



SMĚRNICE č. Sm-L015

Standardní ošetrovatelské postupy

7. vydání ze dne: 11. 11. 2022

Verze: 1

Účinnost od: 11. 11. 2022

Skartační znak: A

Stupeň důvěrnosti: N1

Nerízená kopie

	Jméno	Funkce	Datum	Podpis
Odborný garant	Mgr. Adéla Kolková	specialista ošetrovatelství		
	Eva Horáčková	specialistka zvyšování kvality zdravotní péče		
Schválil	Ing. Bc. Andrea Drobiličová	náměstek nelékařských oborů		



1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ

1.1 Účel

- 1.1.1 Účelem této organizační normy je stanovit metodiku výběru, tvorby, evidence, distribuce, provádění vnitřní kontroly dodržování a aktualizace standardních ošetrovatelských postupů ve Fakultní nemocnici Olomouc.

1.2 Závaznost

- 1.2.1 Tato směrnice je závazná pro všechny zdravotnické pracovníky nelékařských povolání ve Fakultní nemocnici Olomouc.

1.3 Správa normy

- 1.3.1 Správa normy se řídí směrnicí Sm-G001 Vznik a řízení organizačních norem.

2 VYMEZENÍ POJMŮ

2.1 Zkratky

FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
MP	Metodický pokyn
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
OG	Odborný garant
OK	Odbor kvality
ON	Organizační normy
PŽK	Periferní žilní katétr
Řd	Řád
Sm	Směrnice
SOP	Standardní ošetrovatelský postup
UNO	Úsek nelékařských oborů
ZdP	Zdravotnické pracoviště

2.2 Definice

- 2.2.1 Standardní ošetrovatelské postupy – je stanovení procesu, jak postupovat při ošetřování pacienta. Pro účely směrnice je používáno slovní spojení standardní ošetrovatelské postupy.
- 2.2.2 SOP jsou ON upravující ošetrovatelské postupy ve FNOL. Jsou to dohodnuté profesní nepodkročitelné normy v ošetrovatelství, které jsou v souladu s Národními ošetrovatelskými postupy vydanými MZČR.
- 2.2.3 Schvalovatelem SOP je náměstek nelékařských oborů, určuje OG SOP a podílí se na připomínkovém řízení.
- 2.2.4 Vydavatelem SOP je vedoucí OK, podílí se na připomínkovém řízení.
- 2.2.5 OG je vedoucí NLZP nebo určený odborný pracovník. Je zodpovědný schvalovateli SOP za zpracování v souladu s platnými právními předpisy a ostatními normami vyšší úrovně a za návaznost SOP na ostatní organizační normy FNOL.



2.3 Odborné funkce

2.3.1 Tato ON nezavádí žádné odborné funkce.

3 VLASTNÍ TEXT

3.1 Rozdělení standardních ošetrovatelských postupů, formální struktura

3.1.1 SOP dělíme podle šíře působnosti ve FNOL na všeobecné a speciální.

- a) Všeobecné SOP se týkají více ZdP (například Zavedení PŽK, Odběr žilní krve, Podávání léků per os u dospělých pacientů, atd.).
- b) Speciální SOP jsou pro specializované výkony, event. si je vytváří pro své potřeby jednotlivá ZdP (například Péče o pacienta po biopsii ledvin, Spirometrie, atd.).

3.1.2 Členění SOP je uvedeno na Altus Portale.

3.1.3 Číslování a formální struktura SOP se provádí podle směrnice č. Sm-G001 Vznik a řízení organizačních norem.

3.2 Inicie nové SOP

3.2.1 Podněty ke zpracování SOP může přednést kterýkoliv ze zdravotnických zaměstnanců FNOL a to příslušnému vedoucímu NLZP, OG nebo schvalovateli SOP. Zaměstnanec navrhuje zpracování SOP má povinnost seznámit s předneseným podnětem svého přímého nadřízeného. OG a schvalovatel SOP posoudí a rozhodnou, zda je podnět oprávněný či neoprávněný. Pokud OG či schvalovatel rozhodnou, že je podnět neoprávněný, sdělí své důvody zaměstnanci, který podnět přednesl.

3.3 Příprava zpracování, připomínkování, schválení nové SOP, jejich zveřejnění

3.3.1 Zpracování a připomínkování

- a) OG zpracuje individuálně či týmově návrh SOP nebo pověří zpracováním SOP NLZP některého pracoviště. Hotový návrh předá schvalovateli.
- b) Schvalovatel zhodnotí zpracování nové SOP. Pokud schvalovatel shledá ve zpracování nedostatky, uvede své připomínky a OG tyto připomínky zpracuje.
- c) Po odsouhlasení schvalovatelem pošle OG SOP na OK a ten předá SOP do 1. kola připomínkového řízení. Po připomínkovém řízení zpracuje OG připomínky a opravený návrh SOP odešle na OK. Následně OK zašle SOP k připomínkování do 2. kola.
- d) V případě rozporu v připomínkách od jednotlivých členů připomínkového řízení se OG obrací na schvalovatele, který rozhodne o akceptování či neakceptování připomínek.

3.3.2 Novou SOP umístí zaměstnanec OK na Altus Portal.

3.3.3 Seznam všech SOP je přístupný na Altus Portale, tento seznam obsahuje vždy všechny platné SOP.

3.3.4 SOP není nutné mít na pracovišti v tištěné podobě.

3.4 Aktualizace a revize standardních ošetrovatelských postupů

3.4.1 OG je povinen 1x za 2 roky provést kontrolu procesu a revizi SOP. Pokud OG v SOP nevyžaduje žádné změny, je platnost prodloužena. Pokud to stav vyžaduje, musí OG zajistit vypracování nové verze SOP. Povinnost vypracování nové verze SOP nastává v případě, že dojde k zásadním změnám, které se dotýkají obsahu SOP. Aktualizace SOP bude probíhat pod odbornou garancí UNO.



3.4.2 Všechni vedoucí NLZP, staniční a úsekové sestry/laboranti jsou povinni průběžně provádět v rámci pravidelné kontrolní činnosti vnitřní kontrolu dodržování SOP na svém pracovišti, se záznamem o výsledku kontroly do Denního hlášení. Při zjištění, že nastavené procesní kritérium je z objektivního hlediska potřeba aktualizovat, upravit, změnit, nebo v případě zjištění nedodržování procesních kritérií, vedoucí NLZP nebo staniční/úseková sestra/laborant zjištění zapíše do formuláře Fm-L015-KONTR-001 Záznam o provedení vnitřní kontroly dodržování SOP. Vyplněný formulář zašle na UNO specialistovi ošetrovateľství.

3.4.3 Specialista ošetrovateľství provádí evidenci a zpracování zaslaných vnitřních kontrol, následná aktualizace SOP bude provedena ve spolupráci s OK.

3.5 Analýza neshod a nápravná opatření

3.5.1 Specialista ošetrovateľství zpracuje po provedení vnitřní kontroly dodržování SOP analýzu nejčastějších neshod při provádění standardních ošetrovateľských postupů a výsledky předá na OK.

3.5.2 Analýza je podkladem pro zavedení možných systémových nápravných opatření (edukace personálu, aktualizace SOP,...).

3.5.3 Výsledky jsou prezentovány na poradě vedoucích NLZP a provozních poradách jednotlivých klinik/oddělení.

3.6 Inicie změny SOP

3.6.1 Změnové řízení mohou písemně iniciovat uživatel, OG, schvalovatel a vydavatel. Návrh na změnu v SOP posílají navrhovatelé a OG na UNO. Schvalovatel ve spolupráci s OG posoudí, zda je podnět oprávněný či neoprávněný. Pokud schvalovatel rozhodne, že je podnět neoprávněný, sdělí své důvody zaměstnanci, který podnět přednesl. Pokud schvalovatel rozhodne, že je podnět oprávněný, OG zahájí změnové řízení daného SOP.

3.6.2 Specialista ošetrovateľství vyzve OG, aby si vyžádal u správce dokumentace platnou verzi SOP v editovatelném formátu. Do této verze provede OG barevně požadované změny a zašle upravenou SOP s vyznačenými změnami specialistovi ošetrovateľství.

3.6.3 Zpracování, připomínkování a schválení změny provádí OG stejně jako při vzniku SOP s tím, že vzniká návrh aktualizace SOP.

3.6.4 V případě, že schvalující aktualizaci SOP neschválí a uvede své připomínky, OG tyto připomínky zpracuje a návrh nechá opět připomínkovat členům připomínkového řízení.

3.7 Ukončení platnosti standardního ošetrovateľského postupu

3.7.1 Ukončení platnosti provádí OG po schválení náměstkem nelékařských oborů nebo vedoucí OK.

3.8 Záznam o seznámení/proškolení

3.8.1 Vedoucí NLZP nebo jím pověřený zaměstnanec je povinen seznámit se SOP nově nastupujícího zaměstnance v adaptačním procesu.

3.8.2 Seznámení a proškolení uživatelé potvrdí svým podpisem ve Fm-G001-SKOL-001 Záznam o seznámení/proškolení s ON. Seznámení/proškolení musí proběhnout do 3 měsíců od vydání SOP a u nového zaměstnance v průběhu adaptačního procesu.

3.8.3 Seznámení/proškolení je možné realizovat na provozní poradě ZdP, kdy dokladem o seznámení/proškolení se SOP bude podepsaný Fm-G001-PREZ-001 Prezenční listina zúčastněných zaměstnanců.



3.9 Specifické pravomoci a odpovědnosti

3.9.1 Tato ON nezavádí žádné specifické pravomoci a odpovědnosti.

3.10 Další odborní garanti

3.10.1 Tato ON nestanovuje žádné další odborné guaranty.

4 SOUVISEJÍCÍ DOKUMENTY

4.1 Dokumenty vyšší úrovně

Národní ošetrovatelské postupy vydané ve Věstnících MZČR

4.2 Dokumenty FNOL

Řd-001 Organizační řád FNOL

Sm-G001 Vznik a řízení organizačních norem

4.3 Vystavené dokumenty

Fm-L015-KONTR-001 Záznam o provedení vnitřní kontroly dodržování SOP

SOP-Lxxx

Šablona SOP

5 ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

5.1 Účinnost

5.1.1 Tato ON nabývá účinnosti dnem 11. 11. 2022.

5.1.2 Dnem účinnosti se nahrazuje 6. vydání Sm-L015 ze dne vydání 25. 5. 2022.

5.1.3 OG je povinen 1x za dva roky provést revizi ON. Pokud to stav vyžaduje, musí OG zajistit vypracování nového vydání ON nebo její změny. Záznam o provedené revizi provede správce dokumentace do formuláře Fm-G001-REV-001 „Záznam o revizi ON“.

Povinnost vypracování nové ON nebo změny nastává i v případě, že dojde k zásadním změnám, které se dotýkají obsahu ON.

5.1.4 Přechodná ustanovení nejsou stanovena.

5.2 Přílohy

Nejsou.