta na jiné oddělení bude proveden záznam v dokumentaci pacienta a bude provedeno předání pacienta kvalifikovaným pracovníkem - kvalifikovanému pracovníkovi.

Účel
a naplnění
standardu:

Tuto povinnost nemocnice uloží svým pracovníkům 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 směnami;
- b) předání pacientů při překladu na jiné pracoviště dané specializace (např. JIP – standardní oddělení) 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 dokumentaci pacientů. V žádném případě nelze tuto povinnost naplnit v celooddělské dokumentaci, která se nevztahuje jen na jednoho pacienta (hlášení sester).

Předání pacientů v situaci uvedené pod písmenem b) se obvykle provádí záznamem v dokumentaci pacientů a vysláním ošetrovatelské překladové zprávy. Pokud se jedná o předání pacienta k operačnímu či obdobnému výkonu, provádí se záznam o předání/převzetí v ošetrovatelské dokumentaci pacienta.

Náležitosti postupů a záznamů při předávání pacientů včetně stanovení skupin pracovníků provádějících předávání upraví vnitřní předpis.

Kvalifikovanou sestrou a kvalifikovaným pracovníkem se pro účely akreditace míní pracovník, který má odbornou či specializovanou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka na daném pracovišti dle zákonů č. 95/2004 Sb. a 96/2004Sb. v platném znění.

Indikátory
standardu:

1. Nemocnice ve vnitřním předpise upraví postup pracovníků v následujících situacích:

- a) předání pacientů mezi směnami;

Indikátory
standardu:

- b) předání pacientů při překladu na jiné pracoviště 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 a odborné kompetence předávajících a přebírajících pracovníků.
- 3. Tento předpis je v nemocnici dodržován

Pacient, u kterého je plánován diagnostický či terapeutický výkon v celkové anestézii, má provedeno předanestetické vyšetření v rozsahu metodického doporučení České společnosti anestézie, resuscitace a intenzivní medicíny^{3,4} a v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem nemocnice/oddělení.

Účel
a naplnění
standardu:

Nemocnice naplní tento standard vypracováním vnitřního předpisu upravujícího postup při vyšetření pacientů před výkonu v celkové anestézii. Tento předpis upravuje postup při elektivních výkonech i urgentních stavech, přičemž rozsah předanestetického vyšetření musí vycházet z metodického doporučení, může stanovit podmínky nad rámec této metody, 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:

1. Nemocnice má vnitřní předpis upravující postup při předanestetickém vyšetření pacientů.
2. Tento předpis stanoví rozsah a obsah vyšetření minimálně na úrovni metodického doporučení, praxe v nemocnici je v souladu s předpisem.
3. Tento předpis stanoví postup při provádění předanestetického vyšetření u akutních pacientů a u pacientů objednaných k provedení elektivního výkonu, praxe v nemocnici je v souladu s předpisem.
4. Tento předpis stanoví rozsah vyšetření pacienta bezprostředně před jeho uvedením do anestézie a způsob dokumentace tohoto vyšetření, praxe v nemocnici je v souladu s předpisem.
5. Předanestetické vyšetření provádějí výhradně lékaři, kteří mají přidělené kompetence odpovídající předpisu.

³Doporučený postup vyšetření před diagnostickými nebo léčebnými výkony operační a neoperační povahy s požadavkem anesteziologické péče (tzv. předanestetické vyšetření).

⁴Doporučení sekce dětské anestézie a intenzivní medicíny při ČSARIM - vyšetření dětského pacienta před výkonem v celkové anestézii.



Standardy péče o pacienty

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

Účel
a naplnění
standardu:

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

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

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

Indikátory
standardu:

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

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 (obvykle ošetřující lékař).

Indikátory
standardu:

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

**Ošetrovatelská péče se v nemocnici poskytuje metodou ošetrovatelského procesu dopro-
vázeného řádně vedenou ošetrovatelskou
dokumentací.**

Účel
a naplnění
standardu:

Nelékařský personál poskytuje individualizovanou péči, aktivně vyhledává a uspokojuje biologické, psychické, sociální, spirituální a specifické potřeby nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Plánuje si cíle a stanovuje priority, což je průkazné ve zdravotnické dokumentaci.

Indikátory
standardu:

1. Ošetrovatelská péče je zajištěna prostřednictvím ošetrovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení.
2. Hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu v nemocnici je ošetrovatelský proces.
3. Nemocnice má stanoven systém ošetrovatelské péče.
4. Stanovený systém se dodržuje.

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:

1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při podávání celkové anestézie.
2. Tento předpis stanoví minimální rozsah vyšetření pacienta anesteziologem před zahájením anestézie a způsob dokumentace tohoto vyšetření; pracovníci nemocnice 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 nemocnice při poskytování zdravotní péče postupují v souladu s předpisem.

Operační protokol je vypsán bez zbytečného odkladu 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. 13).

Operační protokol je vyhotoven bezprostředně po operaci – tedy bez zbytečného odkladu. Pokud z neodkladných důvodů (navazující urgentní operace apod.) nelze protokol vyhotovit, musí operátor zajistit průkazné předání informací nutných pro zajištění návazné péče o pacienta – např. improvizovaným zápisem ve zdravotnické dokumentaci.

Operační protokol obsahuje jméno operátora, asistenta, nálezy, užitý postup, zvláštnosti a případné komplikace průběhu.

Indikátory
standardu:

1. Operační protokol je vyhotoven bez zbytečného odkladu po operaci.
2. Operační protokol obsahuje minimálně jméno operátora, asistenta, nálezy, užitý postup, zvláštnosti a případné komplikace průběhu, údaj o začátku a konci operace a podpis operátora.
3. Operační protokol je dostupný pro osoby, které poskytují pooperační péči pacientům.

Pooperační dokumentace u pacientů obsahuje informace o 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:

Rozsah a forma pooperační dokumentace jsou součástí vnitřního předpisu o zdravotnické dokumentaci (pooperační péči upravuje rovněž standard číslo 20).

Pooperační dokumentace obsahuje informace o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infuzí), 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 67).

Indikátory
standardu:

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 infuzí), o aplikaci krve a krevních derivátů a všech komplikacích a jiných závažných okolnostech.

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

Účel a naplnění standardu:

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

Postup při objednávání léků zahrnuje řešení neobvyklých situací (zajištění léku obvykle neskladovaného v nemocniční lékárně/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 objednávání léků a jeho omezení zvolené nemocnicí by měly být pravidelně vyhodnocovány a případně upravovány. Předpis stanoví podmínky skladování léků v lékárně a na jednotlivých pracovištích, rozsah příslušné dokumentace a kontroly. Předepsaný postup při skladování léků by měl zahrnovat řešení neobvyklých situací (výpadky elektrického proudu, evidence teplot v lednicích na pracovištích, kde není nepřetržitý provoz).

Indikátory standardu:

1. Nemocnice upraví postup při objednávání a skladování 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.

Nemocnice má písemně vypracovanou metodiku upravující podávání léků u hospitalizovaných pacientů. V nemocnici je vypracovaná metodika, která obsahuje kvalifikační požadavky na personál podávající léky.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice naplní tento standard, pokud vypracuje vnitřní předpis, který v souladu s platnou legislativou upraví konkrétní postupy při objednávání, skladování, předepisování a podávání léků, přitom nestačí pouhý odkaz na příslušný předpis, je nutno specifikovat, jak je aplikován v dané nemocnici.

Vnitřní předpis upraví (v návaznosti na standard č. 23) způsob objednávání léků pro pacienty nemocnice, a to včetně neobvyklých situací. Součástí vnitřního předpisu je dále úprava předepisování (ordinování) léků a úprava postupu při jejich podávání.

Předpis stanoví, kteří lékaři jsou oprávněni léky ordinovat (možno např. omezit předepisování návykových látek na určitý kvalifikační stupeň), zda jsou oprávněni ordinovat léky i lékaři, kteří jsou v příslušné nemocnici na stáži. Předpis dále stanoví, které osoby jsou oprávněny léky pacientům podávat a jaké jsou požadavky na jejich odbornou či specializovanou způsobilost; přitom lze specificky upravit podávání některých skupin léků (opiáty) či podávání léků některým skupinám pacientů (děti, zmatení senioři, psychiatričtí pacienti). 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. Nemocnice má vypracovaný vnitřní předpis upravující postupy při předepisování a podávání léků.
2. Tento předpis se dodržuje.
3. Pouze osoby uvedené v předpisu ordinují pacientům léčiva.
4. Pouze osoby uvedené v předpisu podávají léky pacientům.
5. Nemocnice stanoví postup při hlášení nežádoucích účinků léčiv.
6. Tento postup se dodržuje.

V dokumentaci pacienta jsou zaznamenána předepsaná a podaná léčiva.

Účel
a naplnění
standardu:

Ve zdravotnické dokumentaci každého pacienta, 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“). Pokud jsou tyto informace uvedeny na samostatném záznamu (medikační list), je tento záznam při propuštění či překládu pacienta založen do jeho chorobopisu. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem přijatelnost ústních nebo telefonických ordinací a postup při těchto ordinacích.

Indikátory
standardu:

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

Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při použití bezplatných vzorků léčiv a užívání jakýchkoliv léčiv donesených do nemocnice pacienty nebo jejich blízkými.

Účel
a naplnění
standardu:

K účelné kontrole procesu užívání léčiv v nemocnici je třeba vědět, zda se užívají léčiva z jiných zdrojů, než je standardní způsob jejich dodávky na pracoviště. Ošetřující lékaři vědí, jaká léčiva si pacienti nebo jejich blízcí přinášejí s sebou do nemocnice a pokud jejich užívání schválí, zaznamenají je do dokumentace. Pokud pacient užívá některá léčiva sám (obvykle tzv. „SOS léčiva“), ví o tom jeho ošetřující lékař a zaznamená tento fakt do dokumentace.

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

Indikátory
standardu:

1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při užívání léčiv pacienty samotnými a evidenci a případné užívání léčiv, které s sebou do nemocnice přinášejí pacienti.
2. Nemocnice upraví vnitřním předpisem užívání bezplatných vzorků léčiv.
3. Nemocnice tento předpis dodržuje.

Nemocnice specifikuje vybavení jednotlivých oddělení přístroji, léčivy a pomůckami pro urgentní stavy. Personál je školen k podávání léčiv a užívání přístrojů a pomůcek neodkladné péče. Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na odděleních, počet balení a expirační doby kontroluje pověřený pracovník minimálně jedenkrát týdně a o provedené kontrole učiní zápis.

Účel
a naplnění
standardu:

Nemocnice 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 nemocnice a jednotlivých pracovišť a musí vycházet ze spektra pacientů, které dané pracoviště převážně ošetřuje.

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

Zvláštní pozornost je věnována včasnému proškolení nově nastoupivších zaměstnanců.

Indikátory
standardu:

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

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 nutričním terapeutem.

Účel
a naplnění
standardu:

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

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

Předpis dále popisuje role jednotlivých pracovníků a z nich vyplývající odpovědnost za konkrétní činnosti v procesu objednávání a podávání stravy pacientům včetně činnosti nutričního terapeuta v systému zajištění léčebné výživy pro pacienty/klienty a jeho pravomocí při zaškolení ošetrovatelského personálu a edukaci pacienta a jeho blízkých.

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

Indikátory
standardu:

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 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 nemocnici dodržuje.

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

Účel
a naplnění
standardu:

Nemocnice upraví vnitřním předpisem (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 nemocnice s dodavatelem – tuto smlouvu nemocnice při akreditaci předloží.

Veškeré uvedené kroky jsou v souladu s národní legislativou.

Indikátory
standardu:

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.

Personál připravující stravu pro pacienty je zaškolen. Každý pacient dostává jídlo podle svých potřeb.

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 potřebám pacientů. 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 pacienty včetně osob, které stravu převážejí a které pacientům stravu podávají, jsou odpovídajícím způsobem opakovaně zaškoleny.
2. O rozsahu těchto školení a o jejich provedení existuje písemný záznam.
3. Pacienti dostávají stravu, která odpovídá jejich zdravotnímu stavu a nutričním potřebám.
4. Pokud to místní podmínky umožňují, poskytuje nemocnice stravu odpovídající stravovacím zvyklostem a spirituálním potřebám pacientů.

Jídlo a nápoje, které si přinese pacient nebo jeho rodina, odpovídají dietě stanovené lékařem a jsou bezpečně skladovány.

Účel
a naplnění
standardu:

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

Indikátory
standardu:

1. Nemocnice upraví 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 a proces vyřazování problematických potravin.
3. Stanovený postup se v nemocnici dodržuje.

Zdravotní stav personálu v kuchyni se sleduje podle platných předpisů.

Účel
a naplnění
standardu:

V souladu s platnou legislativou zajistí nemocnice 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, nemocnice 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 pacientů a požadavkům národní legislativy, podzákoných norem a národních či nemocničních odborných standardů.

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice naplní tento standard, pokud organizace provozu v jejích laboratořích respektuje národní i oborovou legislativu. Nemocnice má k dispozici přehled všech laboratorních vyšetření poskytovaných pacientům – tedy nikoli pouze přehled vyšetření zajišťovaných vlastními laboratořemi – včetně informace o požadavcích na preanalytickou fázi, referenčních hodnot a dostupnosti výsledků vyšetření v různých režimech (statiim/standard).

Indikátory standardu:

1. Laboratorní služby jsou poskytovány v souladu s požadavky národní legislativy, podzákoných norem a národních či nemocničních odborných standardů.
2. Pro pacienty nemocnice jsou k dispozici přiměřené, vhodné a pravidelně poskytované laboratorní služby.
3. Nemocnice zpracovala přehled všech laboratorních vyšetření standardně poskytovaných pacientům včetně vyšetření poskytovaných externími laboratořemi.
4. Nemocnice 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 pacientů a požadavkům národní legislativy, podzákoných norem a národních či nemocničních odborných standardů.

Účel
a naplnění
standardu:

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

Nemocnice má k dispozici výsledky kontrolních šetření SÚJB (Státní úřad 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, podzákoných norem a národních či nemocničních odborných standardů.
2. Nemocnice vypracuje přehled zajišťovaných zobrazovacích vyšetření včetně vyšetření zajišťovaných extramurálně.
3. Nemocnice stanoví časový interval dostupnosti výsledků vyšetření.
4. Stanovený interval se dodržuje.



Standardy kontinuity zdravotní péče

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

Účel
a naplnění
standardu:

Na péči o pacienta se v průběhu jeho pobytu v nemocnici od přijetí do propuštění či překlada může podílet řada oddělení a zaměstnanců. V průběhu procesu poskytování péče se zajišťuje uspokojování potřeb pacienta pomocí zdrojů v rámci nemocnice a v případě potřeby i mimo ni.

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

Indikátory
standardu:

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

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

Účel
a naplnění
standardu:

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

Indikátory
standardu:

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

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

Účel
a naplnění
standardu:

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

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

Indikátory
standardu:

1. Informace o další péči se podávají srozumitelnou formou a srozumitelným způsobem.
2. Součástí informací jsou pokyny pro případné ambulantní sledování v nemocnici.
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.

Všichni propouštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou (předběžnou nebo definitivní), jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány 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 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. 66.

Indikátory
standardu:

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

Zdravotní stav pacientů, kteří jsou převáženi mezi nemocnicemi, je 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, odhad prognózy s předpokladem kvality života pacienta.

Účel
a naplnění
standardu:

Postup při překladu pacientů nemocnice upraví vnitřním předpisem. Pokud existují formální či neformální dohody o přebírání pacientů do jiných zdravotnických zařízení, v předpisu se to uvede.

V každém případě je v předpisu stanovena povinnost překladač 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).

Vnitřní předpis stanoví náležitosti překladačové zprávy, kde musí být vždy uvedeno, jaká byla indikace k přijetí do překladačující nemocnice, průběh hospitalizace, důvod překladač, další doporučení a odhad prognózy.

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

Indikátory
standardu:

1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při překladač pacienta do jiného zdravotnického zařízení.
2. Tento předpis obsahuje povinnost překladač pacienta dojednat předem, tato povinnost se dodržuje.
3. Tento předpis stanoví překladačujícímu lékaři povinnost indikovat podmínky transportu pacienta, tato povinnost se dodržuje.

Indikátory
standardu:

4. Tento předpis stanoví formální a obsahové náležitosti lékařské i ošetrovatelské překladvé zprávy, kde musí být vždy uvedeno, jaká byla indikace k přijetí do překládající nemocnice, průběh hospitalizace, důvod překladvu, další doporučení a odhad prognózy, tato povinnost se dodržuje.

Nemocnice spolupracuje s ambulantními zdravotnickými zařízeními, s lékaři primární péče, agenturami domácí péče s cílem zajistit svým pacientům včas a správně další péči.

Účel
a naplnění
standardu:

Odeslání pacienta do péče ambulantního či lůžkového zdravotnického zařízení nebo jiné instituce musí být plánováno. Nemocnice 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 pacientů pečují. S těmito zdravotnickými zařízeními nemocnice naváže formální nebo neformální vztahy. Pokud do nemocnice přichází pacient z jiného spádového území, při propouštění se nemocnice pokusí zajistit mu další potřebnou péči v území, odkud přišel.

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

Indikátory
standardu:

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



Standardy dodržování práv pacientů

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:

Dodržování práv pacientů je jednou ze stěžejních oblastí procesu kontinuálního zvyšování kvality. Povinností nemocnice je stanovit, kdo odpovídá za seznámení přijímaného pacienta, případně blízkých osob, s jeho právy (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.

Obligatoční součástí poučení jsou následující informace:

- a) informace o právu pacienta na soukromí v průběhu celého procesu poskytování zdravotní péče,
- b) informace o právu na uspokojení spirituálních potřeb
- c) informace o právu na poskytování péče s ohledem na příslušný tělesný, smyslový či mentální handicap
- d) poučení o právu na informace o zdravotním stavu pacienta.
- e) informace o právu na léčbu bolesti,
- f) informace o právu podílet se na rozhodování o poskytované zdravotní péči

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

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).

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

Indikátory
standardu:

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 vždy zahrnuje oblasti uvedené v účelu standardu, v písm. a-f.

Indikátory
standardu:

4. Tento postup stanoví činnosti při přijímání pacienta k hospitalizaci bez jeho souhlasu.
5. Tento postup obsahuje povinnost informující osoby učinit o informování pacienta záznam do jeho dokumentace.
6. Tento postup určuje, jak jsou informováni pacienti, kteří neovládají český jazyk či pacienti s komunikačními bariérami.
7. Tento postup se v nemocnici dodržuje.

Informovaný souhlas pacientů se odebrává v souladu s postupem, který nemocnice stanoví vnitřním předpisem. Informovaný souhlas s pacienty sepisuje příslušně způsobilý pracovník.

Účel a naplnění standardu:

K nejvýznamnějším nástrojům k zajištění účasti pacientů na rozhodování o jim poskytnuté zdravotní péči patří informovaný souhlas. Aby pacient souhlasil s výkonem, musí mít k dispozici informace o navrhovaném postupu, které pro informované rozhodnutí potřebuje. Informovaný souhlas lze získat v několika fázích procesu poskytování péče; například při přijetí pacienta do nemocnice (obecný souhlas s přijetím) či před jednotlivými výkony s vysokou mírou rizika. Nemocnice přesně stanoví vnitřním předpisem postup při získávání informovaného souhlasu, přičemž tento postup musí být v souladu se zákony a podzákonnými normami. Nemocnice stanoví spektrum výkonů, u kterých je nutno informovaný souhlas odebrat v písemné podobě.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice vnitřním předpisem upraví postup při odebrání informovaného souhlasu.
2. Nemocnice 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 pacientů odebrává formou a způsobem upraveným vnitřním předpisem.

Pacienti jsou přiměřeně informováni o povaze onemocnění, o navrhované léčbě a o poskytovatelích zdravotní péče takovým způsobem, aby se mohli podílet na rozhodování o poskytované péči.

Účel
a naplnění
standardu:

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

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

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

Indikátory
standardu:

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

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

Účel
a naplnění
standardu:

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

Indikátory
standardu:

1. Hodnotí se potřeba edukace u pacienta a jeho blízkých.
2. Uvedené hodnocení se zaznamenává do dokumentace pacienta.
3. Proces edukace pacienta se zaznamenává jednotným způsobem.
4. Pacienti a jejich blízcí jsou edukováni o postupu při poskytování informovaného souhlasu, pokud je to na místě.
5. Pacienti a jejich blízcí jsou poučováni o svém podílu na rozhodování a poskytování zdravotní péče.
6. Pacienti a jejich blízcí jsou informováni o svém zdravotním stavu a o potvrzených diagnózách.
7. Pacienti a jejich blízcí jsou informováni o dietních omezeních pacienta, pokud je to na místě, a o svém možném podílu na rozšíření jídelníčku pacienta.

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:

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.

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.

Indikátory
standardu:

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, provedená vyšetření jsou v souladu s předpisem.
4. Tento předpis stanoví způsob dokumentace použití omezovacích prostředků či farmakologického zklidnění pacientů, dokumentace u pacientů je v souladu s předpisem.
5. Tento předpis stanoví postup při přijetí pacienta k hospitalizaci bez výslovného souhlasu. Tento postup se v nemocnici dodržuje.



Standardy podmínek poskytované péče

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

Účel
a naplnění
standardu:

Vedení nemocnice zajišťuje bezpečné prostředí pro pacienty, personál a návštěvy, provádí opatření v rámci prevence nehod a poranění, minimalizuje a kontroluje možná nebezpečí a rizika. V návaznosti na standard číslo 56 naplní nemocnice tento standard, pokud prokáže, že má funkční systém zapracování obecné a oborové legislativy do svých vnitřních předpisů nemocnice a že se příslušná legislativa dodržuje.

Všechny osoby, které se podílejí na činnosti nemocnice, musí být označeny identifikací, která je srozumitelná pro pacienty (obvykle jmenovka). Tento požadavek se týká též pracovníků dodavatelských firem, zajišťujících např. úklid nemocnice.

Indikátory
standardu:

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

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 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 nemocnice.

Indikátory
standardu:

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

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

Účel a naplnění standardu:

K naplnění tohoto standardu předloží nemocnice požární a evakuační řád, výsledky proběhlých kontrol státního požárního dozoru a záznamy o řešení případných nedostatků. V uzavřených prostorách nemocnice platí zákaz kouření v souladu s příslušnou legislativou. S ohledem na strukturu nemocnice jsou stanoveny výjimky.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice má aktualizovaný požární a evakuační řád a řídí se jím.
2. V případě nálezu nedostatků při kontrolách státního požárního dozoru zajistila nemocnice jejich odstranění.
3. Nemocnice má zavedeny zásady (s určenými výjimkami) k vyloučení kouření a řídí se jimi.

Personál je seznámen s řešením požárních a jiných havarijních situací v nemocnici, tyto znalosti jsou pravidelně prověřovány včetně praktického nácviku.

Účel
a naplnění
standardu:

Pro zajištění bezpečí pacientů, dalších návštěvníků a zaměstnanců nemocnice musí nemocnice naplňovat předpisy v oblasti požární ochrany a evakuace i při dalších havarijních situacích, které mohou vzniknout.

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

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

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

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

Indikátory
standardu:

1. Nemocnice 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 nemocnice.
3. Nemocnice 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 nemocnici prováděny dodavatelsky, jsou příslušné osoby proškoleny dodavatelem na základě smluvní podmínky ze strany nemocnice.
6. Nemocnice má záznamy o pravidelných revizích nebo kontrolách protipožárních zařízení.

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:

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.

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

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice 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 prověřuje naplňování plánu preventivních prohlídek, záznamy o použitých přístrojích třídy IIb 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. Nemocnice má plán preventivních prohlídek, kontrol a kalibrací zdravotnické techniky a měřidel.
2. Tento plán se v praxi dodržuje.
3. Nemocnice 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. Nemocnice dodržuje postup při nežádoucích příhodách.



Standardy managementu

Ředitel nemocnice 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 nemocnice, tedy vztahy nadřízenosti a podřízenosti, je jasně definována v organizačním řádu, nejlépe pak graficky znázorněna v přiloženém organizačním diagramu.

Vnitřní předpis nemocnice 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.).

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

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

Indikátory standardu:

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

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 pro oddělení zajišťuje, a jednak tím poskytuje informaci o spektru svých služeb navenek svým pacientům.

Naplnění
standardu:

Každé oddělení pravidelně (v intervalech stanovených vedením nemocnice) obnovuje písemnou informaci o spektru své péče, kterou dává k dispozici vedení nemocnice. Tento materiál obsahuje informace o rozsahu péče poskytované daným oddělením, časové vymezení poskytované péče (ambulace), personální obsazení oddělení, základní charakteristiku pacientů 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 pacientů nemocnice. Je zvolena přiměřená a vhodná forma, pro pacienty dostupná a srozumitelná (například tištěné letáky, brožury, popřípadě forma telefonického informačního centra nebo skrze internetové stránky).

Rozsah činnosti lze definovat pozitivně – výčtem: oddělení/nemocnice poskytuje komplexní 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 nemocnice.
2. Informace o spektru služeb jsou poskytovány pacientům vhodnou a srozumitelnou formou.
3. Písemný dokument o spektru své péče každé oddělení pravidelně aktualizuje.

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, 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.

Vedení nemocnice a personál 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 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. Vedení zařízení písemně formuluje poslání a cíle zařízení a seznamuje s nimi všechny zaměstnance.

Indikátory
standardu:

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

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

Účel
a naplnění
standardu:

Aby činnost nemocnice probíhala v souladu s platnou legislativou, musí se orientovat v nových a doplněných zákonech, které se k jeho činnosti vztahují, a tyto změny promítat do svých vnitřních normativních aktů.

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 nemocnici vyplynou, jsou zavedeny do činnosti organizace a do jejích vnitřních normativních aktů.

Indikátory
standardu:

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 průkazně informováni o aktuální legislativě, která se vztahuje k jejich kompetencím a pracovní náplni.



Standardy řízení lidských zdrojů

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

Účel
a naplnění
standardu:

V návaznosti na posláni nemocnice, spektrum poskytované péče a potřeby pacientů a jejich blízkých, stanoví společně management a vedoucí pracovníci jednotlivých pracovišť počty potřebného personálu, jejich požadovanou kvalifikaci a definuje podmínky a pravidla jejich dalšího vzdělávání. Pokud nemocnice z nějakého důvodu plán nedodrží (například z důvodu nedostatku personálu), tuto skutečnost vede management v patnosti a přijímá opatření, aby tato situace neohrozila kvalitu a bezpečí poskytované péče.

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

Indikátory
standardu:

1. Počty personálu potřebného pro jednotlivá pracoviště a jejich kvalifikace se v nemocnici plánují.
2. Počty personálu odpovídají plánu nebo jsou přijímána náhradní opatření.
3. Kontinuální vzdělávání personálu se v nemocnici plánuje.
4. Každému zaměstnanci je umožňováno nebo přímo poskytováno vzdělání a odborné školení jak v rámci nemocnice, tak mimo ni, které udržuje či zvyšuje jeho znalosti a dovednosti.
5. Nemocnice dodrží platnou legislativu v oblasti plánování počtu a rozšiřování kvalifikace pracovníků.

Nemocnice 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.

Nemocnice 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 pracovníprávního vztahu (například na základě dodavatelské smlouvy provádějí konziliární činnost či zajišťují ústavní pohotovostní službu).

Indikátory
standardu:

1. Každý pracovník nemocnice 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 nemocnice jsou stanoveny v platné náplni práce.

Účel
a naplnění
standardu:

Povinnosti a pravomoci každého pracovníka (včetně těch, kteří pracují na podkladě jiného než pracovního vztahu) je třeba přesně definovat. Stanovené povinnosti a pravomoci pracovníků musí odpovídat jejich skutečné činnosti (nestačí tedy například formální citace z katalogu prací) a musí být definovány písemně tak, aby byly pro pracovníky závazné (například jako příloha pracovní smlouvy nebo přímo jako součást dodavatelské smlouvy u externích pracovníků). Při určování náplně práce je třeba postihnout i situace, kdy se pravomoci a povinnosti pracovníka mění, například při službě v mimo-pracovní 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 nemocnice 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 nemocnice a s ohledem na jejich specifickou pracovní náplň.

Účel
a naplnění
standardu:

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

Indikátory
standardu:

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

Všichni pracovníci nemocnice, kteří poskytují zdravotní péči, mají stanovenou 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 nemocnice, spektra pacientů a jejich potřeb, specifických úkolů konkrétního pracoviště a v neposlední řadě osobních znalostí a dovedností, zdravotního stavu a hodnotového systému daného pracovníka. Vzhledem k tomu, že tyto kvality se v čase mění, kompetence všech pracovníků musí být průběžně přehodnocovány. Při stanovování kompetencí je nutné vycházet z platné legislativy a je možné přihlídnout například k doporučením některých odborných společností.

Při nástupu zdravotníka do zaměstnání jsou mu společně s popisem pracovní náplně přiděleny konkrétní kompetence a ty jsou dále pravidelně (v intervalu stanoveném nemocnicí, 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 nemocnice, 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.

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

Účel
a naplnění
standardu:

Nemocnice musí identifikovat jednotlivá rizika na všech svých klinických i ostatních pracovištích, především rizika biologických činitelů, ale i další, např. RTG záření, neionizující záření při práci s lasery, rizika spojená s manipulací s cytostatiky a chemickými látkami, píchnutí injekční jehlou, pády na pracovišti atd., a k těmto rizikům přiřadit osobní ochranné pracovní pomůcky.

Nemocnice vytvoří vnitřní předpis, ve kterém pro různá pracoviště (standardní oddělení, intenzivní péče, operační sály, komplement atd.) stanoví úroveň protiepidemických opatření a s tím související vybavení pracovníků osobními ochrannými pracovními pomůckami (viz standardy 72 a 73).

Nemocnice provádí vstupní a periodická školení, týkající se BOZP a hygienických předpisů včetně testů.

Indikátory
standardu:

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

Nemocnice sleduje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců.

Účel
a naplnění
standardu:

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



Standardy pro sběr a zpracování informací

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:

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:

1. Nemocnice shromažďuje data o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů.
2. Tato demografická data řídicí pracovníci používají při řízení nemocnice.
3. Vedení nemocnice 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 pacienta, diagnóze a postupech léčby.

Účel
standardu:

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).

Průkaznost dokumentace je na druhé straně důležitá pro možnost zpětné rekonstrukce poskytnuté péče, a to pro potřebu nemocnice nebo posudkovou činnost při soudních sporech. Aby nemocnice zajistila dodržování pravidel vedení dokumentace, musí průběžně sledovat uzavřenou i otevřenou dokumentaci, tedy zahrnout tento parametr do procesu zvyšování kvality.

Naplnění
standardu:

Nemocnice 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 nemocnice a další zaměstnanci, kteří do dokumentace zapisují nebo ji používají při práci (např. epidemiolog, inženýr). Směrnice o zdravotnické dokumentaci zároveň respektuje všechny relevantní zákony a podzákoné normy.

Nemocnice vypracuje metodiku sledování úplnosti zdravotnické dokumentace, informace vyhodnocuje a pracuje s nimi (viz Standard č. 67).

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

Indikátory
standardu:

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 podzákoné normy.
3. Předpis o dokumentaci a platná legislativa jsou dodržovány.
4. Lékařská a ošetrovatelská dokumentace obsahuje dostatečné informace o identifikaci pacienta, diagnóze, postupech léčby, průběhu léčby a informace podporující zvolené diagnostické a terapeutické výkony a stanovenou diagnózu.
5. Nemocnice má zaveden systém kontinuálního zvyšování kvality zdravotnické dokumentace.
6. Nemocnice má zaveden způsob identifikace pacientů.

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, který stanoví případné výjimky. Úplnost propouštěcích zpráv je součástí pravidelné kontroly zdravotnické dokumentace (viz Standard č. 67).

Indikátory
standardu:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem rozsah a formu propouštěcí zprávy, jakož i termíny vyhotovení její předběžné a definitivní verze.
2. Definitivní propouštěcí zpráva je zpravidla vyhotovena v čase propuštění. Pokud to není z objektivních důvodů možné, je v čase propuštění pacient vybaven předběžnou propouštěcí zprávou a definitivní propouštěcí zpráva je vyhotovena nejpozději do deseti pracovních dnů po propuštění pacienta.
3. Úplnost a včasnost vyhotovení propouštěcích zpráv je součástí pravidelné kontroly zdravotnické dokumentace.

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

Účel
a naplnění
standardu:

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

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

Indikátory
standardu:

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

Nemocnice zachovává důvěrnost informací a jejich utajení.

Účel
a naplnění
standardu:

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

Indikátory
standardu:

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

Nemocnice 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 pacientech je určeno, kdo je oprávněn získat zdravotnickou dokumentaci pacienta a provádět v ní zápisy. Nemocnice 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 pacientů.

Indikátory
standardu:

1. Nemocnice 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

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

Účel
a naplnění
standardu:

Nemocnice 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 být komplexní a musí zahrnovat jak problematiku péče o pacienta, tak oblast zdraví personálu a začleňuje všechny prostory nemocnice sloužící pacientům, personálu a návštěvám. Program kontroly nemocničních a profesionálních infekcí úzce souvisí s lékařskou a ošetrovatelskou péčí a dalšími činnostmi v rámci nemocnice 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. Nemocnice spolupracuje a předkládá zprávy orgánu ochrany veřejného zdraví o výskytu infekčních onemocnění, nemocničních a profesionálních infekcí v souladu s platnou legislativou. Nemocnice 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. Nemocnice hlásí výskyt infekčních onemocnění v souladu s platnou legislativou.
2. Nemocnice sleduje výskyt všech nozokomiálních infekcí v souladu s platnou legislativou.
3. Nemocnice sleduje výskyt všech profesionálních infekcí v souladu s platnou legislativou.
4. Nemocnice provádí opatření ke snížení vzniku a šíření infekčních onemocnění, snížení rizik nozokomiálních a profesionálních infekcí.

V nemocnici 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.

Nemocnice 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. Nemocnice kontroluje pracovní postupy a činnosti, kde je vyžadováno mytí a dezinfekce rukou a používání rukavic.

Indikátory
standardu:

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

Nemocnice dodržuje hygienické požadavky pro příjem a ošetřování fyzických osob do zdravotnického zařízení.

Účel
a naplnění
standardu:

Nemocnice je povinna dodržovat hygienické požadavky při příjmu a ošetřování fyzických osob v souladu s platnou legislativou. Dodržováním správných postupů, hygienických zásad a hygienicko-epidemiologického režimu redukuje nemocnice výskyt nemocničních infekcí a zvyšuje kvalitu péče a bezpečí pacienta. Nemocnice naplní tento standard zakotvením hygienických požadavků a postupů do provozních řádů jednotlivých oddělení a pracovišť nemocnice.

Indikátory
standardu:

1. Nemocnice 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 stravou.
 - 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 pacientů.
2. Provozní řád se dodržuje.

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

Účel a naplnění standardu:

Nemocnice 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 nemocnice nebo v provozních řádech jednotlivých oddělení nebo pracovišť. Riziková místa a činnosti hygienicko-epidemiologicky významné jsou nemocnicí pravidelně kontrolována a stanovené postupy a metody se dodržují.

Mezi tyto oblasti a činnosti patří:

1. Nakládání s odpadem.
2. Manipulace s prádlem.
3. Poranění o použitou jehlu, kontaminovanou pomůcku, expozice biologickým materiálem.
4. Odběr a manipulace s biologickým materiálem.
5. Ochranná dezinsekce, deratizace.
6. Úklid a malování.
7. Zásady dezinfekce.
8. Zásady sterilizace a její kontroly.
9. Manipulace se stravou.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice stanoví metody a postupy, které jsou spojeny s rizikem infekce a určí jednotné postupy za účelem snižování rizika infekce.
2. Mezi tyto postupy patří minimálně oblasti uvedené v indikátoru standardu v bodech 1–9.
3. Stanovené postupy a metody se dodržují a nemocnice je kontroluje.

Nemocnice provádí školení personálu v oblasti hygienicko-epidemiologické problematiky.

Účel
a naplnění
standardu:

Nemocnice 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. Nemocnice naplní tento standard vypracováním vnitřních předpisů souvisejících s protiepidemickými opatřeními a kompetentní osoby personál nemocnice 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. Nemocnice provádí školení v oblasti hygienicko-epidemiologických předpisů.
2. Do programu školení jsou zahrnuti lékaři, sestry 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.



Spojená akreditační komise
České republiky

www.sakcr.cz



www.tigis.cz

ISBN 978-80-903750-6-2