
HODNOCENÍ KVALITY A BEZPEČÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB STANDARDY PRO LŮŽKOVOU ZDRAVOTNÍ PÉČI

Dle Zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

a Vyhlášky MZ č. 102/2012 Sb.

Obsah		
<i>kapitola/ subkapit.</i>	<i>název</i>	<i>strana</i>
	Úvod	3
1	Hodnotící standardy řízení kvality a bezpečí	4
1.1	Standard zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí	4
1.2	Standard sledování a vyhodnocení nežádoucích událostí	5
1.3	Standard sledování spokojenosti pacientů	7
1.4	Standard sledování a vyhodnocení stížností a podnětů týkajících se lůžkové zdravotní péče	8
1.5	Standard využívání doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů	9
2	Hodnotící standardy péče o pacienty	10
2.1	Standard dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých	10
2.2	Standard stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace	11
2.3	Standard zajištění konzultačních služeb	12
2.4	Standard bezpečného zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky	13
2.5	Standard kvality stravování pacientů a nutriční péče	15
2.6	Standard zajištění léčebně rehabilitační péče	16
2.7	Standard podpory zdraví a prevence nemocí	16
2.8	Standard kontinuity zdravotní péče	18
2.9	Standard identifikace pacientů	19
2.10	Standard zajištění kardiopulmonální resuscitace	19
3	Hodnotící standardy řízení lidských zdrojů	20
3.1	Standard personálního zabezpečení lůžkové zdravotní péče	20
4	Hodnotící standardy zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance	22
4.1	Standard bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance	22
	Resortní bezpečnostní cíle	Samostatná příloha

	<p style="text-align: center;">ÚVOD</p>	<p>Související předpisy, čl. normy ISO 9001, poznámky</p>
	<p>Vážení,</p> <p>neustálý vývoj ve zdravotnictví a zvyšování úrovně péče o pacienty s sebou přináší velmi širokou a náročnou oblast práce veškerého zdravotnického personálu. Léčebně-preventivní proces je závislý nejenom na špičkové práci lékařů, ale i na činnostech, které tuto nezastupitelnou funkci doplňují a tvoří tak jedinečný celek. Kvalita poskytované péče a bezpečí pacientů hraje v tomto procesu primární roli.</p> <p>Dostávají se vám do ruky standardy, které reflektují jak požadavky na kvalitu poskytované péče zdravotnickými zařízeními ze zákona, tak také dlouholeté zkušenosti našeho certifikačního orgánu.</p> <p>U posuzování v oblasti kvality zdravotnických zařízení využíváme jak erudici našich auditorů, auditorů lékařů, středního zdravotnického personálu, tak technického personálu. Pragmatický přístup v certifikacích/posuzování zdravotnických zařízení a nejlepší zkušenosti našich spolupracovníků jsme promítli i do těchto standardů.</p> <p>Na tomto místě bych rád poděkoval všem, kteří přispěli svými odbornými znalostmi z praxe.</p> <p>Standardy slouží zároveň jako metodika k jejich naplnění. Jsou rozděleny do čtyř základních oblastí. 1. oblast – hodnotící standardy řízení kvality a bezpečí ; 2. oblast – hodnotící standardy péče o pacienty; 3. oblast – hodnotící standardy řízení lidských zdrojů; 4. oblast - hodnotící standardy zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance. Následují jednotlivé minimální standardy, věcný rámec standardu (popis požadavku standardu, případně důvodu pro zavedení standardu) a kritéria pro hodnocení (indikátory prokazující plnění standardu).</p> <p>Standardy jsou vydány jako minimální požadavky pro splnění podmínek pro vydání certifikátu.</p> <p>Závěrem přeji všem, kdo budou s těmito standardy pracovat, aby jim byly platným pomocníkem v jejich práci. Aby poskytly platformu pro skutečnou kvalitu a bezpečí poskytovanou pacientům a ochránily zdravotnický personál, nemocnici a v neposlední řadě i zřizovatele před riziky, která s sebou léčebně preventivní proces může přinést.</p> <p>Mgr. Petr Požár</p>	<p>Tento standard je využitelný pro všechny druhy lůžkové péče:</p> <p>1) léčebná rehabilitační péče 2) ošetrovatelská péče 3) paliativní péče</p>
	<p>Při hodnocení kvality a bezpečí poskytované lůžkové zdravotní péče (dále jen „kvalita a bezpečí“) jsou ve zdravotnickém zařízení posuzovány tyto procesy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) řízení kvality a bezpečí, 2) péče o pacienty, 3) řízení lidských zdrojů a 4) zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance poskytovatele lůžkové péče. 	<p>Vyhl. č. 102/2012 Sb. Příl. č. 1 a 2</p>

Kap.č.:	<p style="text-align: center;">HODNOTÍCÍ STANDARDY, UKAZATELE KVALITY A BEZPEČÍ</p> <p style="text-align: center;">- požadavky na vybrané procesy LŮŽKOVÁ ZDRAVOTNÍ PÉČE</p> <p style="text-align: center;">V souladu s minimálními požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče podle Věstníku MZ ČR částka 5/2012 (jednotlivé prvky metodiky jsou zakomponované v hodnotících standardech)</p>	Související předpisy, čl. normy ISO 9001, apod. poznámky
1	Hodnotící standardy řízení kvality a bezpečí	Dle příl. č. 1 k Vyhl. č. 102/2012Sb.
1.1	Standard: zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí	
<p>Cílem standardu je uplatnění zásad a činností vedoucích ke zvyšování kvality a bezpečí jako nedílné součásti systému řízení lůžkové zdravotní péče.</p> <p>1.1.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu Standard je splněn jestliže</p> <ol style="list-style-type: none"> a) je zaveden program zvyšování kvality a bezpečí pro celé zdravotnické zařízení a tento program je pravidelně aktualizován, b) jsou určeny osoby odpovědné za plnění programu zvyšování kvality a bezpečí, c) zásady a činnosti vedoucí ke zvyšování kvality a bezpečí jsou zahrnuty v provozních postupech zavedených do praxe, které jsou nejméně jednou ročně aktualizovány, a d) osoby podílející se na poskytování lůžkové zdravotní péče jsou aktivně zapojeny do programu zvyšování kvality a bezpečí. 		Plnění tohoto standardu je zaručeno a pravidelně ověřováno, je-li např. zrav. zařízení certifikováno dle ISO 9001
<p>Věcný rámec standardu</p> <p>V nemocnici je zaveden funkční systém řízení kvality (ISO, systém vnitřního hodnocení kvality nebo jiný systém), který sleduje ukazatele kvality a bezpečí a může prokázat zvyšování kvality poskytované péče. Systém musí vykazovat známky neformálního pojetí, reakce na sledované a vyhodnocované ukazatele kvality, zpětnovazebné mechanismy a zapojení všech zaměstnanců do procesu zvyšování kvality a bezpečí. Součástí systému řízení kvality a bezpečí by měla být i snaha o zjednodušování systému, odstraňování duplicit, posuzování nadbytečnosti některých předpisů a omezování byrokratických přístupů.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Systém řízení a zvyšování kvality je popsán a odpovídá skutečnosti b) Se systémem zvyšování kvality a bezpečí jsou prokazatelně seznámeni 		<p>Kritéria standardu lze uplatnit v nemocnicích, které mají zaveden jakýkoliv systém řízení kvality včetně vnitřního necertifikovaného systému hodnocení kvality a bezpečí</p> <p>Vnitřní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb vychází z Věstníku MZČR částka 5/2012</p>

	<p>všichni zaměstnanci nemocnice</p> <p>c) V nemocnici jsou jmenovány osoby odpovědné za řízení a zvyšování kvality</p> <p>d) Proces zvyšování kvality je začleněn ve strategických dokumentech nemocnice (vize, záměry, cíle, plánování, prohlášení)</p> <p>e) V nemocnici jsou zavedené rezortní bezpečnostní cíle (dle Věstníku MZ ČR částka 5/2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - RBC 1 – Bezpečná identifikace pacientů - RBC 2 – Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti - RBC 3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech - RBC 4 – Prevence pádů - RBC 5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče - RBC 6 – Bezpečná komunikace - RBC 7 – Bezpečné předávání pacienta <p>f) Pro jednotlivá pracoviště jsou nastaveny, sledovány a vyhodnocovány indikátory kvality</p> <p>g) Jednotlivá pracoviště mají zpracovanou databázi rizik (pracovních a rizik péče o pacienty)</p> <p>h) Jednotlivá pracoviště mají zavedená preventivní opatření pro snižování rizik</p> <p>i) Na všech pracovištích nemocnice probíhají pravidelně vnitřní audity minimálně 1x ročně</p> <p>j) Všechny zjištěné neshody jsou odstraňovány v plánovaných termínech</p> <p>k) Osoby odpovědné za zvyšování kvality včetně vedoucích pracovníků vykazují činnosti vedoucí ke zvyšování kvality a bezpečí;</p> <p>l) V nemocnici jsou dostupné dokumentované postupy a jsou pravidelně aktualizovány</p> <p>m) Systém kvality a bezpečí je pravidelně revidován a aktualizován na základě legislativních změn, organizačních změn a uplatitelnosti/proveditelnosti v praxi.</p> <p>n) Systém kvality a bezpečí je při revizích posuzován i z hlediska zjednodušování, odstraňování duplicit a byrokratického přístupu.</p> <p>o) V nemocnici je zaveden vnitřní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytované péče;</p>	
<p>1.2</p>	<p>Standard: sledování a vyhodnocení nežádoucích událostí</p>	
	<p>Cílem standardu je evidence a vyhodnocení nežádoucích událostí, které se vyskytnou při poskytování lůžkové zdravotní péče.</p> <p>Nežádoucí událostí je událost nebo okolnost, která mohla vyústit nebo vyústila v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Za nežádoucí událost je také považováno neočekávané zhoršení klinického stavu pacienta, pokud má za následek trvalé tělesné poškození nebo úmrtí pacienta, nejde-li o obvyklou komplikaci zdravotního stavu.</p> <p>1.2.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu Standard je splněn jestliže</p>	

<p>a) je zavedena evidence nežádoucích událostí, a to minimálně neočekávaného zhoršení klinického stavu pacienta, majícího za následek trvalé tělesné poškození nebo úmrtí pacienta, výskytu nemocničních nákaz, pádů, proleženin, událostí spojených s podáváním nebo přípravou léčiv a událostí spojených s léčebným, či diagnostickým výkonem,</p> <p>b) je prováděno vyhodnocování jednotlivých nežádoucích událostí včetně zjišťování jejich příčin,</p> <p>c) jsou vyhodnocovány časové trendy počtu nežádoucích událostí a</p> <p>d) jsou přijímána preventivní opatření k předcházení nežádoucím událostem.</p>	<p>ISO 9001 čl. 8.2.2, 8.2.3, 8.3, 8.4, <u>8.5.2</u>, <u>8.5.3</u></p>
<p>Věcný rámec standardu</p> <p>Řízení nežádoucích událostí příhod je v nemocnici základním procesem pro snižování rizik a zvyšování kvality péče. Každá nežádoucí událost je centrálně evidovaná, je prošetřena a je určena příčina . Na základě zpracování nežádoucí události jsou nastavována nápravná a preventivní opatření, u kterých je vyhodnocována účinnost a efektivnost.</p> <p>Do systému nežádoucích událostí jsou zařazována i pochybení , která jsou včas odhalena a nezpůsobí žádnou škodu či poškození pacienta nebo personálu (nedokonaná pochybení) a nežádoucí události ve smyslu neočekávaného zhoršení zdravotního stavu pacienta, které může vést k poškození pacienta a kterému se dalo zabránit.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <p>a) Řízení nežádoucích události v nemocnici je popsáno v dokumentovaném postupu (směrnice).</p> <p>b) Ve směrnici pro řízení nežádoucích událostí jsou nežádoucí události jasně definované.</p> <p>c) Všichni zaměstnanci nemocnice jsou se systémem řízení nežádoucích událostí prokazatelně seznámeni.</p> <p>d) Pro řízení nežádoucích událostí jsou určené odpovědné osoby</p> <p>e) U každé nežádoucí události je určena příčina na základě šetření a analýz</p> <p>f) V nemocnici je vyhodnocován časový trend počtu mimořádných událostí (alespoň 1x ročně)</p> <p>g) Na pracovištích jsou dostupné formuláře pro hlášení nežádoucích událostí</p> <p>h) U každé nežádoucí události jsou nastavena nápravná a preventivní opatření</p> <p>i) Nastavená nápravná a preventivní opatření se v pravidelných intervalech kontrolují (realizace a dodržování)</p> <p>j) V nemocnici jsou centrálně evidované nemocniční nákazy.</p> <p>k) V nemocnici jsou sledovány pády pacientů a vznik dekubitů.</p> <p>l) V nemocnici jsou sledovány lékové incidenty.</p> <p>m) V nemocnici jsou sledovány nežádoucí události spojené s léčebnými a diagnostickými výkony.</p> <p>n) V nemocnici existuje systém pro sledování a řízení nedokonaných pochybení.</p> <p>o) V nemocnici existuje systém pro hlášení nežádoucích událostí v souvislosti s použitím zdravotnického prostředku.</p>	<p>Metodika sledování nežádoucích událostí (portál kvality a bezpečí MZ ČR)</p> <p>K nedokonaným pochybením: V systémovém pohledu je to potřebná zpětná vazba k včasnému (preventivnímu) nastavování žádoucího cílového stavu, v tomto případě jde o eliminaci dokonaných pochybení.</p> <p>K odrážce o): Nežádoucí událost způsobená přístrojovým zdravotnickým prostředkem (legislativní pojem je zdravotnický prostředek, např. zkratka OZT IKEM pro odlišení zdravotnických přístrojů, obecně zdravotnické techniky: pZP) . Nežádoucí událost končící nevratným poškozením až smrtí pacienta může být i při perfektním stavu pZP způsobena také selháním SPECIÁLNÍHO TECHNICKÉHO ZAŘÍZENÍ NEMOCNIČNÍ BUDOVY (viz symposium ČSZT 10.10.2012 v Praze) s přímým dopadem do patientského prostředí (dle definice v ČSN EN 60 601-1, ed. 2 :2007 či ČSN 33 2140 : 1986 a od ledna 2013 dle nové tech. normy ČSN</p>

<p>p) V nemocnici existuje systém pro hlášení nežádoucích účinků léků.</p>	<p>332000-7-710).</p>
<p>1.3 Standard: sledování spokojenosti pacientů</p>	
<p>Cílem standardu je sledování a vyhodnocení spokojenosti pacientů s lůžkovou zdravotní péčí a podmínkami jejího poskytování.</p> <p>1.3.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu Standard je plněn, jestliže je</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sledována spokojenost pacientů minimálně s podmínkami pobytu ve zdravotnickém zařízení včetně stravování, přístupem zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků k pacientům a poskytováním informací pacientům o jejich zdravotním stavu a diagnostických, léčebných a ošetrovatelských výkonech a b) prováděno vyhodnocování spokojenosti pacientů a jsou přijímána opatření k odstranění zjištěných nedostatků. 	<p>ISO 9001 čl. <u>8.2.1</u></p>
<p>Věcný rámec standardu</p> <p>Sledování spokojenosti pacientů je zpětnou vazbou poskytované péče a nástrojem pro zjišťování požadavků pacientů. Nemocnice má svůj vnitřní systém nebo sleduje spokojenost prostřednictvím celostátně organizovaných anket. Sledování spokojenosti pacientů je popsáno a pravidelně vyhodnocováno. Na základě vyhodnocení jsou přijímána opatření pro zvyšování kvality a bezpečí.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Systém sledování spokojenosti pacientů je popsán b) Zaměstnanci nemocnice, kteří přicházejí do styku s pacienty jsou se systémem sledování spokojenosti prokazatelně seznámeni c) Pacienti jsou prokazatelně seznámeni s možností vyjádření své spokojenosti . d) Spokojenost pacientů je pravidelně vyhodnocována e) Na základě vyhodnocení anket spokojenosti pacientů jsou přijímána opatření. f) U každého opatření je prováděna kontrola realizace/dodržování g) Spokojenost pacientů je sledována v oblasti stravování h) Spokojenost pacientů je sledována v oblasti přístupu zdravotnických pracovníků a s podáváním informací i) U dotazníkových anket je zaručena anonymita pacientů 	

1.4	Standard: sledování a vyhodnocení stížností a podnětů týkajících se lůžkové zdravotní péče	
<p>Cílem standardu je sledování a vyhodnocování stížností a podnětů týkajících se lůžkové zdravotní péče a využívání získaných poznatků pro zvýšení kvality a bezpečí.</p> <p>1.4.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu Standard je splněn jestliže</p> <ul style="list-style-type: none"> a) je vedena evidence všech stížností a podnětů pacientů a dalších osob podaných v souvislosti s lůžkovou zdravotní péčí včetně způsobu jejich vyřízení, b) je prováděno vyhodnocení stížností a podnětů včetně zjišťování jejich příčin a c) jsou přijímána opatření k odstranění zjištěných nedostatků a potřebná preventivní opatření 		ISO 9001 čl. <u>8.3, 8.4, 8.2.1, 8.2, 8.5.2, 8.5.3</u>
<p>Věcný rámec standardu</p> <p>Nemocnice má zaveden centrální systém pro sledování a včasné vyřizování stížností a podnětů od pacientů, případně jejich blízkých. Všechny podněty jsou prošetřeny, je určena příčina a oprávněnost stížnosti a stížnost je vyřízená ve stanoveném čase. Na základě vyhodnocení stížností jsou přijímána nápravná a preventivní opatření. Všichni zaměstnanci musí být seznámeni s postupem vyřizování , včetně ústních stížností.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nemocnice má popsany způsob vyřizování stížností, včetně vyřizování ústních stížností. b) Všichni zaměstnanci jsou s tímto systémem prokazatelně seznámeni c) Všechny stížnosti jsou centrálně evidované d) U každé stížnosti je určena oprávněnost a příčina e) U každé stížnosti je evidována odpověď stěžujícímu f) U každé stížnosti je uvedeno nápravné a preventivní opatření g) U nápravných a preventivních opatření je záznam o kontrolách realizace a dodržování 		

1.5	Standard: využívání doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů	
<p>Cílem standardu je zajistit využívání diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů doporučených odbornými a profesními organizacemi zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví.</p> <p>1.5.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu Standard je plněn, jestliže</p> <ul style="list-style-type: none"> a) poskytovatel lůžkové zdravotní péče využívá diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy doporučené odbornými a profesními organizacemi zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví b) jsou zpracovány interní diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy při péči o pacienty se smyslovým nebo tělesným postižením 		
<p>Věcný rámec standardu</p> <p>V nemocnici se poskytuje péče na základě legislativních předpisů, a s využitím doporučených postupů profesních organizací a vnitřních standardů. U všech těchto dokumentů musí být zaručena jejich aktuálnost a dostupnost. Pro hendikepované osoby jsou nastavené postupy péče (diagnostické, léčebné a ošetrovatelské) vnitřními pravidly včetně možností dorozumívání se a tlumočení.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) v nemocnici je zaveden systém pro sledování legislativních změn b) S legislativními změnami jsou zaměstnanci prokazatelně seznámeni c) V nemocnici existuje dostupný seznam aktuálních legislativních předpisů d) Na každém pracovišti je seznam externích doporučených postupů a metodik, které jsou využívány při poskytování diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péči; e) Všechny tyto doporučené postupy a metodiky včetně vnitřních předpisů jsou pravidelně revidovány z hlediska aktuálnosti a použitelnosti f) Přístup zdravotnických pracovníků a postupy v péči u hendikepovaných osob jsou zpracovány ve vnitřních dokumentovaných postupech (směrnice, standardy) g) Všechny externí i interní dokumenty musí být prokazatelně aktuální a dostupné. 		

2	Minimální hodnotící standardy péče o pacienty	Dle příl. č. 1 k Vyhl. č. 102/2012Sb.
2.1	Standard: dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých	
<p>Cílem standardu je dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých při poskytování lůžkové péče.</p> <p>2.1.1 Ukazatel kvality a bezpečí pro splnění standardu Standard je splněn, jestliže je prováděno sledování a vyhodnocování dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých a jsou přijímána opatření k odstranění zjištěných nedostatků.</p>		
<p>Věcný rámec standardu</p> <p>V nemocnici je pacientům a osobám pacientů blízkým dostupný dokument Etický kodex práv pacientů. Zaměstnanci nemocnice jsou s tímto dokumentem prokazatelně seznámeni a dodržují jeho principy. Kromě dodržování Etického kodexu práv pacientů jsou dodržována všechna ustanovení Zákona 372/2011 Sb. týkajících se práv pacienta. Dodržování práv pacientů se minimálně 1x ročně sleduje formou auditu a průběžně během hospitalizace.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Etický kodex práv pacientů je volně dostupný na každém klinickém pracovišti nemocnice a pacienti mají možnost se s ním seznámit; b) Zaměstnanci nemocnice jsou s dokumentem prokazatelně seznámeni c) Zaměstnanci nemocnice jsou dále prokazatelně seznámeni se Zákonem 372/2011 Sb.; d) Dodržování práv pacientů je sledováno vnitřním auditem e) Dodržování práv pacientů je pravidelně 1x ročně vyhodnocováno f) V případě zjištění nedostatků je provedeno zdůvodnění a jsou přijata nápravná a preventivní opatření g) Zdravotní služby jsou pacientům poskytovány na základě jejich informovaného souhlasu; h) Při poskytování zdravotních služeb je respektováno soukromí pacienta; i) Na klinických pracovištích nemocnice jsou pacienti seznámeni s vnitřním řádem zdravotnického zařízení; j) Při poskytování zdravotní péče je umožněna nepřetržitá přítomnost zákonného zástupce u pacientů nezletilých a pacientů, kteří jsou zbaveni nebo částečně zbaveni způsobilosti k právním úkonům; k) Pacienti mají k dispozici ceník služeb, které nejsou hrazené zdravotní pojišťovnou nebo jsou pojišťovnou hrazené pouze částečně; l) Zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci ve zdravotnickém zařízení, kteří poskytují zdravotní péči nosí viditelné jmenovky, tak aby pacient mohl znát jejich jména; m) Ve zdravotnickém zařízení je stanoven režim návštěv s ohledem na zdravotní stav pacienta a v souladu s vnitřním řádem zdravotnického zařízení; 		

	<ul style="list-style-type: none"> n) V nemocnici je stanoven režim pro poskytování duchovní péče a duchovní podpory s uvedením kontaktů na poskytovatele duchovní péče; o) V nemocnici je stanoven režim pro podávání informací o zdravotním stavu pacientů v souladu s ustanovením Zákona 372/2011 Sb.; p) V nemocnici je stanoven postup pro případy poskytování péče bez souhlasu pacienta; q) V nemocnici je stanoven režim pro případy utajeného porodu; r) V nemocnici je stanoven režim pro případy omezení volného pohybu pacienta v souladu s ustanovením Zákona 372/2011 Sb.; s) V nemocnici je stanoven režim pro uložení cenností, finanční hotovosti a jiného majetku pacienta; t) V nemocnici je stanoven postup pro případy odmítnutí péče pacientem a tento postup je dodržován; u) V nemocnici je stanoven a dodržován postup pro ochranu dat pacientů; 	
2.2	Standard: stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace	
	<p>Cílem standardu je vedení zdravotnické dokumentace, nakládání s touto dokumentací a nahlížení do ní v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování lůžkové zdravotní péče a organizační strukturu zdravotnického zařízení.</p> <p>2.2.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu</p> <p>Standard je splněn, jestliže jsou stanoveny a dodržovány</p> <ul style="list-style-type: none"> a) zásady vedení zdravotnické dokumentace v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování lůžkové zdravotní péče a organizační strukturu zdravotnického zařízení, b) zásady pro zajištění nahlížení do zdravotnické dokumentace v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování lůžkové zdravotní péče a c) postupy při ukládání zdravotnické dokumentace a její ochraně před zneužitím, ztrátou a poškozením. 	<p>ISO 9001 čl. 4.2.1 - 4.2.4</p> <p>ISO 27001</p>
	<p>Věcný rámec standardu</p> <p>Vedení zdravotnické dokumentace pacienta musí odpovídat požadavkům Zákona 372/2011 Sb., prováděcí Vyhlášce MZ ČR č. 98/2012 Sb. a podmínkám zdravotnického zařízení. Dodržování zákonných požadavků a vnitřních předpisů o vedení zdravotnické dokumentace má být prověřováno alespoň 1x ročně. V případě zjištěných nedostatků jsou přijímána nápravná a preventivní opatření.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) V nemocnici je zpracován vnitřní předpis pro vedení zdravotnické dokumentace a je dodržován; b) Všichni zdravotničtí pracovníci jsou s tímto předpisem prokazatelně seznámeni; c) Zdravotnická dokumentace pacienta je chráněná před zneužitím; 	<p>Vyhláška MZ ČR č.98/2012</p>

	<ul style="list-style-type: none"> d) Záznamy ve zdravotnické dokumentaci jsou čitelné; e) Všechny záznamy ve zdravotnické dokumentaci jsou opatřeny jmenovkou a podpisem ZP, který záznam provedl; f) Nemocnice provádí minimálně 1x ročně audit zdravotnické dokumentace; g) Úroveň zdravotnické dokumentace je pravidelně, minimálně 1x ročně vyhodnocována; h) V případě zjištěných nedostatků jsou přijímána nápravná a preventivní opatření, která jsou dodržována; i) V nemocnici existuje předpis o uchovávání a skartaci zdravotnické dokumentace a je dodržován; j) Zdravotnická dokumentace odpovídá dalším požadavkům Vyhlášky MZ ČR 98/2012 Sb.; k) V nemocnici je zpracován postup pro nahlížení do zdravotnické dokumentace; l) Opravy ve zdravotnické dokumentaci jsou prováděny tak, aby původní chybný záznam zůstal čitelný, oprava je parafována ZP, který opravu provedl; m) Informované souhlasy jsou kompletně vyplňovány a podepsány; n) Ordinance lékaře ve zdravotnické dokumentaci obsahují všechny potřebné náležitosti (název léku, forma, síla, rozpis jednotlivých dávek); o) Součástí zdravotnické dokumentace je i ošetrovatelská dokumentace včetně záznamů o ošetrovatelské péči; 	
<p>2.3</p>	<p>Standard: zajištění konzultačních služeb</p>	
	<p>Cílem standardu je zajištění konzultačních služeb pro zdravotnické pracovníky při poskytování lůžkové zdravotní péče.</p> <p>2.3.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu Standard je plněn, jestliže jsou zajištěny konzultační služby pro další obory potřebné pro diagnostiku a léčebnou péči v individuálních případech, kdy to vyžaduje zdravotní stav pacienta.</p>	
	<p>Věcný rámec standardu Nemocnice má zajištěné odborné konzultační služby, které využije v případě nutnosti konzultovat zdravotní stav pacienta jiným odborným pracovníkem. Tyto konzultační služby jsou a) interní (konzultační služby v rámci jednoho zdravotnického zařízení nebo b) externí (konzultační služby, které poskytuje v případě potřeby jiné zdravotnické zařízení).</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nemocnice má zpracovaný přehled interních konzultačních služeb, tento přehled zahrnuje i způsob objednání konzultační služby a její dostupnost; b) Nemocnice má zpracovaný přehled externích konzultačních služeb, tento přehled zahrnuje i způsob objednání konzultační služby a její dostupnost; c) Nemocnice má ustanoveno, který zdravotnický pracovník je způsobilý vnitřní konzultační služby poskytovat 	

2.4	Standard: bezpečné zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky	
<p>Cílem standardu je definovat činnosti, které mají bezprostřední vliv na bezpečné zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky.</p> <p>2.4.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro slnění standardu</p> <p>Standard je plněn, jestliže jsou stanoveny, dodržovány a vyhodnocovány</p> <ol style="list-style-type: none"> interní postupy při objednávání, příjmu, skladování, předepisování, úpravě a podávání léčivých a odstraňování (likvidaci) nepoužitelných léčivých přípravků včetně dokumentace jednotlivých postupů jejich kontroly, interní postupy při objednávání, příjmu, skladování, předepisování a používání zdravotnických prostředků a odstraňování (likvidaci) nepoužitelných zdravotnických prostředků včetně dokumentace jednotlivých postupů a jejich kontroly, interní postupy při používání neregistrovaných léčivých přípravků, interní postupy hlášení nežádoucích účinků léčivých přípravků a nežádoucích příhod a vedlejších účinků zdravotnických prostředků a oprávnění a povinnosti zaměstnanců při vykonávání činností uvedených v písmenech a) až d). 		<p>ISO 9001 čl. 7.4, 7.5; 4.2.3,4.2.4 ; 5.5, 6.2</p> <p>ISO 14001 odpady N + přísl. legislativa</p>
<p>Věcný rámec standardu</p> <p>Všechny činnosti týkající se léčivých přípravků a zdravotnických prostředků jsou standardizovány za účelem zvýšení bezpečnosti při zacházení s nimi a zamezení nehospodárného nakládání v této oblasti. Všechny předpisy týkající se léčivých přípravků a zdravotnických prostředků musí být dodržovány a v pravidelných intervalech kontrolovány.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <ol style="list-style-type: none"> Nemocnice má vnitřním předpisem stanovené povinnosti zdravotnických pracovníků při objednávání, skladování, předepisování, úpravě a podávání léčivých přípravků včetně používání neregistrovaných léčivých přípravků; Nemocnice má vnitřním předpisem stanovené postupy při likvidaci nepoužitelných léčiv; Nemocnice má vnitřním předpisem stanovená pravidla při objednávání, skladování, používání a evidenci omamných a psychotropních látek; Nemocnice má vnitřním předpisem stanovená pravidla pro zacházení s cytostatiky; Každé oddělení nemocnice má seznam léčiv s vyšší mírou rizika a nastavená pravidla pro bezpečné uložení (dle doporučení výrobce) a podávání léků s vyšší mírou rizikovitosti (rizikové léky) včetně rizikových léčiv, které jsou vneseny do zdravotnického zařízení pacienty; V nemocnici existuje dokumentovaný postup pro případy lékových incidentů včetně nedokonaných; V nemocnici existuje vnitřní předpis pro bezpečnou manipulaci a podávání transfúzních přípravků; V nemocnici jsou léky a léčivé přípravky uloženy podle doporučení výrobce; Teplota prostředí, kdy jsou uloženy léčivé přípravky je monitorována; Předpisy, které se vztahují k uložení léčivých přípravků obsahují i pokyny pro 		<p>K odrážce v) v Krirériích: Platný zákon 123/2000 Sb. o zdravotnických prostředcích nepoužívá pojem „revize“, ale „kontrola“, konkrétně periodická bezpečnostně technická kontrola (BTK) nebo elektrická kontrola ZP. Zde je nutno se odvolat na vyhlášku 73/2010 Sb., která ponechává ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY ve smyslu zákona 123/2000 Sb. v gesci tohoto zákona a tím i umožňuje provádění BTK a ELEKTRICKÝCH KONTROL ZP také kvalifikovaným zaměstnancům poskytovatelů zdravotní péče (samozřejmě v první řadě autorizovaným dodavatelům/servisům). Podmínky stanovuje zákon 123/2000 Sb. a to: odpovídající kvalifikaci pracovníka, odpovídající materiální vybavení pracoviště a registraci pro servis zdravotnické techniky na MZ ČR. Často</p>

případy mimořádných situací, kdy není možné skladovací podmínky dodržet (např. porucha lednice, výpadek elektrického proudu apod.)

k) V nemocnici jsou jasně určené kompetence zdravotnických pracovníků při objednávání a používání léčivých přípravků;

l) Skladování a manipulace s léčivými přípravky je pravidelně kontrolována;

m) V případě zjištěných nedostatků jsou přijímána nápravná a preventivní opatření;

n) Nemocnice má zajištěno přijímání a postupy týkající se Zpráv o kvalitě léčiv;

o) Nemocnice má vnitřním předpisem stanovené postupy při používání neprodejných vzorků léčiv;

p) Nemocnice má vnitřním předpisem stanovené postupy v případě vnášení léčivých přípravků včetně opiátů;

q) Nemocnice vnitřním předpisem upravuje podmínky pro nestandardní ordinace léčiv (např. telefonické ordinace, nebo ordinace dle potřeby – dle jasné specifikace změny zdravotního stavu);

r) v dokumentaci pacienta je kromě ordinace i záznam o podání léčiva;

s) V nemocnici je určen způsob hlášení nežádoucích účinků léků a zdravotnických prostředků;

t) Použití zdravotnických prostředků je dokumentováno;

u) Zdravotnické přístroje jsou centrálně evidované;

v) Všechny zdravotnické přístroje jsou v pravidelných intervalech revidovány a všechny jsou používány pouze s platnou revizí;

w) Všechna měřidla jsou ve stanovených intervalech ověřována a všechna jsou používána s platným ověřením;

x) Nemocnice má stanovené postupy v případě poruchy přístrojové techniky tak, aby nemohlo dojít k neúmyslnému použití přístroje s poruchou;

y) Odpovědní pracovníci v pravidelných intervalech kontrolují použitelnost léčivých přípravků na oddělení;

z) Každý zdravotnický pracovník, který zachází se zdravotnickým přístrojem musí mít dostupný návod na použití a musí být prokazatelně seznámen s používáním přístroje;

speciální část kvalifikace pracovníků a speciální materiální vybavení pracoviště jsou předmětem dohody s autorizovaným dodavatelem/servisem, který pro tento účel vystavuje certifikát. Je to pro velké poskytovatele zdravotní péče ekonomicky významné (=úspory) a v některých nepřetržitých provozech logisticky i ekonomicky výhodné (kontroly provádí vlastní režijní zaměstnanci v optimálním čase, např. v době krátkodobého uvolnění lůžka, případně nejsou nutné investice do redundantní zdravotnické techniky potřebné pro periodické výluky z provozu pro BTK nebo elektrické kontroly).

V návaznosti také na standard 1.2:

Významná část nežádoucích příhod (dokonaných i nedokonaných) připadá na selhání **SPECIÁLNÍHO TECHNICKÉHO ZAŘÍZENÍ NEMOCNIČNÍ BUDOVY**, což legislativně jsou např. v dílci Vyhlášky č. 73/2010 Sb. **vyhrazená technická zařízení** (elektrické rozvody, zdroje elektrické energie), také **strojovny a rozvody medicínálních plynů, vzduchotechnická zařízení** – vše podléhající **revizím, které provádějí autorizovaní revizní technici**. Medicínální plyny dle předpisu MED 15 (SÚKL) jsou při podávání pacientům léčivým přípravkem a podléhají předpisům o jejich „výdeji“ a periodické kontrole kvality (složení). Přenosy a zpracování životně důležitých dat (například z monitorů životních funkcí pacientů do centrálních monitorů sester/lékařů)

		<p>jsou více než 15 let nedílnou součástí kvality a bezpečí pacienta.</p> <p>K odrážce y) Kritéria: Rovněž je nutné v pravidelných intervalech kontrolovat použitelnost speciálního zdravotnického materiálu, například doby použitelnosti a sterility katetrizačního a implantabilního materiálu, např. intraaortálních kontrapulzačních balonkových katetrů či implantabilních kardiostimulátorů, kardioverterů a jejich elektrod.</p>
2.5	<p>Standard: kvalita stravování pacientů a nutriční péče</p>	
	<p>Cílem standardu je definovat činnosti, které mají bezprostřední vliv na kvalitu stravování a léčebnou výživu pacientů.</p> <p>2.5.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu Standard je splněn, jestliže je</p> <ul style="list-style-type: none"> a) stanoven postup organizace nutriční péče a b) zpracován systém diet. 	
	<p>Věcný rámec standardu</p> <p>Léčebná výživa je součástí léčebného plánu a je zajištěna v souladu s dietním systémem. Nemocnice má stanovené postupy týkající se bezpečného podávání stravy pacientům a prevence malnutrice. Tyto postupy jsou dodržovány a dokumentovány.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nemocnice má zpracovaný dietní systém včetně postupu při požadavku pacienta na nestandardní stravu (stravovací zvláštnosti); b) Vnitřním předpisem jsou stanovené postupy, hygienické normy a kompetence ZP při předepisování, objednávání, dovozu a podávání stravy; c) Nemocnice má stanovený postup sledování a hodnocení rizika malnutrice u pacientů; d) Ve stravovacím provozu nemocnice je zaveden systém kritických bodů (HACCAP) e) Teploty a skladovací podmínky ve stravovacím provozu jsou kontrolovány; f) Všichni pracovníci manipulující se stravou pacientů používají předepsané ochranné pomůcky; g) Teplota stravy při výdeji je kontrolována; h) Nemocnice vnitřním předpisem upravuje postupy při likvidaci zbytků stravy a potravin; i) Vnitřním předpisem jsou stanovené postupy týkající se zvláštností při podávání 	

	<p>stravy, které vyplývají z aktuálního zdravotního stavu pacienta (sonda, PEG, krmení nesoběstačných pacientů);</p> <p>j) V případě potřeby jsou v nemocnici dostupné nutriční doplňky stravy a vnitřním předpisem je upraveno jejich předepisování, objednávání a podávání;</p> <p>k) Pracovníci podílející se na přípravě stravy jsou pravidelně proškolení (hygienické minimum);</p>	
2.6	<p>Standard:</p> <p>zajištění léčebně rehabilitační péče</p>	
	<p>Cílem standardu je zajištění léčebně rehabilitační péče v návaznosti na poskytovanou lůžkovou zdravotní péči.</p> <p>2.6.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu Standard je plněn, jestliže</p> <p>a) je zpracován plán léčebně rehabilitační péče a jejího vyhodnocování v návaznosti na poskytovanou lůžkovou zdravotní péči a</p> <p>b) <u>pacienti</u> a zdravotničtí pracovníci jsou s plánem léčebně rehabilitační péče a jejího vyhodnocování seznámeni v potřebném rozsahu.</p>	<p>ISO 9001 čl. 7.5, 8,4.....</p>
	<p>Věcný rámec standardu</p> <p>Rehabilitační péče je zajišťována na základě individuálního přístupu k pacientovi. Plán rehabilitační péče včetně následné péče je navrhován ošetřujícím lékařem s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta. Konkrétní plán rehabilitační péče zpracovává lékař rehabilitačního oddělení na základě doporučení ošetřujícího lékaře a vstupního vyšetření pacienta. Výkony rehabilitačního ošetřovatelství jsou součástí ošetřovatelského procesu.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <p>a) Nemocnice má zpracované a dostupné spektrum poskytovaných rehabilitačních služeb, včetně služeb a výkonů, které nejsou hrazené zdravotní pojišťovnou;</p> <p>b) V ošetřovatelské dokumentaci je plán rehabilitačního ošetřovatelství a záznamy o jeho realizaci;</p> <p>c) V dokumentaci pacienta existuje záznam o cílech rehabilitační péče;</p> <p>d) Cíle rehabilitační péče jsou vyhodnocovány;</p> <p>e) V dokumentaci pacienta je návrh ošetřujícího lékaře na zajištění rehabilitační péče;</p> <p>f) Plán rehabilitační péče je v dokumentaci pacienta a jsou prováděny záznamy o jeho realizaci;</p>	
2.7	<p>Standard:</p> <p>podpora zdraví a prevence nemocí</p>	
	<p>Cílem standardu je definovat činnosti zaměřené na podporu zdraví a prevenci nemocí ve vztahu k pacientům a <u>zaměstnancům</u>.</p> <p>2.7.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu Standard je splněn, jestliže</p> <p>a) je zpracován plán činností zaměřených na základní oblasti podpory</p>	

<p>zdraví, prevenci nemocí zejména v závislosti na tabáku, alkoholu a jiných návykových látkách a na psychologickou podporu a</p> <p>b) pacienti a zaměstnanci mají ve zdravotnickém zařízení přístup k informacím o faktorech ovlivňujících zdraví.</p>	
<p>Věcný rámec standardu</p> <p>Program Podpora zdraví a prevence nemocí je zaměřen na zvyšování znalostí a rozvíjení životních dovedností, které směřují k individuálnímu a obecnému zdraví. V nemocnici se rozvíjí specifické aktivity a poradenství zaměřené na podporu zdraví a prevenci nemocí u pacientů i zdravotníků a principy podpory zdraví a prevence nemocí jsou začleněny do směrnic a standardů tak, aby se tato témata stala součástí každodenní klinické praxe;</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <p>a) V nemocnici je zaveden program na podporu zdraví a prevenci nemocí;</p> <p>b) V nemocnici je zákaz kouření (týká se pacientů i zdravotníků);</p> <p>c) V nemocnici jsou dostupné instrukce pro odvykání kouření včetně kontaktů na poradenské služby v této oblasti;</p> <p>d) V nemocnici jsou dostupné instrukce pro odvykání závislosti na alkoholu včetně kontaktů odvykacích center;</p> <p>e) V nemocnici jsou dostupné instrukce pro odvykání drogové závislosti včetně kontaktů protidrogových středisek a center;</p> <p>f) V nemocnici existuje systém identifikace osob, u kterých je potřeba provádět individuální zdravotnickou osvětu;</p> <p>g) U jednotlivých pacientů je v závislosti na diagnóze prováděna edukace týkající se prevence komplikací včetně problematiky kouření, požívání alkoholu a návykových látek;</p> <p>h) V nemocnici jsou jednoznačně identifikováni pacienti kuřáci a pacienti s nezdravou konzumací alkoholu;</p> <p>i) V nemocnici jsou identifikováni pacienti s potřebou poradenství ohledně tělesného pohybu;</p> <p>j) V nemocnici je jsou zaváděny cvičební programy a poradenství v rámci rehabilitace;</p> <p>k) V nemocnici je zaveden screening pro identifikaci pacientů podvyživených a s nadváhou;</p> <p>l) Nemocnice poskytuje poradenství ohledně zdravé výživy;</p> <p>j) V nemocnici existuje edukační systém pro zdravotníky ohledně specifických faktorů, které ovlivňují zdraví;</p> <p>k) Nemocnice zajišťuje poskytování psychologické pomoci pro zvládnání stresu nebo úzkosti spojené s hospitalizací nebo pacientovým onemocněním;</p> <p>l) Nemocnice se zabývá sledováním a včasnou identifikací syndromu vyhoření u zdravotníků;</p> <p>j) Nemocnice má nastavena preventivní opatření vzniku syndromu vyhoření;</p> <p>k) Zdravotničtí pracovníci jsou vzděláváni v oblasti podpory zdraví a prevence nemocí;</p> <p>l) V nemocnici je vypracován akční plán podpory zdraví a prevence nemocí na 1 rok, který zahrnuje všechny aktivity týkající se této oblasti;</p>	

2.8	Standard: kontinuita zdravotní péče	
<p>Cílem standardu je zajištění návaznosti zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení a též v rámci spolupráce s dalšími poskytovateli zdravotních služeb.</p> <p>2.8.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu Standard je splněn, jestliže</p> <ul style="list-style-type: none"> a) jsou stanoveny postupy pro předávání pacientů mezi zaměstnanci v navazujících pracovních směnách na pracovišti, pro předávání pacientů mezi pracovišti zdravotnického zařízení, pro předávání pacientů do jiného zdravotnického zařízení a pro propouštění pacientů ze zdravotnického zařízení včetně zajištění navazující ambulantní zdravotní péče a b) je stanoven postup pro spolupráci s dalšími poskytovateli zdravotních služeb a případně též s poskytovateli sociálních služeb. 		
<p>Věcný rámec standardu</p> <p>Nemocnice standardizuje postupy při všech formách předávání pacienta včetně rozsahu předávaných informací tak, aby tento proces byl co nejméně zatížen možnými riziky. Nemocnice sleduje objednací doby na plánované vyšetření a výkony a přijímá opatření pro optimalizaci objednacích dob.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nemocnice má zpracovaný standard pro bezpečné předávání pacienta v rámci nemocnice mezi jednotlivými pracovišti včetně kompetencí zdravotnických pracovníků; b) Nemocnice má zpracovaný vnitřní předpis pro bezpečné předávání pacienta do jiného zdravotnického zařízení nebo ústavu včetně kompetencí zdravotnických pracovníků; v dokumentaci pacienta je záznam o dojednání překladu; c) Nemocnice má zpracovaný vnitřní předpis pro předávání pacienta do domácího ošetřování včetně kompetencí zdravotnických pracovníků; d) Nemocnice při předávání pacienta předává písemné (standardizované) informace o pacientovi; e) Nemocnice sleduje objednací doby pacienta na plánované výkony a vyšetření; f) Nemocnice minimálně 1x za půl roku zveřejňuje a aktualizuje objednací doby na plánované výkony a vyšetření včetně kontaktů na jednotlivá pracoviště; g) Nemocnice má systém na předávání pacientů mezi jednotlivými službami; h) Propouštěcí zpráva je vypracovaná do 48 hodin od propuštění; i) V případě, že není propouštěcí zpráva vypracovaná ihned při propuštění, zpracovává se předběžná propouštěcí zpráva; j) Propouštěcí zpráva obsahuje všechny náležitosti podle Vyhlášky č.98/2012 Sb. (údaje o anamnéze a současné nemoci; dobu a průběh hospitalizace, důvod hospitalizace, výsledek hospitalizace; hlavní diagnózu a vedlejší diagnózy; záznam o léčbě a výsledky provedených vyšetření; přehled zdravotních výkonů včetně případných komplikací; doporučení; k) Předběžná propouštěcí zpráva obsahuje Základní údaje o průběhu hospitalizace, hlavní a vedlejší diagnózy; stručný záznam o dosavadní léčbě; doporučení a záznam o vybavení pacienta léčivými přípravky a zdravotnickými 		

	<p>prostředky;</p> <p>l) Nemocnice má stanoven postup pro spolupráci se sociální službou;</p> <p>m) Nemocnice má stanovený postup pro předání pacienta na specializovaná pracoviště a specialistům, kteří zajišťují např. dispenzární péči.</p> <p>n) Nemocnice má zajištěná specializovaná vyšetření, která nemůže poskytnout, v jiném zdravotnickém zařízení;</p> <p>o) V případě transportu pacienta sanitním vozem je v dokumentaci pacienta záznam lékaře o indikaci;</p>	
2.9	<p>Standard:</p> <p>identifikace pacientů</p>	
	<p>Cílem standardu je vyloučení rizika záměny pacientů při poskytování lůžkové zdravotní péče.</p> <p>2.9.1 Ukazatel kvality a bezpečí pro splnění standardu Standard je splněn, jestliže je vypracován a dodržován postup pro jednoznačnou nezaměnitelnou identifikaci pacientů.</p>	
	<p>Věcný rámec standardu</p> <p>Nemocnice má zaveden způsob bezpečné identifikace pacienta tak, aby bylo co nejvíce sníženo riziko záměny pacienta a odebraných vzorků.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <p>a) Nemocnice provádí identifikaci pacienta při přijetí kontrolou dokladů;</p> <p>b) Nemocnice má zpracovaný vnitřní předpis pro bezpečnou identifikaci pacienta v souvislosti s jednotlivými výkony (podle váhy rizika výkonu);</p> <p>c) Všichni zdravotničtí pracovníci jsou s vnitřním předpisem prokazatelně seznámeni a dodržují jej;</p> <p>d) Vnitřní předpis o identifikaci pacienta obsahuje postupy pro identifikaci pacientů, kteří nejsou schopni potvrdit vlastní identifikační údaje (např. děti, senioři, pacienti dezorientovaní a duševně nemocní a pacienti v bezvědomí)</p> <p>e) Vnitřní předpis obsahuje pokyny pro bezpečnou identifikaci pacienta, u kterého nelze zajistit identifikační údaje;</p> <p>f) Pacient je informován o možnosti záměny v případě, že zdravotnický pracovník neprovede jeho identifikaci;</p> <p>g) Nemocnice má předepsaný postup pro označování odebraných vzorků od pacienta a tento postup se dodržuje;</p> <p>h) Nemocnice má předepsaný postup v případě záměny pacienta nebo odebraného vzorku;</p>	
2.10	<p>Standard:</p> <p>zajištění kardiopulmonální resuscitace</p>	
	<p>Cílem standardu je plnění požadavků pro zajištění kardiopulmonální resuscitace.</p> <p>2.10.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu</p>	

<p>Standard je splněn, jestliže je</p> <ul style="list-style-type: none"> a) zpracován a plněn plán každoročního proškolení včetně přezkoušení zdravotnických pracovníků v kardiopulmonální resuscitaci, b) zpracován a plněn plán kontrol vybavení pracovišť léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky pro poskytování kardiopulmonální resuscitace včetně kontrol jejich funkčnosti a c) vedena dokumentace o provedení proškolení a přezkoušení zdravotnických pracovníků podle písmene a) a o provedení kontrol podle písmen b). 		
<p>Věcný rámec standardu</p> <p>Nemocnice zabezpečuje zdravotnickou i materiální připravenost pro poskytování první pomoci a zvládnání urgentních stavů.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) V nemocnici je zpracován vnitřní předpis pro postupy při řešení urgentních stavů a KPR, který obsahuje i postupy pro přivolání odborné pomoci; b) S tímto předpisem jsou prokazatelně seznámeni všichni zaměstnanci; c) Proškolení zdravotnických pracovníků se provádí minimálně 1x ročně v souladu s aktuálními doporučeními; d) Zdravotničtí pracovníci jsou přezkoušeni v provádění KPR; e) O školeních a přezkoušení pracovníků je vedena evidence; f) Nemocnice má zpracovaný plán pro periodické proškolení pracovníků v první pomoci a KPR; g) Zdravotnická pracoviště jsou vybavena pomůckami a léčivými přípravky pro poskytování první pomoci a KPR podle seznamu; h) Je stanoven způsob a frekvence kontroly použitelnosti zdravotnických prostředků, pomůcek a léčivých přípravků pro provádění KPR a řešení urgentních stavů, o těchto kontrolách se provádí záznam; 		
<p>3</p>	<p>Minimální hodnotící standardy řízení lidských zdrojů</p>	<p>Dle příl. č. 1 k Vyhl. č. 102/2012Sb.</p>
<p>3.1</p>	<p>Standard: personální zabezpečení lůžkové zdravotní péče</p>	
<p>Cílem standardu je zajistit potřebné personální zabezpečení lůžkové zdravotní péče.</p>		
<p>3.1.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu</p>		

<p>Standard je splněn, jestliže</p> <ul style="list-style-type: none"> a) je zpracováno rozdělení pracovních míst v souladu s požadavky na personální zabezpečení lůžkové zdravotní péče a program celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, b) jsou stanovena pravidla pro zapracování zaměstnanců při jejich zařazení na pracovní místo, c) jsou zpracovány popisy pracovních činností jednotlivých zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka a d) je sledována a vyhodnocována spokojenost zaměstnanců s pracovními podmínkami pro plnění jejich pracovních úkolů a jsou přijímána opatření k odstranění zjištěných nedostatků. 	
<p>Věcný rámec standardu</p> <p>Nemocnice zajišťuje personální zabezpečení lůžkové zdravotní péče v souladu s potřebami pracoviště a s vyhláškou MZ ČR č.99/2012. Součástí personální politiky nemocnice je péče o pracovní podmínky a celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků. Nemocnice sleduje spokojenost zaměstnanců v pravidelných intervalech a reaguje na podněty zjištěných zpětnou vazbou.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pro každé pracoviště je zpracován plán pracovních míst v souladu s platnou legislativou a požadavky pojišťoven; b) Nemocnice má stanovené minimální kvalifikační a jiné požadavky pro jednotlivé pracovní pozice; c) Nemocnice sleduje proces celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a aktivně se na něm podílí; d) Nemocnice má zpracovaný plán vzdělávání na jeden rok; e) Nemocnice má zpracovaný vnitřní předpis upravující postupy pro zapracování nových zaměstnanců; f) Tento předpis obsahuje i kompetence vedoucích pracovníků při zařazování nových zaměstnanců na pracovní místa; g) Adaptační období pro zapracování nového pracovníka je hodnoceno; h) Pro každého zaměstnance je zpracována náplň činnosti a každý zaměstnanec je se svou náplní seznámen; i) Náplně činnosti jsou v souladu s platnou legislativou; j) V pravidelných intervalech je v nemocnici sledována spokojenost zaměstnanců; k) V případě zjištěných nedostatků jsou přijímána nápravná a preventivní opatření; l) Nemocnice provádí periodické hodnocení pracovníků a určování jejich rozvojových potřeb; 	<p>Vyhláška MZ ČR č.99/2012 Vyhláška o personálním zabezpečení</p>

4	Minimální hodnotící standardy zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance	Dle příl. č. 1 k Vyhl. č. 102/2012Sb.
4.1	Standard: bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance	
	<p>Cílem standardu je snižování bezpečnostních rizik souvisejících s lůžkovou zdravotní péčí.</p> <p>4.1.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu</p> <p>Standard je splněn, jestliže je</p> <p>a) zaveden program zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance, jehož součástí je zejména identifikace rizikových míst a činností z hlediska bezpečnosti pacientů a zaměstnanců a</p> <p>b) stanoven způsob zajištění elektrické energie, pitné vody a medicijních plynů, a to jak v obvyklém režimu dodávek, tak při přerušení dodávek.</p>	<p>K 4.1.1 b): Ve smyslu výše uvedených poznámek (St. 1.2 a 2.4) je nutné na vybraných pracovištích považovat za rizikové také přenosy a zpracování životně důležitých dat pacientů a kvalitu úpravy vzduchu.</p>
	<p>Věcný rámec standardu</p> <p>Nemocnice zajišťuje bezpečnost poskytované služby pacientům a bezpečné pracovní podmínky personálu zdravotnického zařízení. Zaměstnanci jsou seznamováni s riziky, která se mohou při poskytování péče vyskytovat a která jsou systematicky identifikována. Pro snižování rizik jsou nastavována nápravná a preventivní opatření.</p> <p>Kritéria pro hodnocení (indikátory standardu):</p> <p>a) Nemocnice prosazuje principy kultury bezpečné péče;</p> <p>b) V nemocnici je zaveden systém práce s pochybeními při poskytování péče;</p> <p>c) Nemocnice netoleruje hrubou nedbalost a nezodpovědnost, má zavedený systém pro případy porušování pracovní kázně;</p> <p>d) Nemocnice má jasně definované krizové situace, postupy při jejich řešení včetně stanovení kompetencí a odpovědností;</p> <p>e) Nemocnice má zpracovaný přehled (databázi) možných rizik, která se týkají možného poškození pacienta;</p> <p>f) Nemocnice má zpracovaný přehled (databázi) možných rizik, která se týkají možného poškození personálu;</p> <p>g) Rizika při péči o pacienty jsou identifikována minimálně v těchto oblastech:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Příjem pacienta - Předepisování a podávání léků, jejich skladování a uložení - Diagnostika a odběry vzorků - Anestézie a operace - Transfúze - Hygienické režimy - Nozokomiální infekce - Rehabilitace 	<p>Ke Kriteria odrážka g) –speciální technická zařízení budov:</p> <p>Přímo související s kvalitou a bezpečím v tzv. pacientském prostředí dle ČSN EN 60 601-1, ed. 2:2007, ČSN 33 2140:1986, ČSN 2000-7-710:2013.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Léčebná výživa - Přístrojová technika - Speciální technická zařízení budov - Transport pacienta - Ukončení péče, předání a propuštění pacienta <p>h) Rizika s ohledem na bezpečnost zaměstnanců jsou identifikována minimálně v těchto oblastech:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Přístrojová technika - Hygienické režimy - Organizace práce (přetížení, únava, stres) - Bezpečnost práce - Používání ochranných pomůcek - Infrastruktura <p>i) Nemocnice má vnitřní dokumentovaný postup na provádění školení BOZP a PO, včetně postupu při pracovním úrazu;</p> <p>j) Nemocnice vede evidenci pracovních úrazů;</p> <p>k) nemocnice má stanoven postup prevence profesionálních nákaz;</p> <p>l) V nemocnici jsou identifikovány chemické nebezpečné látky, jsou k dispozici bezpečnostní listy a pracovníci jsou prokazatelně proškoleni v této oblasti;</p> <p>m) Nemocnice prokazatelně informuje zaměstnance o preventivních opatřeních, která směřují ke snižování rizik;</p> <p>n) Nemocnice pravidelně přezkoumává dodržování a účinnost nastavených nápravných a preventivních opatření;</p> <p>o) Nemocnice má zajištěn funkční náhradní zdroj elektrické energie;</p> <p>p) Nemocnice má zajištěnou dodávku pitné vody a sleduje její kvalitu;</p> <p>q) Nemocnice má zajištěnou dodávku medicinálních plynů a zavedený systém sledování dostatečného množství;</p> <p>r) Nemocnice má na vybraná pracoviště zajištěnu dodávku kvalitně upraveného vzduchu;</p> <p>s) Nemocnice má zajištěn spolehlivý přenos životně důležitých dat pacientů (např. lůžkové monitory - centrální monitory);</p> <p>t) Nemocnice má zpracované postupy pro třídění, manipulaci, ukládání a likvidaci odpadů; tyto postupy se dodržují.</p>	
--	--	--

Poděkování těmto spoluautorům a korektorům:

Paní Jaroslavě Hepnerové a Ing. Zdeňkovi Šlégrovi.