



## Projekt

### Systém certifikace programů a služeb

# Standardy kvality a bezpečí poskytování psychiatrické péče v psychiatrických lůžkových zařízeních

<b>Objednatel</b>	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
<b>Zhotovitel</b>	Spojená akreditační komise (SAK)
<b>E-mail pro připomínky</b>	<a href="mailto:adam.zaludek@sakcr.cz">adam.zaludek@sakcr.cz</a> , <a href="mailto:gabriela.frankova@sakcr.cz">gabriela.frankova@sakcr.cz</a>
<b>Verze</b>	Fáze 7 – Dokončení finálních dokumentů - <b>Standardy kvality a bezpečí poskytování psychiatrické péče v psychiatrických lůžkových zařízeních – FINÁLNÍ ZNĚNÍ</b>
<b>Stav</b>	K akceptaci

	<b>Zpracoval</b>	<b>Připomínkující</b>	<b>Schválil</b>
<b>Jméno</b>	MUDr. Ing. Adam	Členové týmu SAK	
<b>Funkce</b>	Žaludek, MBA, LL.M.	Členové týmu MZ	
<b>Datum</b>	20.7.2022		
<b>Podpis</b>			



## Obsah

Úvod.....	3
<b>I. PRÁVA PACIENTŮ, EDUKACE, INFORMOVÁNÍ.....</b>	<b>5</b>
<b>II. POSTUPY ŘÍZENÍ KVALITY A BEZPEČÍ.....</b>	<b>25</b>
<b>III. DOSTUPNOST A KONTINUITA PÉČE.....</b>	<b>34</b>
<b>IV. PLÁNOVÁNÍ PÉČE A DIAGNOSTIKA.....</b>	<b>44</b>
<b>V. TERAPEUTICKÁ PÉČE.....</b>	<b>57</b>
<b>VI. MANAGEMENT LÉČIV.....</b>	<b>74</b>
<b>VII. BEZPEČÍ PROSTŘEDÍ, PREVENCE RIZIK.....</b>	<b>81</b>
<b>VIII. RESORTNÍ BEZPEČNOSTNÍ CÍLE.....</b>	<b>98</b>
<b>IX. HYGIENA A PROTIEPIDEMICKÁ OPATŘENÍ.....</b>	<b>107</b>
<b>X. KULTURA ORGANIZACE, LEADERSHIP, VEDENÍ A SPRÁVA.....</b>	<b>114</b>
<b>XI. PÉČE O ZAMĚSTNANCE, ŘÍZENÍ VZDĚLÁVÁNÍ, MANAGEMENT LIDSKÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>125</b>
<b>XII. INFORMACE A KOMUNIKACE.....</b>	<b>135</b>



## Úvod

Současnou dobu lze bez nadsázky označit za turbulentní a proměnlivou. Jako každé krizové období je však i toto příležitostí k růstu, změně a posunu z předchozího stavu. Předkládané Standardy kvality a bezpečí poskytování psychiatrické péče v psychiatrických lůžkových zařízeních reagují na fakt, že lidé s duševním onemocněním zažívají i v 21. století určitou míru stigmatizace.

I dnes přetrvává představa o tom, že lidé s duševním onemocněním nejsou s to rozhodovat o kvalitě svého života, péči, které se jim dostává, samostatné existenci. Pobytu v nemocnici, kde tyto osoby někdy trávily dlouhou dobu, vedly u mnohých z nich k vyloučení z života v komunitě a z přirozeného prostředí.

I přesto, že je čím dál více vnímané propojení duševního a fyzického zdraví, tak jsou lidé s duševním onemocněním oproti somatické péči často vyčleněni z možnosti rozhodování a aktivní spolupráce na léčebném procesu. Dokládají to např. i zprávy Kanceláře veřejného ochránce práv v oblasti režimových opatření či angažovanost Světové zdravotnické organizace v oblasti zvyšování kvality a bezpečí péče poskytované osobám s duševním onemocněním.

Integrace požadavků na individualizaci plánování péče, postupy prevence porušování lidských práv a svobod či prevenci plošného užívání omezovacích prostředků bez vazby na skutečné potřeby osob s duševním onemocněním musí být v hodnocení kvality a bezpečí v psychiatrii obligatorní. Tento požadavek je jednoznačně definován v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením, přijaté Generálním shromážděním OSN v prosinci 2006 nebo v Příručce WHO pro kvalitu a práva – Hodnocení a zlepšování kvality a lidských práv ve zdravotnických zařízeních a sociálních službách pro osoby s duševní poruchou (WHO Quality Rights Toolkit).

Předkládané Standardy kvality a bezpečí poskytování psychiatrické péče v psychiatrických lůžkových zařízeních ve svých jednotlivých kapitolách jednak zpracovávají výše uvedené prameny, a zároveň integrují národní legislativu a požadavky na zavedení, hodnocení a zvyšování kvality péče – dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění a prováděcí vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče v platném znění a dalších dokumentů.

Již v úvodním slově považujeme za důležité zdůraznit jednak nedílnou propojenost přístupu k lidským právům a individualitě jednotlivce, a zároveň nutnost propojení s prací s daty, které zařízení může pak používat ke zlepšování a managementu. Cílem standardů však není to, aby zařízení zpracovávala rozsáhlé vnitřní předpisy, které pak nebudou uživatelsky přívětivé, nebo aby podnikala excesivní sběr dat bez jejich dalšího využití. Účelem analytických činností je, aby si organizace ujasnila, která místa jsou problematická a tam fokusovala své úsilí,

Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné,  
reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0006213  
Projekt Systém certifikace programů a služeb



a to na základě jasně daných pravidel, které si vedení vytváří systémem vnitřních předpisů a směrnic tak, aby byly využitelné v praxi, nikoliv pro uspokojení certifikačního týmu. Standardy je vždy potřeba uchopit optikou praxe, která probíhá v daném zařízení. Jedná-li se například o nemocnici, kde neprobíhá léčba pomocí elektrokonvulzivní terapie, pak tyto standardy, ani navazující (celková anestezie) zařízení neaplikuje. Stejně tak je potřeba zohlednit míru důležitosti standardů podle toho, zda se jedná o péči akutní či následnou – například upravení možnosti opustit oddělení bude jiné na zcela otevřeném oddělení oproti oddělením, kde jsou pacienti v nejakutnějších stavech.

Standardy kvality a bezpečí poskytování psychiatrické péče v psychiatrických lůžkových zařízeních byly vytvořeny jako zastřešující nástroj pro nezávislé hodnocení kvality a bezpečí péče o duševně nemocné, který v požadované míře integruje zdravotní, sociální, bezpečnostní i lidskoprávní aspekt a vede ke kontinuálnímu zvyšování motivace poskytovatelů péče ke zlepšování svých služeb. Vytvoření standardů je jedním z cílů Reformy psychiatrické péče. Sada uvedených Standardů kvality a bezpečí poskytování psychiatrické péče v psychiatrických lůžkových zařízeních včetně metodiky jejich používání a hodnocení byla vytvořena v rámci Projektu Systém certifikace programů a služeb, který je součástí klíčové aktivity KA 2 projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné, reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15-039/0006213, spolufinancovaného Evropskou unií z Operačního programu Zaměstnanost.

Standardy jsou členěny do následujících kapitol/procesů:

- I. Práva pacientů, edukace, informování
- II. Postupy řízení kvality a bezpečí
- III. Dostupnost a kontinuita péče
- IV. Plánování péče a diagnostika
- V. Terapeutická péče
- VI. Management léčiv
- VII. Bezpečí prostředí a prevence rizik
- VIII. Resortní bezpečnostní cíle (tato kapitola má zvláštní uspořádání v souladu s národní metodikou)
- IX. Hygiena a protiepidemická opatření
- X. Kultura organizace, leadership, vedení a správa
- XI. Péče o zaměstnance, řízení vzdělávání, management lidských zdrojů
- XII. Informace, komunikace



## I. PRÁVA PACIENTŮ, EDUKACE, INFORMOVÁNÍ



## STANDARD Č. 1.1

**Nemocnice respektuje a podporuje právo pacientů na svobodnou a nerušenou komunikaci s kýmkoliv si přejí a reflektuje potřeby v oblasti soukromí.**

### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice podporuje svobodnou a nerušenou komunikaci pacientů s kýmkoliv si přejí. Umožňuje jim využívat internet, telefon, dopisy, emaily a další cesty komunikace bez časového omezení či zásahu do soukromí<sup>1</sup>.

V případě, že pacienti nedisponují vlastními komunikačními prostředky, nemocnice napomáhá zajistit v maximální možné míře přístup k telefonu, internetu a jiným formám komunikace<sup>2</sup>, včetně podpory osob se smyslovou či jinou komunikační bariérou. Pokud v oblasti zajištění komunikačních prostředků existují bariéry, nemocnice prokazatelně plánuje jejich odstranění<sup>3</sup>. Je-li některá z cest komunikace zpoplatněna, nemocnice zveřejní ceník těchto služeb.

Nemocnice písemnými pravidly<sup>4</sup> upraví používání vlastních komunikačních zařízení v nemocnici tak, aby nedocházelo k porušování práv ostatních osob<sup>5</sup>. Nelze aplikovat plošné restriktce v této oblasti, individuální důvody pro omezení přístupu k telekomunikačnímu prostředku musí být jasně identifikovány a zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci a nemocnice je jasně vymezuje v písemných pravidlech.

---

<sup>1</sup> Bariérou v komunikaci je rovněž to, musí-li se pacient prvně dovolit personálu na užití telekomunikačního prostředku, limit v délce a podobně, pokud takováto omezení nevycházejí z individuálního posouzení, například z důvodu zdravotního stavu a podobně. Takové důvody však musí být jasně uvedeny ve zdravotnické dokumentaci.

<sup>2</sup> Například zajištění papíru a psacích potřeb, pokud jimi pacienti nedisponují, a to bez nutnosti jejich vyžádání u personálu.

<sup>3</sup> Například nedostupnost internetového kiosku, wifi, různé nutné opravy. Plánování musí být prokazatelně doložitelné, například v investičním plánu.

<sup>4</sup> Písemnými pravidly je pro účel standardů míněn soubor psaných pravidel, pokynů či jiných informací, který upravuje konkrétní oblast zmíněnou ve standardu. Může se jednat o řád, standard, směrnici, vnitřní předpis či jiný závazný dokument. K vnitřním předpisům si dovoluujeme poznamenat, že standardy pro jednotlivé oblasti nepožadují vždy samostatný vnitřní předpis. Například systém informování klientů může být popsán ve všech částech v jednotném vnitřním předpisu, nemusí být vypracován pro každý jednotlivý standard zvlášť.

<sup>5</sup> Například pořizování záznamů bez souhlasu, noční klid a podobně.



V případě, že z důvodu léčebné péče není v některých situacích dovoleno používat komunikační zařízení<sup>6</sup>, nemocnice o této skutečnosti prokazatelně informuje pacienty. Spolu s tím nemocnice v maximální možné míře zjišťuje a respektuje individuální potřeby a přání pacientů v oblasti soukromí<sup>7</sup>.

### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice v praxi podporuje právo pacientů na soukromí a na spojení s kýmkoliv si pacienti přejí.
2. Nemocnice pomáhá v zajištění dostupných telekomunikačních nástrojů pro pacienty, kteří nemají vlastní prostředek.
3. Nemocnice má v praxi zaveden postup soustavného zjišťování situací a překážek, které brání pacientům ve svobodné komunikaci, včetně následného plánování a termínování nápravy.
4. Nemocnice má zveřejněný a pacientům dostupný ceník telekomunikačních služeb, které jsou zpoplatněny.
5. Nemocnice má zpracovaná písemná pravidla upravující používání telekomunikačních zařízení pacienty v rozsahu standardu, včetně důvodů pro případné individuální (nikoliv plošné) omezení a situace, kdy není používání zařízení možné.
6. Oslovení pacientů<sup>8</sup> potvrzují dostupnost telekomunikačního vybavení.

---

<sup>6</sup> Například psychoterapeutické skupiny a podobně.

<sup>7</sup> Například možností využít pokoj kdykoliv je to možné, uzamykatelností skříněk na osobní věci, minimalizací hromadných vizit a podobně.

<sup>8</sup> Posouzení, zda pacient může potvrdit dostupnost vychází ze zdravotního stavu a případných překážek, například u pacientů s kognitivní poruchou a podobně. Takový postup platí u všech situací, kdy je zjišťována zpětná vazba od pacientů.



## STANDARD Č. 1.2

**Pacienti jsou srozumitelně<sup>9</sup> informováni o svých právech a povinnostech jazykem a způsobem, který preferují<sup>10</sup>.**

### Účel a naplnění standardu:

Srozumitelné informování je základním stavebním kamenem v oblasti zplnomocňování pacientů a spolurozhodování o poskytovaných službách.

Pro naplnění standardu nemocnice připraví tištěné a jinak upravené materiály pro všechny skupiny pacientů, které obsahují informace o právech a povinnostech pacientů<sup>11</sup>. Potřeba konkrétních jazykových verzí vychází z analýzy cílové skupiny pacientů a daného regionu.

Nemocnice rovněž zavede do praxe používání alternativních způsobů komunikace či její augmentace s přihlédnutím na specifické potřeby pacientů tak, aby bylo zajištěno dostatečné porozumění informacím pacientem<sup>12</sup>.

### Indikátory standardu:

1. Oslovení pacienti potvrzují dostupnost práv pacientů zpracovaných zařízením.
2. Nemocnice má připravené tištěné a další materiály obsahující práva pacientů a poskytuje je pacientům, případně je zajišťuje tlumočnický (včetně zveřejnění ceny této služby).
3. Tištěná verze práv pacientů je vyvěšená, případně neustále dostupná u pracovníků pro poskytnutí pacientům.

---

<sup>9</sup> Srozumitelným informováním je pro účel těchto standardů myšleno poskytování informací takovým způsobem, který je přívětivý k příjemci informace a reflektuje jeho specifické potřeby. Není to jen informování v náležitém jazyce, ale například metodika easy-to-read, formy augmentace komunikace a další.

<sup>10</sup> Podle § 30 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

<sup>11</sup> U vzácnějších, hůře dosažitelných jazyků, nemocnice informuje o časové dostupnosti například tlumočnicků na telefonu. Je dále nutné zajistit základní informace pro nevidomé, neslyšící (kteří nemusí rozumět psanému textu z důvodu jiné větňé skladby a podobně) a další osoby se zdravotním postižením či omezením.

<sup>12</sup> K tomu je nezbytné ověřování porozumění. Jako příklady dobré praxe lze uvádět nahrávky a Braillovo písmo pro nevidomé, zajištění tlumočnických služeb pro neslyšící do znakové řeči a další.





## STANDARD Č. 1.3

### Nemocnice maximálně podporuje kontakt pacientů s návštěvami.

#### Účel a naplnění standardu:

Právo pacientů na styk s blízkými osobami a jinými lidmi nelze limitovat plošným stanovováním času návštěv. Výjimkou jsou terapeutické a léčebné programy, hygienická opatření<sup>13</sup> a případné narušení chodu oddělení. Nemocnice podporuje rovněž právo pacientů na to určit, s kým si kontakt nepřejí, a tuto skutečnost vede ve zdravotnické dokumentaci.

Standard je naplněn, pokud nemocnice prokáže, že podporuje maximální možnou měrou kontakt pacientů s návštěvami, a to dle jejich preference, v čase, který jim vyhovuje, a dále zajišťuje pro návštěvy dostatečné soukromí. V případě, že tomu brání například stavební, materiálně-technické a jiné důvody, je prokazatelně plánováno jejich odstranění.

Nemocnice za účelem naplnění standardu vytvoří písemný Návštěvní řád, který popisuje pravidla pro návštěvy, a to včetně případných výjimek<sup>14</sup>. Tento řád musí být v maximální možné míře dostupný a jeho součástí jsou informace o právech na neomezený kontakt nezletilých pacientů se zákonnými zástupci.

Součástí Návštěvního řádu je, dle spektra pacientů na daném oddělení, informace o tom, kdy je v přísně individuálních případech možné návštěvy limitovat<sup>15</sup>. Pokud taková situace nastane, je o ní učiněn zápis do příslušné zdravotnické dokumentace, včetně pravidelného přehodnocování opatření a kroků, které povedou k jeho odstranění.

#### Indikátory standardu:

1. Nemocnice má písemný a pacientům dostupný Návštěvní řád upravující proces návštěv v rozsahu standardu.
2. Návštěvy probíhají v souladu s Návštěvním řádem.
3. Individuální limitování návštěv u konkrétního pacienta je dokumentováno, včetně stanovení opatření, přehodnocování a dalších kroků, které povedou k eliminaci tohoto omezení.
4. Nemocnice má v praxi zavedený proces zjišťování překážek v přístupu návštěv či dostatečného soukromí, včetně prokazatelného způsobu plánování odstranění těchto

<sup>13</sup> Například karanténa, izolace.

<sup>14</sup> Například podmínění návštěv malých dětí do 12 let věku doprovodem dospělé osoby apod.

<sup>15</sup> Z důvodu infekčního onemocnění, akutního a probíhajícího násilného jednání pacienta, kdy by mohlo dojít k poranění osob a další situace.



bariér.

5. Zdravotnická dokumentace pacienta obsahuje informace o návštěvách, které pacienti přijímat nechtějí a případných důvodech.
6. Oslovení pacienti potvrzují dostupnost návštěv.



## STANDARD Č. 1.4

### **Pacienti mají zajištěn dostatečný přístup na čerstvý vzduch.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Využití areálu nemocnice a venkovních prostor pacienty a jejich návštěvami je nemocnicí maximální možnou měrou podporováno. S ohledem na bezpečí pacientů a jejich návštěv se dodržují standardy týkající se bezpečí prostředí a řízení rizik, které jsou pečlivě vyvažovány. Individuální omezení vycházek do areálu, vycházející ze zdravotního stavu, je dokumentováno, přehodnocováno a jsou činěny kroky k odstranění tohoto omezení.

Nemocnice standard naplní tím, že u všech pacientů v maximální možné míře pomáhá naplnit právo na pobyt ve venkovním prostředí, a to i u pacientů, kteří jsou imobilní či upoutaní na lůžko<sup>16</sup>.

Pro naplnění standardu nemusí být vytvořen složitý vnitřní předpis týkající se využití areálu, nemocnice může například přístup na čerstvý vzduch vnímat jako normu, a může prokazatelně informovat o tom, že se pacienti mohou pohybovat kdekoliv, s výjimkou míst, jako jsou opravy, stavby, pokoje personálu a další.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice prokazatelně a srozumitelně informuje pacienty o tom, že se mohou volně pohybovat po areálu a místech, kam není přístup možný.
2. Personál aktivně zajišťuje naplnění práva pacientů na pobyt ve venkovním prostředí.
3. Dokumentace pacienta obsahuje jednoznačné informace o případných dočasných omezeních přístupu na čerstvý vzduch<sup>17</sup>, včetně stanovení kroků, které povedou k odstranění tohoto omezení a lhůtách pro přehodnocení nutnosti trvání opatření.
4. Oslovení pacienti potvrzují možnost přístupu na čerstvý vzduch.

---

<sup>16</sup> Například zpřístupněním zahrad, vnitřních nádvoří.

<sup>17</sup> Například z důvodu infekčního onemocnění, aktuálního násilného jednání a podobně.



## STANDARD Č. 1.5

### **Nemocnice podporuje pacienty v zapojení do volnočasových aktivit a společenského a politického života.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Pro podporování kvality života nemocnice neklade bariéry ve sdružování pacientů a jejich možnosti trávit čas mezi léčebnými aktivitami rekreací, vzděláváním, kulturou, a to i mimo areál. Pokud nemocnice provozuje vlastní takovéto aktivity, informuje o jejich dostupnosti pacienty.

Za tímto účelem má nemocnice zpracovaný vnitřní předpis upravující režim propustek a vycházek. V praxi je podporováno, aby pacienti například s tzv. volnými vycházkami bez nutnosti vyžadovat si formální blanket propustky mohli opouštět areál. Neznamená to však, že pacienti nemusí personál informovat, jelikož tento je za ně zodpovědný. Povinnost sdělit zaměstnancům, že pacienti areál opouštějí, je jim prokazatelně sdělena.

Nemocnice podporuje využití volebního práva pacientů, pokud se volby odehrávají v době jejich hospitalizace, a to i u těch, kteří nemají možnost odcestovat do příslušného volebního okrsku ze zdravotních důvodů.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice má v praxi zavedený proces zajištění volnočasových, informačních a společenských aktivit pro pacienty v rámci nemocnice, které odpovídají věku a preferencím pacientů, včetně procesu informování o jejich dostupnosti.
2. Zaměstnanci nemocnice v praxi informují a motivují pacienty k maximálnímu možnému zapojení do aktivit, společenského života, sdružování, ve využití volebního práva<sup>18</sup>.
3. Nemocnice má zpracovaný vnitřní předpis pro opuštění nemocnice pacienty, který je v praxi dodržován.
4. Pacientům je umožněn volný pohyb mimo areál v souladu s vnitřním předpisem zařízení, pokud tomu nebrání aktuální zdravotní stav.

---

<sup>18</sup> Včetně situací, kdy pacienti nemohou odcestovat do příslušného volebního okrsku.



## STANDARD Č. 1.6

**Jídelní a pitný režim odpovídá individuálním potřebám pacientů. Strava pro pacienty se v nemocnici 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, který rovněž upravuje reakce na individuální a specifické potřeby pacientů v oblasti stravování.

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.

Dále vnitřním předpisem stanoví postup při přípravě, skladování, distribuci a vydávání stravy a výživových produktů včetně stanovení konkrétní odpovědnosti jednotlivých pracovníků, a to v souladu s individuálními potřebami a preferencemi pacientů (kulturními, náboženskými a jinými).

Vnitřní předpis upravuje minimálně následující oblasti:

- a) určení osob zjišťujících potřeby pacientů v oblasti pitného režimu a stravování;
- b) určení osob odpovědných za ordinaci stravy pacientům;
- c) určení osob odpovědných za podávání stravy a kontrolu stravovacího režimu pacientů;
- d) určení osob rozhodujících o formě a skladbě stravy v souladu s ordinací lékaře (obvykle nutriční terapeuti);
- e) stanovení aktuálního seznamu používaných diet s jejich slovní a nutriční charakteristikou s tím, že tento seznam se aktualizuje minimálně 1x za 3 roky;
- f) postup při méně obvyklých situacích (potřeba speciální diety v mimopracovní době apod.);
- g) postup při skladování potravin donesených pacienty nebo jejich blízkými včetně způsobu kontroly potravin pracovníky nemocnice z hlediska dietních omezení pacienta stanovených lékařem a postupu vyřazování problematických potravin.

Nemocnice zavede systém diet, který musí odpovídat zjištěným potřebám pacientů nemocnice. V případě, že si pacienti přejí stravovat se v jiném než stanoveném čase, je jim to umožněno, nenaruší-li se tím péče o jejich zdravotní stav, a nemocnice zajistí adekvátní náhradní stravu,



a to v souladu s nutností nepřerušit teplotní řetězec. Personál aktivně v praxi usiluje a pomáhá pacientům, aby se mohli stravovat v důstojných podmínkách<sup>19</sup>.

Nemocnice předpisem stanoví i způsob skladování stravy donesené pacienty nebo jejich blízkými. Tato úprava uplatní principy bezpečného skladování potravin a musí vyloučit skladování nevhodných potravin včetně odpovědností. 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.

Pokud je některá z výše uvedených činností zajišťována dodavatelsky, je popsána úprava součástí smlouvy nemocnice s dodavatelem – tuto smlouvu nemocnice při certifikačním šetření předloží. Veškeré uvedené kroky jsou v souladu s národní legislativou.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice má vnitřním předpisem stanoven postup při přípravě, skladování, distribuci a vydávání stravy a výživových produktů včetně stanovení konkrétní odpovědnosti jednotlivých pracovníků.
2. Vnitřní předpis se vztahuje i na činnosti zajišťované externím dodavatelem.
3. Nemocnice má vypracovaný vnitřní předpis upravující postup při objednávání a podávání stravy pacientům minimálně v rozsahu písmen a) až g) účelu standardu.
4. Pacienti dostávají stravu, která odpovídá jejich zdravotnímu stavu, nutričním, individuálním a spirituálním potřebám a zvyklostem.
5. Pracovníci v praxi zajišťují důstojné stravování pacientů.
6. Tento vnitřní předpis se v nemocnici dodržuje.

---

<sup>19</sup> Zajišťují dostupnost příboru, vhodné stolování a podobně.



## STANDARD Č. 1.7

### Nemocnice pracuje se zpětnou vazbou od pacientů a aktivně si o ni říká<sup>20</sup>.

#### Účel a naplnění standardu:

Názor pacientů a jejich blízkých na poskytované služby je velmi důležitým zdrojem informací pro nemocnici a podpora jeho vyjadřování ze strany personálu i vedení je zásadní. Tento standard se netýká řešení problematiky stížností (který je pro důležitost řešen zvláštním standardem), nýbrž je zaměřen na všechny zpětné vazby, názory a podněty. Nemocnice v praxi podporuje pacienty, aby mohli sdílet s personálem i vedením své názory, podněty a další zkušenosti s poskytovanými službami a dále s těmito informacemi pracuje a používá je k plánování, řízení a zvyšování kvality.

V nemocnici je dle stanoveného harmonogramu pravidelně organizováno setkání s pacienty<sup>21</sup>, kde je diskutována kvalita péče a zjištění jsou podnětem pro případná nápravná opatření. Výsledky, podobně, jako ostatní informace z oblasti řízení kvality, jsou pak dostupné pacientům, personálu i veřejnosti.

Aby bylo vyjádření názorů pacienty co nejkomfortnější, nemocnice v praxi zajistí dostupnost pomůcek<sup>22</sup>, včetně srozumitelného a průkazného informování pacientů o tom, že svoje názory mohou vyjádřit kdykoliv. Veškeré podněty jsou brány vážně, písemně dokumentovány a zkoumány nemocnicí. V případě zjištění pochybení je povinností zajistit nápravu. V každém případě je pacient o výstupu prokazatelně a srozumitelně informován.

#### Indikátory standardu:

1. Nemocnice má zaveden mechanismus získávání názorů pacientů na poskytovanou péči, a to bezpečným a důvěrným způsobem<sup>23</sup> a i v případě osob s poruchou komunikace, jazykovou bariérou, dětmi a dalších.
2. Nemocnice zajišťuje pomůcky pro vyjádření názoru nemocných bez nutnosti jejich vyžádání u personálu<sup>24</sup>, a to pro všechny pacienty, nebrání-li tomu zdravotní stav.
3. Oslovení pacienti potvrzují známost postupu pro vyjádření zpětné vazby

<sup>20</sup> Pod zpětnou vazbou není myšlena jen stížnostní agenda či pochvaly, ale i například různé podněty a upozornění. Standard vychází a vodítek MZČR pro agendu stížností a praxe nemocnice je v souladu s tímto dokumentem.

<sup>21</sup> Forma takových setkání může být různá – od komunit na odděleních přes organizovaná diskusní setkání a další.

<sup>22</sup> Například papíru, psacích potřeb a podobně bez nutnosti vyžádání od personálu.

<sup>23</sup> Například umístění schránky pro podněty mimo dohled personálu a podobně.

<sup>24</sup> Například papír, psací potřeby, tablet, či další pomůcky.



na poskytované služby.

4. Nemocnice zajišťuje možnost diskuse pacientů s personálem ohledně vnímané kvality služeb, organizuje pravidelná setkávání a zjištěné informace vyhodnocuje a používá ke zvyšování kvality poskytovaných služeb.
5. Nemocnice má v praxi zaveden proces práce se zpětnými vazbami, včetně identifikování odpovědných pracovníků za sběr, vyhodnocování a zpracování dat, která jsou prokazatelně používána pro řízení a zvyšování kvality a výsledky jsou podle popsaného mechanismu doručovány personálu i pacientům.





## STANDARD Č. 1.8

### **Dříve vyslovená přání pacientů jsou nemocnicí respektována.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Dříve vyslovené přání<sup>25</sup> je písemné prohlášení pacienta o léčebném zákroku, proceduře a jiných postupech, které je učiněno předem pro případ, že by se pacient dostal do situace, kdy by svou vůli nebyl schopen vyjádřit. Jedná se jak o nesouhlas, tak i souhlas s poskytnutím určitých zdravotních služeb.

Dříve vyslovené přání musí být vyhotoveno v písemné formě. Pokud je přinášeno pacientem k hospitalizaci, je opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta v souladu s aktuální legislativou. O existenci Dříve vysloveného přání je učiněn záznam do zdravotnické dokumentace. V případě vytváření Dříve vyslovených přání během hospitalizace je respektována národní legislativa. O této možnosti prokazatelně informuje pacienty.

Nemocnice zajistí dostatečné informace pro personál o institutu Dříve vyslovených přání tak, aby pracovníci věděli, jak s nimi nakládat a případně spolu s pacienty vytvářet, včetně situací, kdy ze zákona vyplývá, že přání není možno respektovat<sup>26</sup>.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice prokazatelně školí personál o institutu Dříve vyslovených přání.
2. Dokumentace pacienta obsahuje informace o existenci Dříve vysloveného přání a jeho obsahu.
3. Při péči o pacienta jsou Dříve vyslovená přání v maximální možné míře respektována.
4. Nemocnice má zpracovaný postup vytváření Dříve vyslovených přání během hospitalizace pacienta, včetně jejich srozumitelného informování o této možnosti.

---

<sup>25</sup> Blíže § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a jejich poskytování.

<sup>26</sup> Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud by jeho splněním mohlo dojít k ohrožení jiných osob, pokud by vedlo k činům, jejich důsledkem je způsobení smrti. Podle §6 zákona 372/2011 Sb. nelze Dříve vyslovené přání uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností.



## STANDARD Č. 1.9

### **Pacienti a jejich blízcí jsou nemocnicí podporováni ve svobodném a informovaném rozhodování.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Pro každý informovaný souhlas potřebují pacienti i jejich blízcí dostatečné množství informací, které jsou srozumitelné, dostupné v jazyku, kterému pacienti rozumějí a který preferují. Nemocnice podporuje v rámci zplnomocňování a podporování kompetencí pacientů jejich právo na participaci v rozhodování o poskytování zdravotní péče. Stejně podporuje i jejich blízké, udělí-li k tomu pacienti svůj souhlas.

Nemocnice naplní standard zajištěním opakovaného, prokazatelného a srozumitelného informování pacientů a případně jejich blízkých, a to srozumitelně a od počátku hospitalizace, minimálně v těchto oblastech:

- a) aktuální zdravotní stav pacienta;
- b) typ navrhované léčby;
- c) možné výhody a rizika pro pacienta;
- d) možné alternativy;
- e) pravděpodobnost úspěchu navrhovaného postupu;
- f) problémy, které je možno očekávat v průběhu procesu uzdravy pacienta;
- g) důsledky případného odmítnutí navrhovaného postupu.

Nemocnice podporuje právo pacientů na druhý názor<sup>27</sup> bez obav z dopadů či ohrožení zdravotní péče. Ten může být zajištěn jak v rámci daného pracoviště, tak externě.

Součástí kvality péče je i opakované a srozumitelné informování pacientů o tom, který pracovník má na starost konkrétní oblast péče<sup>28</sup>, a v čem mohou tito pracovníci být pacientům nápomocni.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice v praxi srozumitelně, opakovaně a prokazatelně informuje pacienty minimálně v rozsahu bodů a) - g) účelu standardu.

<sup>27</sup> Blíže § 28 odst. 3 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; § 46 odst. 1 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

<sup>28</sup> Například co je úloha psychiatra, psychologa, psychoterapeuta, kdo je klíčový/koordinující pracovník.



2. Pacienti v praxi potvrzují, že jim informace byla srozumitelně předána.
3. Zaměstnanci v praxi podporují pacienty v informovaném rozhodování a opakovaně ověřují, zda pacienty udělený souhlas či nesouhlas stále platí.
4. Nemocnice informuje prokazatelně a srozumitelně pacienty o kompetencích osob podílejících se na péči a oblastech, ve kterých je mohou klienti využít.



## STANDARD Č. 1.10

**V nemocnici se s pacienty jedná s respektem a je zde zavedený proces prevence a řešení incidentů zanedbávání či zneužívání.**

### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice naplní standard tak, že zavede do praxe funkční systém zabezpečující důstojné jednání s pacienty. Aby byl takový systém funkční, musí obsahovat školení personálu v této oblasti. Proškolení personálu je pravidelné a vyhodnocované co do efektivity, tak při přenášení do praxe.

Obsahem školení jsou informace o důstojném jednání s pacienty, prevencí situací, kdy by mohlo dojít k jakémukoliv jeho slovnímu, tělesnému, sexuálnímu či psychickému zneužívání, a to včetně ochrany mezi pacienty navzájem. Podobně nemocnice postupuje v oblasti citového či fyzického zanedbávání.

Systém musí rovněž obsahovat mechanismus hlášení incidentů jak pacienty, tak personálem, způsob evidence a vyhodnocování těchto nežádoucích událostí a výsledky prokazatelně využívá k nápravným a preventivním opatřením.

Pacienti jsou informováni prokazatelně o tom, že sami mohou hlásit takové incidenty, o způsobu jejich vyhodnocení a také o možnosti využití návazných služeb – konzultace s psychologem, spirituální péče a další.

### Indikátory standardu:

1. Nemocnice má v praxi zaveden funkční systém zabezpečující důstojné jednání s pacienty (náležitosti systému vychází z účelu standardu).
2. Zaměstnanci nemocnice prokazatelně a opakovaně v praxi informují pacienty o možnosti hlášení incidentů zneužívání, zanedbávání a týrání.
3. Pacientům jsou dostupné informace o možných návazných službách od počátku hospitalizace, a to ve srozumitelné podobě.
4. Nemocnice má zaveden způsob hlášení incidentů pacienty a zaměstnanci<sup>29</sup>, způsob evidence, analyzování a vyhodnocování (všechny incidenty individuálně dle vnitřního předpisu, souhrnně nejméně 1x za 12 měsíců) a prokazatelně využívá výsledky pro preventivní a nápravná opatření.

---

<sup>29</sup> Ze strany zaměstnanců se může jednat o hlášení do databáze Nežádoucích událostí, případně může mít nemocnice zaveden zvláštní způsob, a to s ohledem na důležitost tématu.



## STANDARD Č. 1.11

### Nemocnice podporuje právo pacientů a jejich blízkých na podání stížnosti<sup>30</sup>.

#### Účel a naplnění standardu:

Je právem každého pacienta či jeho blízkých vyjádřit nespokojenost formou stížností, které jsou rovněž cennými zdroji informací s využitím v kontinuálním zvyšování kvality a bezpečí. Stížnostní agenda je upravena národní legislativou.

S ohledem na to, že pacienti i jejich blízcí mohou cítit nerovnost ve vztahu k poskytovatelům péče, je nutné, aby nemocnice aktivně co nejvíce usnadňovala podávání stížností, a to v dostatečném soukromí, aniž by se případní stěžovatelé obávali postihů.

Nemocnice upraví vnitřním předpisem (samostatným nebo jako součást jiných souvisejících předpisů) alespoň následující:

- a) způsob, jakým jsou pacienti a jejich blízcí informováni o svém právu podat stížnost (informace při přijetí, veřejně přístupné informace na webových stránkách či ve veřejných prostorách nemocnice a podobně);
- b) možné formy podání stížností (osobní, telefonické, písemné dopisem či elektronickou poštou nebo jiné);
- c) cesty podání stížnosti (komu a jakou cestou lze stížnost podat – pracovníci daného pracoviště, podatelna, ředitel nemocnice apod.);
- d) osoby odpovědné za přijetí a vedení spisu k vyřízení stížnosti;
- e) obvyklé způsoby projednávání stížnosti v rámci nemocnice (vyjádření zúčastněných, komisionální posouzení a další);
- f) termíny, do kterých je nutné informovat pacienta o výsledku šetření stížnosti, přičemž nejzazším termínem je 30 kalendářních dnů;
- g) postup informování pacienta v případě, že nebylo možné dodržet termíny stanovené v předchozím písmenu f);
- h) způsob přijetí stížnosti v pracovní době, v době pohotovostní služby a o víkendech a svátcích;
- i) postup při odvolání pacienta proti výsledku šetření stížnosti;
- j) další pravidla a termíny požadované národní legislativou.

Dále nemocnice zajistí bezpečné, důvěrné a soukromé prostředí, aby mohli v případě svého zájmu pacienti podat odvolání a stížnosti nemocnici či nezávislému právnímu orgánu ve věci

<sup>30</sup> V souladu s § 97 zákona č. 372/2011 Sb. a s vodítky MZČR pro stížnostní agendu.



zanedbání, týrání, izolace, omezení pohybu, přijetí, léčení bez informovaného souhlasu a dalších záležitostí.

Nemocnice zajišťuje, aby byly dodržovány zákonné lhůty a další náležitosti při přijímání, evidenci a vyřizování stížností, včetně uplatnění nápravných opatření<sup>31</sup>.

Postupy informování pacientů o možnosti podat stížnost či odvolání jsou upraveny vnitřním předpisem, včetně možnosti řešení stížnosti nezávislým externím orgánem. Dále je předpisem upraven způsob a náležitosti podání stížnosti či odvolání a způsob, jak jsou o výsledku pacienti informováni. Nemocnice zajišťuje preventivní postupy, které mají pacienty chránit před negativními dopady při podání stížností.

Kontakty na nezávislé orgány a subjekty jsou volně dostupné pacientům a nemocnice umožňuje v rámci zajištění bezpečného a důvěrného prostředí, aby se pacienti s právními zástupci mohli setkávat v soukromí. Nemocnice umožňuje vstup nezávislých orgánů za účelem posouzení kvality v oblasti lidských práv.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice v praxi zajišťuje prokazatelné informování pacientů a jejich blízkých o možnosti podání stížnosti (včetně dětí, pacientů s kognitivními poruchami a podobně) a zajišťuje dostatečnou součinnost při zajišťování soukromí, včetně prevence negativních dopadů na stěžovatele.
2. Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup přijímání a vyřizování stížností, a to nejméně v rozsahu písmen a) - j) účelu standardu.
3. Vnitřní předpis se v praxi dodržuje a jeho dodržování se kontroluje.
4. Pacienti a jejich blízcí mají možnost podat stížnost 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, a to alespoň jednou formou a cestou definovanou vnitřními předpisy nemocnice.
5. Nemocnice vede a aktualizuje pacientům dostupný seznam orgánů a externích subjektů, na které se pacienti mohou obracet.
6. Stížnosti pacientů a jejich blízkých jsou vyhodnocovány s ohledem na jejich počet a oprávněnost, data jsou agregována a slouží ke zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.

---

<sup>31</sup> Podle zákona č. 372/2011 Sb., O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování §93-97.



## STANDARD Č. 1.12

**Přijetí pacientů k léčbě bez souhlasu je v souladu s platnou legislativou.**

### Účel a naplnění standardu:

Přijetí k léčbě proti vůli pacienta může výrazným způsobem ovlivnit celý léčebný proces a léčebné spojení. V případě, že jsou naplněna zákonná kritéria<sup>32</sup>, je nutné od začátku hospitalizace pacienta srozumitelně informovat o důvodech, které k přijetí bez jeho souhlasu vedly.

Nemocnice naplní standard vytvořením vnitřního předpisu, který upravuje, kdo je kompetentní rozhodnout o přijetí pacienta proti jeho vůli, případně, kdo bude na proces dohlížet. Dále stanoví postupy informování<sup>33</sup> příslušného soudu, a to jak ve standardní pracovní době, tak pro dny pracovního klidu a krizové situace<sup>34</sup>. Vnitřní předpis rovněž upraví náležitosti oznámení o nedobrovolné hospitalizaci soudu, kdo a kdy je učiní (pracovník přijímací ambulance, přijímajícího oddělení a podobně).

Kritéria, která vedla k přijetí do nemocnice proti vůli pacienta, jsou minimálně v tomto rozsahu:

- a) jaké známky duševní choroby osoba jeví, jakou chorobou trpí, případně je pod vlivem návykové látky;
- b) jak osoba ohrožuje sebe nebo své okolí;
- c) jak je toto ohrožení závažné;
- d) jakým způsobem je ohrožení bezprostřední;
- e) z jakého důvodu nelze toto ohrožení jinak odvrátit.

Součástí vnitřního předpisu je i způsob poučení všech pacientů o jejich právech, jakožto osob nedobrovolně hospitalizovaných<sup>35</sup>, včetně způsobu právní ochrany, možnosti zvolit si zmocněnce či důvěrníka.

---

<sup>32</sup> Blíže zákon č. 372/2011 Sb., §38, odst. 1.písm. b); dále u pacientů, kteří jsou omezeni v právu vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a u nichž nelze (například z důvodu časové prodlevy) získat souhlas opatrovníka.

<sup>33</sup> § 40 zákon č. 372/2011 Sb., stanoví ohlášení soudu do 24 hodin od jeho přijetí, ledaže by pacient v této době informovaný souhlas s přijetím udělil.

<sup>34</sup> Výpadek systému, elektrického proudu a podobně.

<sup>35</sup> § 106 odst. 1 zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.



### **Indikátory standardu:**

1. O přijetí k hospitalizaci bez souhlasu rozhodují pouze kompetentní pracovníci.
2. Nemocnice má vnitřní předpis upravující proces přijetí pacientů bez informovaného souhlasu, včetně způsobu informování příslušného soudu (se stanovením postupů pro krizové situace).
3. V dokumentaci pacienta přijatého bez souhlasu jsou zaznamenány důvody podle písmen a) - e) účelu standardu.
4. Nemocnice má vnitřní předpis upravující způsob informace pacienta o jeho právech jakožto osoby nedobrovolně hospitalizované a oslovení pacienti potvrzují, že potřebné informace mají.
5. Vnitřní předpis se v praxi dodržuje.





## II. POSTUPY ŘÍZENÍ KVALITY A BEZPEČÍ



## STANDARD Č. 2.1

**V organizační struktuře psychiatrického lůžkového zařízení jsou stanoveny osoby, orgány či týmy, které se zabývají plánováním, řízením, monitorováním a zvyšováním kvality péče a bezpečí poskytovaných služeb.**

### Účel a naplnění standardu:

Základními předpoklady fungování systému zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb jsou: existence osob, orgánů či týmů odpovědných za řízení kvality a bezpečí, osobní angažovanost vrcholového a středního managementu, provázanost řízení kvality a bezpečí s ostatními řídicími postupy nemocnice (např. plánování zdrojů) a informovanost a zapojení personálu.

Nemocnice standard naplní, pokud jasně určí osoby či skupiny osob, které se budou oblastí řízení kvality a bezpečí poskytovaných služeb zabývat, určí jejich místo v organizační struktuře (nadřízenost, podřízenost, odpovědnosti a pravomoci), poskytne odpovídající zdroje a zapojí do programu kontinuálního zlepšování jak řídicí, tak řadové pracovníky.

### Indikátory standardu:

1. V organizační struktuře nemocnice jsou definovány osoby, orgány či týmy odpovědné za plánování, řízení, monitorování a zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
2. Odpovědné osoby, orgány a týmy mají písemně stanovené spektrum odpovědností a pravomocí.
3. Vedení nemocnice se osobně aktivně účastní programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a poskytuje mu adekvátní technické, materiální a jiné potřebné zdroje.
4. Personál nemocnice je pravidelně informován, zná postupy zvyšování kvality a bezpečí služeb a je školen v zavedených změnách.



## STANDARD Č. 2.2

**V nemocnici je zaveden funkční program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb, program je plánován a řízen a je rozšířen do celé nemocnice.**

### Účel a naplnění standardu:

Zavedení systému pro zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb s sebou přináší nejen změny v zavedených postupech, ale i zásadní změny v kultuře nemocnice a v myšlení zaměstnanců. Základními pilíři zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb jsou jeho správné řízení (plánování, monitorování výsledků, analýza získaných dat a aktivní řízení rizik) a zapojení všech zaměstnanců. Vzhledem k tomu, že výsledky poskytované péče jsou ovlivněny činností různých skupin zdravotnických i nezdravotnických pracovníků, je nutné, aby řízení kvality a bezpečí zahrnovalo všechny postupy a činnosti celé nemocnice.

Z uvedeného důvodu vedení nemocnice stanoví obecný program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb (vize, cíle kvality a bezpečí, nástroje k jejich dosažení), který zahrnuje veškerá pracoviště nemocnice včetně obslužných provozů (např. údržba, stravovací provoz, úklid, prádelna, technická doprava apod.) a veškeré činnosti spojené s kvalitou. Program kvality a bezpečí nemocnice je delegován na všechny vedoucí zaměstnance, kteří jej rozpracují do podoby konkrétních úkolů a povinností pro řízené útvary. Funkčnost, efektivita a aktuálnost programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb jsou pravidelně přezkoumány vedením nemocnice.

### Indikátory standardu:

1. Nemocnice má zpracován program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
2. Program zvyšování kvality a bezpečí je rozpracován a rozšířen do celé nemocnice.
3. Vedoucí pracovníci nemocnice všech úrovní řízení se účastní plánování, monitorování a vyhodnocování programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
4. Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb se pravidelně přezkoumává a aktualizuje minimálně 1x ročně (blíže standard č 10.5).
5. Pracovníci jsou seznámeni s programem zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a umí definovat svou úlohu v rámci jeho naplňování.



## STANDARD Č. 2.3

### Zdravotní péče se v nemocnici poskytuje dle doporučených klinických postupů, standardů a protokolů.

#### Účel a naplnění standardu:

Snahou vedoucích pracovníků nemocnice by mělo být standardizovat důležité postupy, které provádějí lékaři, sestry a další zdravotnický personál, a to s přihlédnutím k současným vědeckým poznatkům, doporučením odborných společností a požadavkům národní legislativy.

Tento standard není možno interpretovat tak, že pro všechny postupy v nemocnici jsou zpracovány doporučené postupy, standardy či protokoly. Obvyklý postup je vybrat činnost s vyšší mírou rizika – například aplikace ECT, péče o pacienty se syndromem z odnětí, prevence použití omezovacích prostředků a podobně.<sup>36</sup>

Nemocnice naplní standard tím, že ročně vypracuje a zavede do praxe alespoň jeden doporučený klinický postup, standard či protokol, který bude splňovat následující kritéria:

- a) jedná se o nový či významně upravený postup, jehož zavedení přispěje k řešení dříve identifikovaných problémů v klinické péči (nekonzistentní praxe, častý výskyt nežádoucích událostí, nežádoucí trendy ve sledovaných datech, časté stížnosti pacientů, vysoká finanční zátěž apod.) nebo existuje jiný opodstatněný důvod k jeho zavedení, jedná se rovněž o metodiky a doporučení ze strany MZČR (vodítka k prevenci použití omezovacích prostředků, agendy stížností a podobně);
- b) je v souladu se současnými vědeckými poznatky, doporučeními odborných společností a požadavky národní legislativy a mezinárodní metodiky v oblasti dodržování lidských práv a svobod;
- c) je v souladu se současnými, místními a materiálními možnostmi nemocnice;
- d) nemocnice tento standard může, s ohledem na rozvoj psychiatrické péče, naplnit zavedením nového postupu vztahujícího se ke kontinuitě služeb, multidisciplinarity, lidským právům.

---

<sup>36</sup> Příklady dalších oblastí/činností vyžadujících zpracování postupů: rehabilitační ošetřování, péče o rizikové skupiny pacientů (děti, senioři, pacienti po aplikaci ECT), sledování bolesti, péče o pacienta s rizikem sebevraždění či násilného jednání a další.



Vzhledem k tomu, že výše uvedené postupy patří mezi vnitřní předpisy nemocnice, jejich vznik a zavádění do praxe jsou popsány v systému vnitřních předpisů nemocnice (blíže Standard 10.4) a v praxi se dle těchto pravidel postupuje. Jako nově zavedené musí být tyto postupy sledovány pomocí nástrojů řízení kvality (audity, indikátory kvality, nežádoucí události apod.), alespoň dokud není jasné, že jejich zavedení do praxe se zdařilo. V opačném případě jsou postupy modifikovány a znovu sledovány.

### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice ročně vypracuje a zavede do praxe alespoň jeden doporučený klinický postup, standard či protokol, který bude splňovat kritéria uvedená v písmenech a) - d) účelu standardu.
2. Účinnost zavedených doporučených klinických postupů, standardů či protokolů je po nezbytně dlouhou dobu sledována, v případě neuspokojivých výsledků jsou tyto postupy přehodnocovány.
3. Vytvořené doporučené klinické postupy, standardy či protokoly jsou v praxi dodržovány.



## STANDARD Č. 2.4

**V nemocnici probíhá interní audit kvality a bezpečí poskytovaných služeb<sup>37</sup>, 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 nežádoucích událostí a indikátory kvality) pro následné stanovování priorit v rámci dalšího plánování zlepšování.

Interním auditem jsou prověřovány veškeré postupy a pracoviště, které ovlivňují kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb. Nemocnice má zpracován vnitřní předpis, který definuje kritéria výběru, požadavky na kvalifikaci interních auditorů, odpovědnosti a pravomoci auditorů a auditovaných a postupy pro plánování, realizaci, dokumentování a vyhodnocování interního auditu v nemocnici. Nemocnice standard naplní, když prokáže, že interní audit je systémově plánován a řízen, je rozprostřen do celé nemocnice a na základě zjištění z auditů jsou přijímána opatření ke zlepšování.

### Indikátory standardu:

1. V nemocnici je zaveden postup interní auditní činnosti<sup>38</sup>.
2. Osoby pověřené interní auditní činností jsou k tomuto účelu školeny a splňují kvalifikační požadavky stanovené nemocnicí.
3. Interní audit probíhá v celé nemocnici a zahrnuje všechny oblasti poskytovaných služeb.
4. Závěry interních auditů jsou využívány ke zvyšování kvality a bezpečí.

---

<sup>37</sup> Pro účely tohoto textu je termínem "interní audit" vždy míněn audit zaměřený na dodržování pravidel souvisejících s řízením kvality a bezpečí.

<sup>38</sup> Blíže § 47 odst. 3 písm. b) z. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; Věstník MZ 16/2015.



## STANDARD Č. 2.5

### V nemocnici probíhá sběr a analýza dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb.

#### Účel a naplnění standardu:

V nemocnici probíhá sběr a analýza objektivních dat o kvalitě (indikátorů kvality). Vzhledem k omezeným zdrojům nelze tímto způsobem sledovat všechny oblasti poskytovaných služeb. 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 a měl by odpovídat potřebě kontinuálního zlepšování a zvyšování kvality.

Vedení nemocnice by tedy mělo být schopno jasně vysvětlit, proč zvolilo konkrétní spektrum sledovaných indikátorů, případně proč některé oblasti sledovány nejsou. Jedním z klíčů, který lze použít pro výběr oblastí sledovaných pomocí indikátorů kvality, je zaměřit se na postupy, které jsou rizikové, ekonomicky náročné, nekonzistentně prováděné v rámci nemocnice či nově zavedené. Další možností je využití informací z použití různých nástrojů, jako je kořenová analýza, matice rizik, analýza možných příčin a následků a podobně.

Na základě sběru a analýzy dat jsou v nemocnici sledovány minimálně tyto klinické oblasti:

- a) prevence násilného a sebevražedného jednání;
- b) prevence používání a humánní aplikace omezovacích prostředků;
- c) podávání anestezie;
- d) podávání ECT a dalších biologických metod, které jsou používány;
- e) skladování, předepisování a podávání léků;
- f) dodržování všech bezpečnostních cílů;
- g) výskyt infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče a protiepidemická opatření;
- h) včasnost vyhotovení, správnost a úplnost dokumentace vedeném o pacientovi.

Na základě sběru a analýzy dat jsou v nemocnici sledovány minimálně tyto neklinické oblasti:

- i) spokojenost pacientů;
- j) dodržování lidskoprávní problematiky;
- k) oblast bezpečí prostředí;
- l) spokojenost zaměstnanců.

Práce s objektivními daty o kvalitě a bezpečí vyžaduje jistou erudici a vedení nemocnice by mělo zajistit, aby s daty pracovali k tomu kvalifikovaní pracovníci.



Aby se mohlo sledování objektivních dat stát skutečně účinným nástrojem zvyšování kvality, musí být získané informace využívány pro další zlepšování. Nemocnice 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 nemocnici probíhá sběr a analýza dat o kvalitě v klíčových klinických oblastech, minimálně však v rozsahu bodů a) - h), uvedených v účelu standardu.
2. V nemocnici probíhá sběr a analýza dat o kvalitě v klíčových neklinických oblastech, minimálně však v rozsahu bodů i) - l), uvedených v účelu standardu.
3. Priority pro takový sběr dat definují vedoucí pracovníci nemocnice ve spolupráci s vedoucími klinických i neklinických provozů.
4. Tam, kde je to možné, vyhledává nemocnice příležitosti ke srovnávání vlastních výsledků s dalšími organizacemi.
5. Výsledky analýzy dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb jsou pravidelně sdělovány všem pracovníkům. Ty oblasti, které jsou relevantní, jsou komunikovány srozumitelným způsobem s pacienty a veřejností.
6. Výsledky sběru a analýzy dat se využívají k trvalému zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Tam, kde se vyskytují nežádoucí trendy či odchylky, jsou data intenzivně analyzována.





## STANDARD Č. 2.6

### V nemocnici je zaveden účinný postup sledování nežádoucích událostí<sup>39</sup>.

#### Účel a naplnění standardu:

Sběr dat o nežádoucích událostech a jejich kvalitní analýza jsou jedním ze základních vstupů řízení rizik a kontinuálního zlepšování. Nemocnice tento standard naplní, když standardizuje a zavede účinný systém pro hlášení mimořádných/nežádoucích událostí, jehož součástí je i identifikace výstražných událostí a nedokonaných pochybení (tzv. skorochyb)<sup>40</sup>.

Zavedený systém hlášení může rovněž sledovat výskyt provozních či organizačních selhání dle priorit nemocnice. Má-li být systém účinný, musí být dostupný všem pracovníkům, aby mohl kdokoliv informovat o nežádoucí události, a musí zajišťovat ochranu toho, kdo nežádoucí událost hlásí před jakýmkoliv postihem. Toho lze dosáhnout například anonymizací hlášení po jeho doručení na pracoviště zabývající se šetřením příčin nežádoucích událostí. Nemocnice zpracuje vnitřní předpis, který definuje postupy hlášení, zpracování, šetření, vyhodnocení, dokumentování a komunikování nežádoucích událostí včetně stanovení pravomocí a odpovědností osob, které danou činnost vykonávají. Nemocnice doloží praktické využití získaných informací k prevenci rizik a zvyšování kvality a bezpečí a demonstruje postupy pro zvyšování motivace zaměstnanců k hlášení nežádoucích událostí.

#### Indikátory standardu:

1. V nemocnici je vnitřním předpisem stanoven a v praxi zaveden účinný postup hlášení a analýzy nežádoucích událostí, v rámci tohoto postupu nemocnice definuje, které události se považují za nežádoucí, výstražné a nedokonané a definuje jejich závažnost s ohledem na riziko pro pacienty, pracovníky a další osoby.
2. Priority takového postupu definují řídicí pracovníci ve spolupráci s vedoucími klinických i neklinických provozů.
3. Předpisem definované výstražné 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 analýzy nežádoucích událostí.

<sup>39</sup> Nežádoucí událostí se rozumí poškození pacienta nebo riziko tohoto poškození, způsobené činností zdravotnických a nezdravotnických pracovníků nemocnice, nikoli onemocněním nebo poraněním pacienta.

<sup>40</sup> Skorochyba (z originálu near miss) je situace, při které byl postup, který je nesprávný, chybný, neodpovídá doporučeným postupům a mohl by vést k poškození pacientů či jiných osob různými mechanismy odhalen.



### III. DOSTUPNOST A KONTINUITA PÉČE



## STANDARD Č. 3.1

### Nemocnice podporuje vznik a činnost multidisciplinárních týmů<sup>41</sup>.

#### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice pro naplnění standardu zajistí vznik a popíše složení multidisciplinárních týmů dle jednotlivých pracovišť. Složení týmů odpovídá potřebám a spektru pacientů daného oddělení. Nemocnice zavede do praxe způsob setkávání pracovníků týmu (minimálně 1x týdně) a stanoví, jakým způsobem bude zajištěna kontinuita při předávání informací mezi jednotlivými profesemi a pracovníky.

Porad multidisciplinárních týmů se účastní všichni členové, přičemž setkání tohoto týmu nemůže být nahrazeno velkou vizitou či obdobnými setkáními. Porada týmu o pacientech je řízená a výstupy se dokumentují v příslušné zdravotnické dokumentaci pro využití v praxi.

Nemocnice zavede způsob, jak informovat pacienty o existenci multidisciplinárních týmů v zařízení a o jejich účelu a přínosu.

#### Indikátory standardu:

1. Nemocnice má funkční proces vzniku multidisciplinárních týmů a popis jejich struktury, účelu a harmonogramu setkávání.
2. Pacienti jsou prokazatelně informováni o působení, účelu a přínosech multidisciplinárních týmů.
3. Multidisciplinární týmy se scházejí dle harmonogramu nemocnice.
4. Výstupy z porad těchto týmů jsou dokumentovány a prokazatelně využívány pro klinické rozhodování a řízení.

---

<sup>41</sup> Kompetence pracovníků v multidisciplinárním týmu musí být obsaženy v jejich personálním spisu dle příslušné kapitoly těchto standardů.



## STANDARD Č. 3.2

**Zaměstnanci nemocnice spolupracují s komunitními službami a při koordinaci, překladech v rámci nemocnice i mezi nemocnicí a komunitními službami respektují vnitřní předpisy.**

### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice pro naplnění standardu vede seznam komunitních služeb, který je pravidelně aktualizován. K tomuto seznamu mají zainteresovaní pracovníci přístup a v praxi jej aktivně používají a informace o těchto službách předávají těm pacientům, kteří z nich mohou mít profit.

Zaměstnanci sami aktivně spolupracují s komunitními týmy přímou a pravidelnou formou, přičemž nemocnice takový kontakt podporuje. Předávání informací o pacientech a případná další spolupráce se děje výhradně s jejich vědomím na základě informovaných souhlasů.

Nemocnice vnitřním předpisem upraví postup při předávání pacientů mezi jednotlivými odděleními v rámci nemocnice či při předávání jiným poskytovatelům a komunitním týmům.

### Indikátory standardu:

1. Nemocnice má v praxi zaveden postup, včetně stanovení odpovědnosti, který vede k vytváření dostupných a aktualizovaných seznamů komunitních služeb v regionu.
2. Personál informace o komunitních službách a jiné návazné péči v regionu prokazatelně a aktivně používá a předává je pacientům ve srozumitelné formě.
3. Personál prokazatelně a aktivně spolupracuje se zástupci komunitních služeb.
4. Konkrétní rozsah spolupráce u jednotlivých pacientů se děje v rozsahu určeném pacientem a s jeho informovaným souhlasem.
5. Nemocnice má vytvořeny a zavedeny postupy, které zajišťují návaznost a koordinaci péče v rámci nemocnice či při překladech a propuštění pacienta.
6. Nemocnice vnitřním předpisem upraví postup pracovníků při předávání pacientů mezi směnami, při překladech mezi odděleními či na jiná pracoviště. Vnitřní předpis obsahuje povinnosti v oblasti péče i jejího dokumentování.



## STANDARD Č. 3.3

### **Péče je poskytována každému, kdo ji potřebuje a kdo o ni požádá.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Nemocnice zpřístupňuje péči pacientům, kteří požádají o léčbu a předchází překážkám, které by mohly v jejím čerpání nastat<sup>42</sup>. Zařízení neklade žádná plošná omezení v přístupu k péči, ale reflektuje, jakým pacientům ji může poskytnout.

Za tímto účelem nemocnice identifikuje cílovou skupinu osob, kterým péči může poskytnout v závislosti na spektru poskytovaných služeb. Informace o této skutečnosti poskytuje srozumitelně a dostupně<sup>43</sup>.

V případě, že nemocnice nemůže zajistit péči z důvodů daných legislativou<sup>44</sup> či absence potřebné služby, aktivně pomáhá zajistit péči pro pacienta v jiném zařízení, případně jej podporuje ve vyhledání adekvátní služby<sup>45</sup>.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice má definovanou cílovou skupinu pacientů na základě spektra poskytovaných služeb.
2. Informace o cílové skupině osob či případných kontraindikacích k přijetí jsou srozumitelně a předem dostupné, a to i pro pacienty se smyslovými vadami či hovořící cizím jazykem.
3. V případě, že bylo přijetí do nemocnice kontraindikováno či odmítnuto, jsou pacienti informováni o zařízeních, kde mohou vyhledat péči, případně je v indikovaných případech, zejména akutních, zajištěn adekvátní postup.
4. Důvody nepřijetí pacienta a návazná doporučení jsou dokumentovány.

---

<sup>42</sup> Zejména ekonomickým, rasovým, překážkám z důvodu pohlaví, jazyka, náboženství, politického přesvědčení, sociálního původu, postižení, věku či jiného postavení.

<sup>43</sup> Například v čekárně, na webových stránkách, ve vyšetřovnách a podobně.

<sup>44</sup> Podrobněji § 48 zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

<sup>45</sup> To zahrnuje informování o kontaktech, možnostech komunitní či ambulantní péče a dalších možnostech. Nemocnice má k tomuto účelu zpracovaný seznam kontaktů na vhodná zařízení (lůžková psychiatrická zařízení, komunitní služby, ambulantní služby, krizová centra a další).



## STANDARD Č. 3.4

**V nemocnici je součástí péče podpora pacientů v oblasti vzdělávání, financí, pracovního uplatnění a naplnění jejich životních rolí.**

### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice aktivně podporuje pacienty v naplnění jejich rolí v životě a zapojení se do společnosti. Za tímto účelem je v praxi zavedeno zjišťování potřeb pacientů v oblastech, které jsou k tomu potřebné<sup>46</sup> a nemocnice na zjištěné požadavky reaguje.

Nemocnice maximální možnou měrou podporuje návrat pacientů zpět do jejich přirozeného prostředí, což zahrnuje i stanovení postupů informování pacientů o finanční podpoře, hledání bydlení a dalších relevantních oblastech.

Popis potřeb pacientů v uvedených oblastech je součástí jejich individuálního plánu a jsou spolu s nimi přehodnocovány pravidelně dle harmonogramu<sup>47</sup>.

V nemocnici jsou upraveny postupy informování, včetně stanovení osob zodpovědných za tento proces, všech pacientů, včetně dětí a dlouhodobě nemocných, v oblasti vzdělávání a podpory hledání a udržení zaměstnání, a to s konečným cílem návratu do přirozeného prostředí. Není-li kontraindikací z hlediska léčebných procedur či zdravotního stavu, nemocnice neklade bariéry v přístupu pacientů k relevantním službám a návštěvám úřadů.

### Indikátory standardu:

1. V organizační struktuře jsou definovány osoby odpovědné za informování pacientů o možnostech podpory v oblasti financí, zaměstnanosti, bydlení a vzdělávání.
2. Potřeby pacientů v oblasti stanovené standardem jsou součástí individuálních plánů a jsou pravidelně přehodnocovány dle nemocnicí stanoveného harmonogramu.
3. Pacienti jsou prokazatelně informováni o pracovnících, kteří jim mohou pomoci v oblasti sociálního zabezpečení, podpoře při hledání bydlení a vyřizování sociálních dávek.

---

<sup>46</sup> Například informace v oblasti zaměstnanosti, různých podpůrných dávek, nácviků samostatného fungování a další.

<sup>47</sup> Různě pro akutní a následná oddělení, přičemž minimální přehodnocení se děje 1x za 6 měsíců v případě dlouhodobých hospitalizací a komplexních potřeb, na které je potřeba více času.



## STANDARD Č. 3.5

### **Pacienti a jejich blízcí jsou zapojeni do procesu rozhodování a zotavení<sup>48</sup>.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Podpora ze strany rodiny a blízkých osob je důležitá v každé fázi onemocnění, včetně akutních stadií. Nemocnice zajišťuje, aby pacienti byli informováni o možnosti zahrnutí rodinných příslušníků, blízkých a jiných osob do procesu zotavení<sup>49</sup>.

Zapojení uvedených osob se řídí informovaným souhlasem pacienta, který je součástí zdravotnické dokumentace, a pacienti jsou informováni o svém právu kdykoliv toto rozhodnutí změnit.

Nemocnice naplní standard dále tak, že vnitřním předpisem stanoví postup informování pacientů o možnosti začlenění podporujících osob, s nimiž mohou pacienti probrat přijetí, léčbu, ale i jiné oblasti, například finanční, právní apod. Pacienti mohou určit jednu osobu či síť takových podporujících osob. Pracovníci volbu pacienta a pravomoci, které jim udělil, respektují.

Pokud pacient nemá podporující osoby nebo takovou síť, nemocnice mu pomáhá ve zprostředkování alternativních řešení, například v oblasti komunitní péče, popřípadě poskytuje kontakty na organizace podporující lidská práva (v souladu se standardy kapitoly I).

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem postup informování pacientů o možnosti zahrnutí podpůrných osob určených pacientem do léčebného procesu.
2. Součástí zdravotnické dokumentace je informovaný souhlas obsahující seznam osob, které se mají podílet na procesu zotavení včetně rozsahu pravomocí, které jim pacient udělil.
3. Pacienti jsou informováni o tom, že své rozhodnutí mohou kdykoliv změnit.
4. Pracovníci v praxi respektují podporující osoby a komunikují s nimi v souladu s informovaným souhlasem pacienta.

---

<sup>48</sup> Zotavení je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojivý, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. William Anthony, 1993.



## STANDARD Č. 3.6

### **Nemocnice podporuje pacienty v oblasti tělesného zdraví, zdravého životního stylu, plánování rodičovství a dostupnosti očkování.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Při přijetí pacientů a dále kdykoli v průběhu hospitalizace, vyskytnou-li se k tomu důvody, jsou pacientům nabízena a v případě potřeby rovněž zajištěna vyšetření dalšími specialisty<sup>50</sup>. Vyšetření je zajištěno se souhlasem pacienta, v případě život ohrožujících situací k němu může dojít i bez jeho souhlasu.

V rámci zlepšování kvality života a naplňování přání v oblasti rodičovství nemocnice poskytuje pacientům potřebné informace a podporu. Edukační aktivity v oblasti životního stylu může nemocnice zajistit sama, případně ve spolupráci s jinými organizacemi či komunitními službami, případně poskytuje kontakty. Informace zahrnují minimálně oblast stravování, odvykání kouření, překonávání závislostí, redukce tělesné hmotnosti, pohybové aktivity, zvládání stresu a spánkové hygieny.

Nemocnice dále zajišťuje informace v oblasti reprodukčního zdraví, včetně informací o možném využívání antikoncepce, která je dostupná v nemocnici, o sexuálně přenosných chorobách a jejich předcházení. Nemocnice zajišťuje možnost návštěvy odborníka z dané oblasti.

Dostupnost očkování je podpořena informováním pacientů o této možnosti, a pacienti mají právo být naočkováni, pokud k tomu vysloví souhlas, není-li kontraindikace z důvodu zdravotního stavu. Nabídka očkování je uskutečňována nejen s ohledem na zabránění vzniku a šíření některých infekčních onemocnění mezi lidmi, ale i z důvodu individuální ochrany zdraví jedince. Nemocnice v této oblasti spolupracuje s krajskými hygienickými stanicemi.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice má stanoven postup informování pacientů o možnostech dalších vyšetření dle zdravotního stavu, případné zajištění vyšetření se děje s informovaným souhlasem pacienta, nejedná-li se o život ohrožující situaci.
2. Nemocnice zajistí dostupnost srozumitelných informací v oblasti zdravého životního stylu a reprodukce pro všechny skupiny pacientů, kteří takové informace mohou potřebovat.
3. Nemocnice má zaveden funkční systém podpory zdravého životního stylu v rozsahu

---

<sup>50</sup> Z oblasti chirurgie, vnitřní lékařství, reprodukční medicína a další.





standardu a vyhodnocuje jeho efektivitu.

4. Antikoncepce je v nemocnici dostupná a je podávána pouze na základě informovaného souhlasu pacientky.
5. Nemocnice má zajištěny dostupné a srozumitelné informace o povinném a nepovinném očkování a v případě zájmu pacienta zajistí adekvátní péči.
6. Nemocnice prokazatelně spolupracuje s krajskou hygienickou stanicí v oblasti očkování.



## **STANDARD Č. 3.7**

### **Psychiatrická nemocnice má zaveden funkční Program podpory zdraví.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Z pohledu podpory zdraví se Česká republika zavázala k účasti v programu Nemocnice podporující zdraví, který vyhlásila Světová zdravotnická organizace (WHO). Od tvorby národní legislativy a činnosti státní správy, organizací působících v oblasti veřejného zdravotnictví, ale také systémů externího hodnocení kvality se očekává, že budou společně vytvářet synergický tlak na implementaci tohoto programu do fungování nemocnic České republiky.

Vedení nemocnice zavede program podpory zdraví tak, že určí osobu (či skupinu osob) odpovědnou za implementaci a koordinaci programu podpory zdraví a vyčlení programu podpory zdraví nezbytné materiální zdroje.

Samotný program podpory zdraví potom zahrnuje alespoň:

- a) priority podpory zdraví pro pacienty a jejich blízké;
- b) priority podpory zdraví pro pracovníky nemocnice;
- c) způsob posuzování potřeb podpory zdraví u pacientů a pracovníků nemocnice zejména s důrazem na prevenci kouření, konzumaci alkoholu a jiných návykových látek a na psychologickou podporu;
- d) klinické i neklinické postupy, jejichž součástí jsou činnosti podporující zdraví (edukace, farmakoterapie, psychologická podpora a podobně) a způsob implementace těchto postupů do vnitřních předpisů nemocnice;
- e) rozsah, formu a způsob zveřejnění informací o faktorech ovlivňujících zdraví.

Zavedení programu podpory zdraví je dlouhodobý proces. Je nutné sledovat a vyhodnocovat účinnost programu a na základě této zpětné vazby program upravovat tak, aby se jeho účinnost v čase zvyšovala.

#### **Indikátory standardu:**

1. Vedení nemocnice má určenou osobu (či skupinu osob), která je odpovědná za koordinaci programu podpory zdraví, a vyčlení programu podpory zdraví nezbytné materiální zdroje.
2. Program podpory zdraví nemocnice zahrnuje alespoň položky uvedené v písmenech a) - e) účelu standardu.
3. Program podpory zdraví je v nemocnici zaveden.

Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné,  
reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0006213  
Projekt Systém certifikace programů a služeb



4. Účinnost programu podpory zdraví se v nemocnici sleduje a vyhodnocuje. Výsledky jsou využívány k zvyšování účinnosti programu.



## IV. PLÁNOVÁNÍ PÉČE A DIAGNOSTIKA



## STANDARD Č. 4.1

### **Nemocnice stanoví minimální obsah a rozsah vstupního vyšetření při přijetí pacientů do péče, včetně lhůty pro jeho včasné vyhotovení.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Při přijetí pacienta k hospitalizaci či při přijetí do ambulantní péče (pokud je v nemocnici poskytována) stanoví nemocnice vnitřním předpisem minimální obsah a rozsah vyšetření, a to pro lékaře, sestry a všechny nelékařské pracovníky podílející se na péči.

Součástí vstupního vyšetření je vždy stanovení přítomnosti bolesti, úrovně funkční soběstačnosti a přítomnosti nutričního rizika, a to na základě jednotných screeningových nástrojů, které si stanoví nemocnice pro všechny skupiny pacientů<sup>51</sup>. Výsledky jsou dokumentovány a je na ně reagováno zajištěním potřebné péče, nutností sledování a podobně.

Nemocnice zajistí, aby úplné vstupní vyšetření lékařem a sestrou u hospitalizovaných pacientů bylo provedeno a dokumentováno do 24 hodin po přijetí k hospitalizaci. V případě, že rozsah vstupního vyšetření nelze naplnit do dané doby, jsou důvody, které k tomu vedly, zaznamenány do zdravotnické dokumentace, spolu s plánem, kdy bude rozsah naplněn.

Nemocnice stanoví vnitřním předpisem, které kategorie pacientů pokládá za přijaté do ambulantní péče – vždy se jedná o pacienty, kteří jsou ambulantně dlouhodobě sledováni např. v odborných poradnách.

Při stanovení minimálního rozsahu vyšetření se nemocnice opírá o doporučení odborných společností<sup>52</sup>. Nemocnice rovněž vnitřním předpisem stanoví, v jakém případě je možné minimální rozsah nenaplnit<sup>53</sup>, spolu s dobou, kdy bude rozsah vyšetření doplněn. Jazyková či zdravotní bariéra nemůže být důvodem pro nenaplnění požadavku na minimální rozsah vstupního vyšetření.

---

<sup>51</sup> Do procesu je potřeba zahrnout i děti, nekomunikující pacienty, nemocné imobilní a další. Pokud nejsou například pacienti se syndromem demence schopni verbálně vyjádřit přítomnost bolesti, nemocnice zavede adekvátní nástroj hodnocení.

<sup>52</sup> V případě psychiatrie Česká psychiatrická společnost ČLS JEP, u ostatních odborností, například vnitřního lékařství, anesteziologie a dalších dle příslušných odborných společností.

<sup>53</sup> Například u nekomunikujících pacientů v dalších situacích.



### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem obsah a rozsah vstupního vyšetření při přijetí pacientů k hospitalizaci nebo do ambulantní péče, které vždy zahrnuje zhodnocení přítomnosti bolesti, nutričního rizika, funkční soběstačnosti, včetně stanovení používaných screeningových nástrojů.
2. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem situace, kdy je možné přijmout pacienty k hospitalizaci i bez naplnění minimálního rozsahu vstupního vyšetření.
3. Pokud není ze zdravotních důvodů možné naplnit v daném časovém intervalu rozsah vyšetření, jsou tyto důvody zaznamenány do zdravotnické dokumentace spolu s plánem, kdy bude vyšetření doplněno.
4. Vstupní vyšetření provádějí pouze osoby, které k tomu mají kompetence.
5. Vstupní vyšetření v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem je u hospitalizovaných pacientů provedeno nejpozději do 24 hodin po přijetí či dříve.
6. Vnitřní předpis se v praxi dodržuje.



## STANDARD Č. 4.2

### **Nemocnice s pacienty vytváří, aktualizuje a respektuje individuální plány<sup>54</sup> reflektující bio-psycho-socio-spirituální model.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Tento standard vyžaduje, aby u každého přijatého pacienta v čase přijetí byla stanovena pracovní diagnóza (pracovní diagnózy) a z ní vyplývající individuální plán diagnostických postupů (laboratorní, zobrazovací, konziliární vyšetření), terapeutických aktivit a ošetrovatelské péče včetně režimových opatření. Plán péče zohledňuje specifické potřeby a Dříve vyslovená přání pacienta (s přihlédnutím ke kulturním a náboženským specifikům), včetně kroků směřujících k sociálnímu začlenění po propuštění.

Všem pacientům je v rámci příjmového a vstupního vyšetření stanoven individuální léčebný plán, který se v maximální možné míře vytváří ve spolupráci s pacientem<sup>55</sup>.

Komplexní a individuální léčebný plán je pravidelně přehodnocován vždy, když to vyžaduje stav pacienta, minimálně však v takové četnosti, jakou nemocnice stanoví vnitřním předpisem. Součástí léčebného plánu jsou cíle pacienta v oblasti sociální, zdravotní, pracovní, vzdělávací a dále cíle vedoucí k uzdravení či zotavení. Plán vychází z pacientových silných stránek.

Cílem je podporovat pacienty tak, aby v konečném důsledku řídili své léčebné plány sami (předávání odpovědnosti a kompetence). Pacientům je pracovníky doporučováno vypracování systému Dříve vyslovených přání pro případ, že by v nějaké situaci nemohli aktivně projevit svou vůli.

Nemocnice vnitřním předpisem rovněž definuje rozsah a náplň individuálního léčebného plánu, který je s pacienty vytvářen (včetně například úpravy krizových a jiných plánů, které na individuální plán navazují), a to minimálně v rozsahu plánu diagnostiky, léčby, laboratorních a dalších vyšetření, režimu, odhadované délky hospitalizace, specifických potřeb pacientů a postupů jejich naplňování v rámci práv pacientů (blíže příslušná kapitola těchto

---

<sup>54</sup> Léčebný plán musí být specifikován s ohledem na poskytovanou péči. Například na odděleních specializovaných pro léčbu závislosti mohou být součástí takového plánu pravidelné i namátkové kontroly požití návykových látek. S takovým plánem musí pacient vyjádřit svůj informovaný souhlas, a to na základě poučení a dostatku informací pro to, aby pochopil účel takového opatření. Důležité je pamatovat na zachování důstojnosti pacientů.

Další možností je například strukturování aktivit, rehabilitace, aktivizace, zplnomocňování a další procedury, které povedou k bezpečnému a včasnému návratu pacientů zpět do jejich přirozeného prostředí.

<sup>55</sup> Pokud to ze zdravotních důvodů není možné, pak je tento plán vytvořen v rámci týmu a revidován s pacientem ihned, jak je to možné.



standardů), a to tak, aby bylo co nejvíce podporováno začlenění pacientů zpět do komunity a přirozeného prostředí.

Nemocnice zajistí dodržování standardu v praxi, a to jak u pacientů přijímaných akutně, tak u pacientů, kdy je přijetí plánováno. 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 individuální plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské, rehabilitační, sociální a další potřebné péče<sup>56</sup>.
2. Pacienti jsou o obsahu plánu informováni a mají k němu kdykoliv přístup (či jej mají u sebe) pro doplnění.
3. Nemocnice stanoví minimální rozsah a časový interval přehodnocování individuálních léčebných plánů.
4. Individuální léčebný plán je prokazatelně vytvářen s pacientem, respektuje bio-psycho-socio-spirituální model a vychází z jeho silných stránek.

---

<sup>56</sup> Součástí individuálního léčebného plánu jsou například i protikrizová opatření, předcházení spouštěčům, Dříve vyslovená přání a další důležité informace.





## STANDARD Č. 4.3

**Nemocnice má zavedený, funkční a standardizovaný způsob hodnocení klinických rizik a výsledky používá k managementu péče.**

### Účel a naplnění standardu:

Cílem standardizace je snížit variabilitu ve výstupech hodnocení. Klinickými riziky jsou myšleny všechny faktory, které mají dopad na koordinaci, cílení a plánování péče. Například se může jednat o riziko sebevražedného či násilného jednání, hodnocení tíže syndromu z odnětí a podobně. Každé pracoviště dle definovaného spektra poskytovaných služeb a cílové skupiny může mít jinou oblast, kterou hodnotí.

Naplnění standardu je zajištěno, pokud nemocnice, ideálně ve spolupráci s přímými liniovými pracovníky, vybere vhodné nástroje pro hodnocení těch oblastí, které si na základě analýzy rizik určí jako podstatné, a prokazatelně s nimi seznámí pracovníky a zavede jejich využití v praxi. Účelem standardu není, aby dokumentace pacientů obsahovala údaje o použití škály či stupnice, aniž by na zjištěné informace bylo reagováno a bylo jich využíváno v léčbě.

### Indikátory standardu:

1. Nemocnice identifikuje na základě spektra poskytované péče a doložitelné analýzy rizik ty klinické oblasti, u nichž zavede standardizovaný způsob hodnocení a vhodný nástroj. Minimálně se vždy jedná o oblast sebevražedného a násilného jednání.
2. Nemocnice prokazatelně školí zaměstnance ve využití nástrojů, jejich účelu a smyslu.
3. Nemocnice určí náležitosti dokumentování výsledků hodnocení klinických rizik a reakce na ně. Může tak být učiněno například v předpisu stanovujícím rozsah záznamů ve zdravotnické dokumentaci.
4. Na výsledky z hodnocení klinických rizik se prokazatelně reaguje.



## STANDARD Č. 4.4

**V průběhu celé hospitalizace je vždy stanoven pracovník, který odpovídá za koordinaci veškeré péče o pacienta, včetně spolupráce s komunitními službami, pokud s tím pacient souhlasí.**

### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice stanoví vnitřním předpisem, který pracovník<sup>57</sup> odpovídá za koordinaci péče poskytované pacientovi. Nemocnice zajistí, aby pacient znal jméno tohoto pracovníka a aby v případě jeho nepřítomnosti na pracovišti tato odpovědnost přecházela na jiného pracovníka – čili byla naplněna zastupitelnost.

Uvedený pracovník aktivně spolupracuje, dá-li k tomu pacient informovaný souhlas, s komunitními službami v rozsahu, jaký si pacient určí. Forma spolupráce odpovídá příslušnému standardu kapitoly I. Koordinována je nejen péče zdravotní, ale i sociální a případně další v rámci multidisciplinárního přístupu.

### Indikátory standardu:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem, který pracovník odpovídá za koordinaci péče o hospitalizovaného pacienta.
2. Po celou dobu hospitalizace je určeno, kdo koordinuje péči o pacienta.
3. Jméno osoby koordinující péči o pacienta je známo pacientovi, případně jeho blízkým i pracovníkům daného pracoviště.

---

<sup>57</sup> Tím může jím být lékař, primární sestra, case manager či jiný pracovník. Pro účel tohoto standardu se nejedná o pracovníka, který má zodpovědnost za určitou část procesu (například ordinaci medikace), ale pracovník, který koordinuje péči v souladu s individuálním plánem pacienta.



## STANDARD Č. 4.5

### Na základě vstupního vyšetření se plánuje propuštění pacienta.

#### Účel a naplnění standardu:

Součástí vstupního vyšetření u hospitalizovaných pacientů je plánování jejich propuštění již od počátku pobytu v nemocnici. Již při vstupním vyšetření jsou stanoveny minimální ukazatele, které povedou k propuštění pacientů, a to včetně zajištění navazujících služeb (ambulancních, komunitních a dalších).

Cílem plánování je zajistit potřeby pacienta po propuštění v závislosti na jeho onemocnění a schopnosti soběstačnosti, a to tak, aby bylo umožněno co největší společenské začlenění zpět do pacientova přirozeného prostředí.

U každého pacienta je aktivně zmapována možnost zajištění komunitních služeb, finanční situace, rodinné zázemí, což je zaznamenáno v dokumentaci (včetně například toho, že u daného jedince není potřeba komunitních služeb přítomna).

Propuštění se od přijetí plánuje s ohledem na tyto faktory, a v dokumentaci vedené o pacientech jsou uvedeny konkrétní kroky, které povedou k propuštění pacienta (mohou být součástí individuálního plánu, epikrízy či jiné části dokumentace).

Plánování propuštění může mít různé formy – například kontakt s komunitními službami, zajištění umístění pacienta v zařízení následné péče či edukaci jeho blízkých o provádění ošetrovatelských výkonů.

#### Indikátory standardu:

1. Plánování propuštění pacientů je zahájeno bezprostředně po jejich přijetí k hospitalizaci.
2. O plánování je učiněn záznam ve zdravotnické dokumentaci.
3. Individuální léčebný plán obsahuje ukazatele, které je potřeba naplnit před propuštěním pacientů.



## STANDARD Č. 4.6

**U všech hospitalizovaných pacientů se provádí a dokumentuje pravidelné přehodnocení jejich zdravotního stavu.**

### Účel a naplnění standardu:

Pravidelné přehodnocení stavu pacientů (vizity lékařů či nelékařských zdravotnických pracovníků) slouží ke sledování vývoje onemocnění a posouzení účinnosti léčby a provádí se minimálně 1x za 24 hodin, pokud nevyžaduje zdravotní stav kontroly častější, nebo pokud není ve vnitřním předpisu stanoveno jinak. Nemocnice rovněž upraví postup v souladu s platnou legislativou a klinickými doporučeními pro zvláštní situace<sup>58</sup>.

Nemocnice stanoví vnitřním předpisem minimální intervaly a rozsah tohoto přehodnocení – v praxi tyto intervaly a rozsah odpovídají typu pracoviště (akutní oddělení versus následná péče) - a situace, při kterých se provádí (změna stavu pacienta). Přehodnocení stavu se dokumentuje.

### Indikátory standardu:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem minimální intervaly a rozsah přehodnocování stavu pacientů.
2. Vizita lékaře se provádí minimálně 1x za 24 hodin včetně dní pracovního volna, nestanoví-li vnitřní předpis v souladu s platnou legislativou či klinickými doporučeními jinak.
3. Pacienti jsou vyšetřováni minimálně ve stanovených intervalech a rozsahu.
4. Vyšetření se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace.

---

<sup>58</sup> Například kontroly pacientů při aplikaci omezovacího prostředku, po podání tlumící či depotní medikace, po aplikaci ECT.



## STANDARD Č. 4.7

### **Organizace a dostupnost laboratorních služeb odpovídá potřebám pacientů a požadavkům národní legislativy a národních či nemocničních odborných standardů.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Nemocnice zajistí takovou dostupnost laboratorních služeb, která odpovídá potřebám jejích pacientů (včetně monitorování hladin léků a toxikologických vyšetření). Tyto služby poskytují buď sama, nebo je zajistí dodavatelsky, a to včetně služeb v pohotovostním režimu.

Pokud jsou laboratorní služby zajišťovány dodavatelsky, má nemocnice k dispozici informaci o výsledcích systémů externí kontroly kvality v dodavatelské laboratoři (například z webové stránky laboratoře).

Nemocnice zpracuje seznam laboratorních služeb poskytovaných pacientům (včetně služeb externích laboratoří) s uvedením popisu preanalytické fáze a referenčních hodnot pro jednotlivé analyty.

#### **Indikátory standardu:**

1. Laboratorní služby jsou poskytovány v souladu s požadavky národní legislativy a národních či nemocničních odborných standardů.<sup>59</sup>
2. Laboratorní služby dostupné pacientům nemocnice odpovídají jejich potřebám.
3. Nemocnice má zpracovaný přehled všech laboratorních vyšetření standardně poskytovaných pacientům s popisem preanalytické fáze a uvedením referenčních hodnot.
4. V laboratoři je zaveden systém řízení kvality.
5. Nemocnice stanoví časovou dostupnost laboratorních vyšetření.
6. Výsledky laboratorních vyšetření jsou dostupné ve stanoveném čase.

---

<sup>59</sup> Blíže § 11 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; vyhláška MZ č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.



## **STANDARD Č. 4.8**

**Nemocnice má zavedený systém hlášení kritických hodnot výsledků laboratorních vyšetření.**

### **Účel a naplnění standardu:**

Nemocnice naplní tento standard stanovením spektra kritických hodnot výsledků vybraných laboratorních vyšetření a popisem postupu hlášení těchto hodnot z laboratoře na klinická pracoviště. Zároveň nemocnice stanoví účinný systém, zajišťující předání informace o hlášené kritické laboratorní hodnotě lékaři a řešení této situace, včetně záznamu do dokumentace (reakce pracovníků, chyba výsledku, kontrolní odběr apod.). Při hlášení kritických hodnot výsledků se dodržuje postup upravený Resortním bezpečnostním cílem č. 6.

### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice má stanoveno spektrum kritických hodnot výsledků laboratorních vyšetření.
2. Nemocnice má vnitřním předpisem stanoveny postupy hlášení kritických hodnot výsledků laboratorních vyšetření včetně jejich záznamů do zdravotnické dokumentace.
3. Nemocnice má stanoven postup při řešení nahlášené kritické hodnoty.
4. Stanovené postupy se v nemocnici dodržují.



## **STANDARD Č. 4.9**

### **V nemocnici se manipuluje s laboratorními vzorky dle stanovených postupů.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Nemocnice stanoví jednotné postupy pro objednávání laboratorních vyšetření, identifikaci laboratorních vzorků, jejich odběr, transport, skladování a uchovávání (Laboratorní příručka).

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice má zaveden standardizovaný postup pro objednávání laboratorních vyšetření.
2. Nemocnice má zaveden standardizovaný postup pro identifikaci laboratorních vzorků a jejich odběr.
3. Nemocnice má zaveden standardizovaný postup pro transport, skladování a uchovávání laboratorních vzorků.



## STANDARD Č. 4.10

**Organizace a dostupnost radiodiagnostických služeb a zobrazovacích vyšetření odpovídá potřebám pacientů a požadavkům národní legislativy a národních či nemocničních odborných standardů.**

### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice tento standard naplní vypracováním a zveřejněním spektra prováděných zobrazovacích vyšetření a dostupnosti jejich výsledků v čase. U dodavatelsky zajištěných služeb je požadován seznam dodavatelů, včetně dostupnosti a časového intervalu vyšetření a doručení výsledků.

Nemocnice má k dispozici výsledky kontrolních šetření Státního úřadu pro jadernou bezpečnost (SÚJB) a závěry externího klinického auditu a předloží jejich závěry včetně popisu provedených nápravných opatření.

### Indikátory standardu:

1. Zobrazovací metody jsou poskytovány v souladu s požadavky národní legislativy a národních či nemocničních odborných standardů<sup>60</sup>.
2. Nemocnice má přehled zobrazovacích vyšetření zajišťovaných pro pacienty včetně vyšetření zajišťovaných extramurálně. U externě zajišťovaných zobrazovacích vyšetření nemocnice má seznam dodavatelů, dostupnosti vyšetření a času dodání výsledků.
3. Nemocnice stanoví časový interval dostupnosti výsledků zobrazovacích vyšetření.
4. Výsledky zobrazovacích vyšetření jsou dostupné ve stanoveném časovém intervalu.

---

<sup>60</sup> Blíže § 11 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; vyhláška MZ č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče; § 71, odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.





## V. TERAPEUTICKÁ PÉČE



## STANDARD Č. 5.1

### **Péče je v nemocnici integrovaná a multidisciplinární.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Účelem tohoto standardu je zajistit integraci výsledků vyšetření a poskytované péče mezi jednotlivými poskytovateli (lékaři různých specializací, sestrami, sociálními pracovníky, psychology a dalším personálem). Forma integrace a její intenzita závisí na závažnosti klinického stavu – v každém případě však musí být zjevné, že péče se pacientům poskytuje koordinovaně. Pokud probíhá integrace formalizovaně - např. setkání multidisciplinárních týmů, jak je upraveno příslušným standardem, dokumentuje se ve zdravotnické dokumentaci pacientů.

#### **Indikátory standardu:**

1. Při plánování péče o pacienty dochází k její integraci mezi jednotlivými pracovníky.
2. Pokud probíhá integrace formalizovaným způsobem, zaznamená se do zdravotnické dokumentace.
3. Zdravotnická a další dokumentace pacienta obsahuje záznamy prokazující multidisciplinární spolupráci.



## STANDARD Č. 5.2

**V nemocnici je poskytována komplexní ošetrovatelská péče respektující bio-psycho-socio-spirituální model, která je součástí individuálního plánování a je řádně dokumentována ve zdravotnické dokumentaci.**

### Účel a naplnění standardu:

Nelékařský zdravotnický pracovník poskytuje ošetrovatelskou péči, aktivně vyhledává a uspokojuje biologické, psychické, sociální, spirituální potřeby (tedy respektuje bio-psycho-socio-spirituální model duševních poruch), včetně podpory práv pacientů. Kompetentní zaměstnanci plánují ošetrovatelskou péči a stanovuje priority, což je průkazné ve zdravotnické dokumentaci<sup>61</sup>.

### Indikátory standardu:

1. V nemocnici je komplexní ošetrovatelská péče poskytována v úzké spolupráci s pacientem, lékaři, dalšími zdravotnickými a odbornými pracovníky a je součástí individuálního plánování péče.
2. Ošetrovatelská péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení.
3. Ošetrovatelská péče je součástí individuálního plánování péče, poskytnutá péče je dokumentována ve zdravotnické dokumentaci pacienta a respektuje pacientovy unikátní potřeby.
4. Individuální plány ošetrovatelské péče se dodržují a poskytnutá ošetrovatelská péče je dokumentována.

---

<sup>61</sup> Podrobněji též příloha č. 1 bod č. 11 vyhlášky MZ č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci ve znění pozdějších předpisů.



## STANDARD Č. 5.3

### Nemocnice zavede účinný postup provádění kardiopulmonální resuscitace.

#### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice vytvoří vnitřní předpis, který stanoví, jaké přístroje, zdravotnické prostředky a léky k neodkladné kardiopulmonální resuscitaci (KPR) jsou bezprostředně dostupné 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.

Kromě vybavení rovněž nemocnice stanoví vnitřním předpisem, jak probíhá případná resuscitace organizačně<sup>62</sup>.

Nemocnice dále upraví rozsah a frekvenci školení jednotlivých skupin pracovníků v KPR, a to minimálně v rozsahu metodiky BLS (Basic Life Support)<sup>63</sup>. Toto proškolení se vždy týká zdravotnických pracovníků a dle rozhodnutí vedení nemocnice i dalších zaměstnanců. Zvláštní pozornost je věnována včasnému proškolení nově nastupujících zaměstnanců.

#### Indikátory standardu:

1. Vnitřní předpis stanoví vybavení nejen jednotlivých oddělení, ale i prostor vyhodnocených jako rizikové, přístroje, pomůckami a léky k neodkladné KPR, praxe v nemocnici je v souladu s předpisem.
2. Vnitřní předpis stanoví organizační aspekty provádění resuscitace, praxe v nemocnici je v souladu s vnitřním předpisem.
3. Nemocnice má stanoven rozsah a frekvenci školení jednotlivých skupin pracovníků v KPR<sup>64</sup>.
4. Pracovníci jsou proškoleni v KPR podle požadavků vnitřního předpisu a tyto postupy v praxi znají a dodržují.
5. Léky a pomůcky pro neodkladnou péči jsou trvale dosažitelné na určených pracovištích, počet balení léků a jejich expirační doby a funkčnost a expirační doby pomůcek kontroluje pověřený pracovník minimálně jedenkrát týdně a o provedené kontrole učiní zápis.
6. KPR pro pacienty, pracovníky a další osoby je dostupná ve všech prostorách nemocnice.

<sup>62</sup> Tedy kdo ji zajišťuje pro jednotlivá pracoviště, jaké jsou telefonní kontakty a podobně.

<sup>63</sup> Například [www.cprguidelines.eu](http://www.cprguidelines.eu) nebo [www.resuscitace.cz](http://www.resuscitace.cz).

<sup>64</sup> Včetně nácviků povolání pomoci, trénování dovedností a podobně.



## STANDARD Č. 5.4

### **Pacienti v nutričním riziku a pacienti s bolestí mají zajištěnu odpovídající péči.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

V rámci vstupního vyšetření se hodnotí nutriční riziko u všech pacientů. Pacienti identifikovaní jako nutričně riziková, a to jak v rámci příjmového vyšetření, tak v průběhu hospitalizace (například po zhoršení stavu a podobně) jsou v časovém intervalu stanoveném nemocnicí vyšetřeni nutričním terapeutem, případně lékařem s příslušnou kompetencí. Výsledky vyšetření jsou zaznamenány v dokumentaci a na jejich podkladě je stanoven plán nutriční péče a její cíl. Vývoj nutričního stavu takového pacienta je sledován, opakovaně revidován a dokumentován.

Nemocnice respektuje právo pacientů na účinné hodnocení a léčbu bolesti. Nemocnice vnitřním předpisem stanoví postupy zaměřené na vyhodnocení a léčbu zahrnující minimálně následující body:

- a) postup při identifikaci bolesti a při přehodnocení stavu pacientů;
- b) zajištění léčby bolesti v souladu s ostatními vnitřními předpisy nemocnice;
- c) přehodnocování bolesti včetně časových intervalů, vyhodnocování účinnosti léčby bolesti;
- d) edukace pacientů a jejich blízkých o léčbě bolesti;
- e) vzdělávání pracovníků nemocnice v oblasti identifikace a léčby bolesti.

Nemocnice zajistí způsoby hodnocení a přehodnocování bolesti u všech skupin nemocných.

#### **Indikátory standardu:**

1. Pacienti, u kterých bylo identifikováno nutriční riziko či bolest, mají stanoven plán a cíl odpovídající péče.
2. Reakce na nutriční léčbu a léčbu bolesti se sleduje a pravidelně dokumentuje.
3. Nutriční péče je realizována multiprofesně.
4. Nemocnice vzdělává své pracovníky v oblasti identifikace nutričního rizika a v identifikaci a léčbě bolesti.
5. Nemocnice má zavedený postup pro identifikaci a léčbu všech skupin<sup>65</sup> pacientů s bolestí minimálně v rozsahu písmen a) - e) účelu standardu.

---

<sup>65</sup> Například pacienti trpící syndromem demence, s nemožností se vyjádřit, malé děti a podobně.



## STANDARD Č. 5.5

### Nemocnice má zaveden účinný systém fyzioterapeutické a rehabilitační péče.

#### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice respektuje právo pacientů na účinnou rehabilitaci a v případě potřeby ji zajišťuje. Nemocnice vnitřním předpisem stanoví postupy zaměřené na minimálně následující body:

- a) zpracování plánu léčebně rehabilitační péče pro pacienty s potřebou této péče včetně stanovení intervalů jeho přehodnocení;
- b) seznámení pacienta a zdravotnických pracovníků s plánem léčebně rehabilitační péče a jejího vyhodnocování;
- c) edukace pacientů a jejich blízkých o rehabilitačních postupech;
- d) vzdělávání pracovníků nemocnice v oblasti procesu rehabilitace a rehabilitačního ošetřování.

#### Indikátory standardu:

1. Pacientům, u nichž je potřeba léčebně rehabilitační péče, je tato péče zajištěna.
2. Vnitřní předpis upravující organizaci léčebně rehabilitační péče v nemocnici obsahuje alespoň body a) – d) uvedené v účelu standardu.
3. Léčebně rehabilitační péče se plánuje a plán se pravidelně vyhodnocuje.
4. Nemocnice má zaveden proces pro edukaci pacientů a jejich blízkých o rehabilitačních postupech.
5. Nemocnice vzdělává své pracovníky v oblasti rehabilitace a rehabilitačního ošetřování.



## STANDARD Č. 5.6

**Omezovací prostředky jsou používány humánně a v souladu s platnou legislativou a doporučeními Ministerstva zdravotnictví<sup>66</sup>.**

### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice vnitřním předpisem stanoví, v jakých případech je přípustné používání omezovacích prostředků, a školí své zaměstnance tak, aby aplikace probíhala pouze v nezbytně nutných případech jako poslední řešení a byla humánní, šetrná a bylo zajištěno důstojné jednání s pacienty.

Účelem použití omezovacího prostředku je odvrácení bezprostředního ohrožení zdraví, života či bezpečnosti pacienta či jiných osob, a to pouze na dobu nezbytně nutnou a poté, co byl použit mírnější způsob řešení situace (pokud se tento nejeví zcela neúčinně). Omezení volného pohybu pacienta není v nemocnici používáno z důvodu organizačních faktorů<sup>67</sup>. Pokud je to možné, respektuje nemocnice při používání omezovacích prostředků preference pacientů, případně jejich Dříve vyslovená přání, nebrání-li tomu zdravotní stav.

Pro naplnění standardu dále nemocnice vnitřním předpisem upraví rovněž rozsah záznamů ve zdravotnické dokumentaci (ošetřovatelské, lékařské), a to v souladu s aktuálním zněním vyhlášky o zdravotnické dokumentaci<sup>68</sup>.

Nemocnice vede evidenci používání omezovacích prostředků v souladu s platnou legislativou a s výsledky aktivně pracuje, vyhodnocuje trendy, a data používá k řízené minimalizaci aplikace omezovacích prostředků. Použití omezovacích prostředků je hlášeno příslušným orgánům dle platné legislativy<sup>69</sup>.

### Indikátory standardu:

1. Nemocnice vnitřním předpisem stanoví, kdy je možné použití omezovacích prostředků, včetně osob a orgánů, kterým je aplikace hlášena, včetně krizových situací<sup>70</sup>.
2. Vnitřní předpis stanovuje rozsah a obsah záznamů ve zdravotnické dokumentaci vztahující se k omezovacím prostředkům, včetně záznamu o indikaci k pokračování či ukončení aplikace.

<sup>66</sup> Podrobně § 39 zákona 372/2011 Sb. a vodítka MZČR k používání omezovacích prostředků.

<sup>67</sup> Není tak možné například řešit nedostatečné personální zajištění.

<sup>68</sup> V dokumentaci je doporučeno jasně uvést, proč nepostačilo použít mírnější postup.

<sup>69</sup> A to včetně zajištění hlášení v případě výpadku elektrického proudu a podobných situacích.

<sup>70</sup> Výpadek elektrického proudu, systému a podobně – například zajištěním kurýrní služby.



3. Nemocnice prokazatelně minimálně 1x ročně školí zaměstnance v humánní aplikaci omezovacích prostředků a postupech vedoucích ke snížení jejich používání.
4. Nemocnice má registr použití omezovacích prostředků (každý typ omezovacího prostředku je evidován zvlášť).
5. Nemocnice minimálně 1x ročně vyhodnocuje vhodnost a četnost použití omezovacích prostředků, analyzuje data a prokazatelně zavádí opatření směřující k redukci nutnosti jejich použití.





## STANDARD Č. 5.7

### Nemocnice poskytuje bezpečnou péči pacientům během a po ukončení aplikace omezovacího prostředku.

#### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice naplní standard vypracováním vnitřního předpisu, kterým upravuje ošetrovatelskou, lékařskou a další (psychologickou, spirituální) péči o pacienty, u nichž došlo k aplikaci omezovacího prostředku. Jedná se o upravení péče jak během aplikace (zejména neustálé informování), ale i po jejím ukončení (následný rozbor, debriefing). Dále upraví povinnost úrovně dohledu nad pacienty v omezení, a to minimálně v souladu s platnou legislativou<sup>71</sup>.

Pacienti by měli mít od začátku hospitalizace možnost být informováni o tom, v jakých situacích k aplikaci omezovacího prostředku dochází, jakým způsobem se mohou obrátit na příslušné organizace v případě, že s aplikací nesouhlasili. Velmi důležitý je následný rozbor epizody omezení, neboť může přinést informace o tom, jaké důvody vedly k incidentu, který vyústil až k použití omezovacího prostředku, a tak nastavit spolu s pacientem preventivní opatření<sup>72</sup>.

Je doporučováno, aby u pacientů, u nichž se vyskytlo závažné násilné či autoagresivní jednání, bylo jasně a zřetelně dokumentováno, jaké indikátory vedou k závěru, že se takové chování nebude opakovat, pokud k ukončení aplikace omezovacího prostředku dojde.

#### Indikátory standardu:

1. Nemocnice má vnitřní předpis upravující ošetrovatelskou, lékařskou a další potřebnou péči o pacienta v omezovacím prostředku (pro všechny typy používané v nemocnici).
2. Nemocnice upraví vnitřním předpisem úroveň dohledu nad pacientem v omezovacím prostředku, četnost a intervaly kontrol pacienta lékařem u jednotlivých typů omezovacích prostředků.
3. Nemocnice má vnitřní předpis upravující způsob informování pacientů o použití omezovacích prostředků, před, během a po aplikaci, včetně postupu, jak vyjádřit svůj nesouhlas.
4. Vnitřní předpis obsahuje postup a rozsah následného rozboru incidentu omezení s pacientem a personálem a jeho dokumentování.

<sup>71</sup> § 39 odst. 3 písm. c) zákona o zdravotních službách a dále Věstník MZČR, částka 4/2018, čl.1 odst.10.

<sup>72</sup> Například vypracování krizového plánu.



5. Vnitřní předpis je v praxi dodržován a jeho dodržování podléhá kontrole ze strany nemocnice.



## STANDARD Č. 5.8

### V nemocnici jsou místo omezujících prostředků používána alternativní řešení.

#### Účel a naplnění standardu:

Místo omezovacích prostředků jsou v nemocnici preferovány alternativní techniky zvládnání krizových situací (například deescalace), které jsou užívány aktivně kompetentními pracovníky, a to s cílem dopomoci pacientům opět získat kontrolu nad svým jednáním, snížit tenzi a riziko násilného jednání. Nemocnice podporuje možnost v individuálních případech využití klidných, tichých pokojů pro pacienty, kde si úroveň soukromí mohou regulovat sami<sup>73</sup>.

Za tímto účelem nemocnice zajistí minimálně 1x za 12 měsíců školení zaměstnanců v alternativních technikách a informace o schopnosti využití těchto metod jsou součástí kompetenčního modelu.

#### Indikátory standardu:

1. Nemocnice školí zaměstnance v alternativních technikách a dalších relevantních oblastech, a to minimálně 1x za 12 měsíců.
2. Schopnost provádět alternativní techniky (například deescalaci) je součástí dokumentace kompetencí pracovníků.
3. Použití alternativních řešení je dokumentováno v dokumentaci pacienta.
4. Nemocnice pacientům umožňuje využití klidových místností. V případě, že takové nejsou dostupné, je situace analyzována a prokazatelně je plánováno zlepšení.

---

<sup>73</sup> Nejedná se o uzamykatelné izolační místnosti, ale možnost zavření dveří, pokud pacient preferuje soukromí a podobně.



## STANDARD Č. 5.9

### Nemocnice s pacienty vytváří a používá krizové plány.

#### Účel a naplnění standardu:

Pacienti, kteří jsou ohroženi krizí, mohou profitovat z používání krizových plánů. Pro jejich formulaci je potřebná podrobná analýza situace s pacientem. Rovněž použití alternativních technik, například deeskalace, je prováděno spolu s pacientem, a to s cílem identifikace spouštěcích a rizikových faktorů, aby podobným situacím bylo možno do budoucna předcházet.

Zjištěné informace jsou dokumentovány a využívány prokazatelně pro vytváření krizových plánů (jejich formu určuje nemocnice). Není podstatné, jak daný dokument vypadá, ale důležité je, že je řízený, pacientovi dostupný, přehodnocovaný a zejména užitečný.

Nemocnice pro naplnění standardu upraví postup, jak budou krizové plány prokazatelně dokumentovány, určí náplň, která vždy obsahuje spouštěcí, protektivní a další relevantní faktory a informace o tom, jak si pacienti přejí v případě krize postupovat. Krizové plány jsou pravidelně přehodnocovány spolu s pacienty a jsou jim dostupné.

#### Indikátory standardu:

1. Nemocnice má zavedený postup vytváření, dokumentace a formální náplně krizových plánů.
2. Krizové plány jsou pacientům i zapojeným pracovníkům dostupné, aktuální, přehodnocované a využívané, vyskytne-li se k tomu potřeba.
3. Krizové plány jsou prokazatelně vytvářeny, přehodnocovány a vyhodnocovány spolu s pacienty.



## STANDARD Č. 5.10

**Elektrokonvulzivní terapie (ECT) a další biologické možnosti léčby jsou v nemocnici používány bezpečně a v souladu s platnou legislativou.**

### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice zajistí, aby pacienti byli srozumitelnou formou informováni o možnosti aplikaci ECT, případně dalších<sup>74</sup> forem biologické léčby, pokud jsou v nemocnici nabízeny. Informování probíhá v takovém rozsahu, aby byl případně pacient schopen vyjádřit svobodný informovaný souhlas. Nemocnice má zajištěny způsoby informování všech skupin pacientů.

Nemocnice vnitřním předpisem stanoví postupy při plánování, aplikaci a vyhodnocování ECT a jiných biologických metod léčby, a to včetně kompetencí k indikaci (včetně aplikace tzv. vitální indikace).

Tento předpis stanoví rozsah konziliárních vyšetření před aplikacemi, rozsah případného předanestetického vyšetření (blíže v příslušných standardech tohoto dokumentu), postupy premedikace, upravení medikace a režimu, monitorace fyziologických funkcí před, během a po aplikaci a péči po skončení terapie. Týká se to i pacientů, kteří na léčbu případně dochází ambulantní formou.

### Indikátory standardu:

1. Nemocnice má zavedený způsob prokazatelného informování pro všechny skupiny indikovaných pacientů o možnostech využití, přínosech, rizicích a dalších faktorech vážících se k nabízeným biologickým metodám léčby.
2. Nemocnice má vnitřní předpis pro ECT a další biologické metody léčby, který stanoví postupy plánování, průběhu léčby a monitorace pacienta, včetně konziliárních vyšetření a kompetencí k indikaci dané modalitě.
3. Postup aplikace biologické léčby i následného monitorování probíhá v souladu s vnitřním předpisem.
4. Dokumentace pacienta obsahuje informovaný souhlas jak s procedurou, tak s celkovou anestezí<sup>75</sup>.

<sup>74</sup> Biologickou léčbou jsou pro účel standardů myšleny nefarmakologické léčebné postupy, mimo psychoterapii. Například elektrokonvulzivní terapie, rTMS (repetitivní transkraniální magnetická stimulace), léčba jasným světlem a chronobiologická léčba a další.

<sup>75</sup> U dětí a pacientů, kteří nejsou schopni informovaný souhlas poskytnout, je tento získán buď od zákonných zástupců či opatrovníků.



## STANDARD Č. 5.11

**Efekt aplikace ECT a dalších biologických možností léčby je vyhodnocován a dokumentován.**

### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice naplní standard tak, že zajistí, aby dokumentace pacienta obsahovala vyhodnocení průběhu a efektu ECT či jiných biologických možností léčby po každé aplikaci, včetně zjištění pacientova vnímání přínosu léčby. Rozsah a formu záznamu upraví nemocnice vnitřním předpisem<sup>76</sup>. Pacientův souhlas či nesouhlas je ověřován přímým dotazem před každou aplikací.

### Indikátory standardu:

1. Nemocnice vnitřním předpisem stanoví rozsah a formu záznamu o ECT či jiných biologických metodách léčby.
2. Dokumentace pacienta obsahuje záznam o průběhu ECT či jiných biologických metodách léčby.
3. Dokumentace pacienta obsahuje jeho vyjádření k přínosu ECT či jiných biologických metod léčby (je-li ho nemocný schopen poskytnout) a záznam o souhlasu či nesouhlasu s následující aplikací.

---

<sup>76</sup> Tedy zda postačuje denní záznam či speciální formulář o průběhu.



## STANDARD Č. 5.12

**Pacienti, u nichž je plánován diagnostický či terapeutický výkon v anestézii (například ECT), mají provedeno předanestetické vyšetření a během celkové anestezie a po ní jsou sledovány základní životní funkce.**

### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice naplní tento standard vypracováním vnitřního předpisu upravujícího postup při vyšetření pacientů před výkony v anestézii. Tento předpis upravuje postup při elektivních výkonech i při urgentních stavech, přičemž rozsah předanestetického vyšetření musí minimálně odpovídat odbornému doporučení České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Předpis stanoví povinnost provést a dokumentovat předanestetické vyšetření (dle ASA, typu pacienta a urgentnosti celkového stavu) před zahájením celkové anestezie.

Tento předpis též stanoví rozsah a formu dokumentace vyšetření prováděného anesteziologem bezprostředně před uvedením pacienta do anestézie. U pacientů, u nichž se provádějí plánované výkony, se provedou a dokumentují dvě vyšetření anesteziologem – přitom vyšetření prováděné bezprostředně před uvedením pacienta do anestézie může mít např. podobu stručného zaškrťovacího formuláře či dokumentace prvního čtení monitoringu fyziologických funkcí před zahájením anestézie.

Tento předpis dále stanoví odborné kompetence, které musí splnit lékař odpovědný za závěr předanestetického vyšetření pacientů. Součástí předanestetického vyšetření je písemné plánování anesteziologické péče – stanovení typu anestézie, případné potřebné postanestetické péče atd.

K naplnění tohoto standardu upraví nemocnice vnitřním předpisem postup při podávání celkové anestézie. Tento předpis stanoví způsob monitorování základních životních funkcí (rozsah, frekvenci, délku) pacientů během anestézie a po ní. Předpis obsahuje minimální frekvenci a typ monitoringu – to neomezuje monitoring nad tento minimální rámec. Pokud je součástí postanestetické péče umístění pacienta na dospávacím pokoji či na obdobném pracovišti, obsahuje předpis popis postupu při propouštění z tohoto pracoviště; v případě, že pacienta mohou propouštět sestry, obsahuje předpis kritéria propuštění vycházející z měření fyziologických funkcí.

### Indikátory standardu:

1. Nemocnice má vnitřní předpis upravující postup při předanestetickém vyšetření pacientů, a to včetně jejího plánování a stanovení rozsahu vyšetření.
2. Plán anesteziologické péče je uveden ve zdravotnické dokumentaci.

Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné,  
reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0006213  
Projekt Systém certifikace programů a služeb



3. Tento předpis stanoví rozsah vyšetření pacienta anesteziologem bezprostředně před zahájením anestézie a způsob dokumentace tohoto vyšetření; praxe v nemocnici je v souladu s předpisem.
4. Předanestetické vyšetření provádějí výhradně lékaři s přidělenou kompetencí.
5. Vnitřní předpis stanoví minimální frekvenci a typ monitoringu pacientů během podávání anestézie a po ní a případně postup při propouštění pacientů z dospávacího pokoje či obdobného pracoviště.
6. Praxe v nemocnici probíhá v souladu s předpisem, včetně propuštění pacientů z dospávacího pokoje.





## STANDARD Č. 5.13

### Substituční léčba je prováděna bezpečně.

#### Účel a naplnění standardu:

Je-li součástí spektra poskytovaných služeb substituční léčba pacientů závislých na opiátech, je tato procedura poskytována s cílem potlačit či maximálně zmírnit syndrom z odnětí a zlepšit kvalitu života pacientů. Podávaná látka je stanovena vnitřním předpisem a její užívání je doprovázeno komplexní péčí, včetně psychologické a sociální.

Nemocnice, pokud takovou službu poskytuje na lůžkové či ambulantní úrovni, je registrována v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek a prokazatelně hlásí pacienty do téhož registru. Indikace a kontraindikace k podávání substituční léčby vychází z platných doporučení<sup>77</sup>.

#### Indikátory standardu:

1. Nemocnice má vnitřní předpis upravující provádění substituční léčby.
2. Vnitřní předpis obsahuje názvy léčivých látek, které se v nemocnici používají pro substituční terapii.
3. Léčba je vedena dle doporučených schémat lékařem s náležitou kompetencí.
4. Nemocnice je přihlášena v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek.
5. Nemocnice hlásí prokazatelně pacienty, u kterých substituční léčba probíhá, do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek.

---

<sup>77</sup> Problematiku podrobně upravuje zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a Standardu substituční léčby, věstník MZČR, částka 3, 30. 5. 2008 a novelizacích.



## VI. MANAGEMENT LÉČIV

V celém textu standardů je používán termín "léky" jak pro léky, tak léčiva a léčivé přípravky.



## STANDARD Č. 6.1

**Léky jsou správně a bezpečně skladovány, a to i v případě léků donesených pacienty či jejich blízkými. Manipulace s bezplatnými vzorky léků probíhají v souladu s legislativou a vnitřními předpisy nemocnice.**

### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice zajistí správné a bezpečné skladování léků ve všech skladovacích prostorách (lékárna, příruční sklady na pracovištích, příruční lékárny na jednotlivých pracovištích apod.). Nemocnice naplní podmínku bezpečného a správného skladování splněním následujících podmínek:

- a) léky jsou skladovány za podmínek předepsaných výrobcem;
- b) návykové látky<sup>78</sup> jsou skladovány za podmínek stanovených příslušnou legislativou;
- c) všechny léky a chemické látky, z nichž se léky připravují, jsou řádně označeny názvem, datem expirace a případným upozorněním na potenciální rizika;
- d) v prostorách, kde jsou skladovány léky, probíhají pravidelné kontroly zaměřené na dodržení skladovacích podmínek;
- e) nemocnice stanoví vnitřním předpisem, jak jsou označovány a skladovány léky vnesené pacienty.

V případě, že v organizaci probíhá příprava na návrat do domácího prostředí, která obsahuje i samostatné chystání a užívání léků pacienty, zajistí nemocnice vnitřním předpisem bezpečnou praxi, která je dodržována.

K účelné kontrole postupu užívání léků v nemocnici je třeba vědět, zda se užívají léky z jiných zdrojů, než je standardní způsob jejich dodávky na pracoviště. Ošetřující lékaři vědí, jaké léky si pacienti nebo jejich blízcí přinášejí s sebou do nemocnice a pokud jejich užívání schválí, zaznamenají je do dokumentace. Vnitřní předpis též stanoví postup při převzetí léků vnesených pacientem.

Nemocnice zajistí manipulaci s bezplatně dodávanými vzorky léků v souladu s platnou legislativou.<sup>79</sup>

<sup>78</sup> Platí i pro substituční léčbu, je-li poskytována v nemocnici. Blíže zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, a prováděcí předpisy (vyhláška č. 304/1998 Sb.).

<sup>79</sup> Blíže § 5 odst. 1 písm. b) zákona č. 40/1995 Sb. o regulaci reklamy; pokyn SÚKL UST 23 verze 3., poskytování reklamních vzorků humánních léčivých přípravků.



### Indikátory standardu:

1. Léky jsou skladovány za podmínek předepsaných výrobcem.
2. Návykové látky jsou skladovány v souladu s příslušnou legislativou<sup>80</sup>.
3. Léky a suroviny pro přípravu léků jsou označeny názvem, datem expirace a případným upozorněním na potencionální rizika.
4. Léky vnesené pacienty jsou označovány a skladovány v souladu s příslušným vnitřním předpisem.
5. Vnitřní předpis upravuje postupy při nácviku samostatného chystání a užívání medikace pacienty v rámci nácviku návratu do přirozeného prostředí.
6. Vnitřní předpis upravuje v souladu s legislativou vnitřním předpisem postup při užívání léků pacienty samotnými a evidenci a případné užívání léků, které s sebou do nemocnice přinášejí pacienti.
7. Vnitřní předpis upravuje v souladu s legislativou skladování a užívání bezplatných vzorků léků.

---

<sup>80</sup> Blíže § 10 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách.



## STANDARD Č. 6.2

### **Objednávání, předepisování a podávání léků probíhá v nemocnici dle stanovených postupů.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

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

Vnitřní předpis upraví 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, oslabení senioři, pacienti se smyslovými poruchami). Předpis rovněž stanoví postup při používání neregistrovaných léků, postup hlášení zaznamenaných závažných nežádoucích účinků léků, neočekávaných nežádoucích účinků léků a v případě potřeby i pokyny pro způsob podávání léků, který není uveden v SPC (Summary Product Content = souhrn údajů o přípravku), např. drcení a pülání tablet, které by bylo v rozporu s SPC.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice má vypracovaný vnitřní předpis upravující postupy při předepisování a podávání léků.
2. Součástí předpisu je postup při hlášení nežádoucích účinků léků.
3. Pouze osoby uvedené v předpisu ordinují pacientům léky.
4. Pouze osoby uvedené v předpisu podávají léky pacientům.
5. Tento předpis se dodržuje.



## STANDARD Č. 6.3

### Nemocnice stanoví minimální náležitosti úplné ordinace léku pro hospitalizované pacienty.

#### Účel a naplnění standardu:

Zatímco náležitosti ambulantní preskripce jsou přesně upraveny<sup>81</sup>, formální náležitosti ordinace léku pro hospitalizované pacienty (v dekurzu či medikačním listu) musí být specificky upraveny vnitřním předpisem nemocnice s cílem eliminovat variabilitu při ordinacích a zvýšit bezpečnost pacientů. Vnitřní předpis upravuje minimálně následující oblasti:

- a) minimální rozsah údajů nutných k identifikaci pacientů;
- b) minimální náležitosti ordinace;
- c) postup při provádění generické záměny léků ordinovaných na lůžkovém pracovišti;
- d) postup při podmíněné ordinaci léků ("podle potřeby");
- e) postup zajišťující bezpečnost při objednávání a skladování léků s podobnými názvy či podobným obalem;
- f) postup v případě, že je ordinace neúplná, nečitelná či nejasná;
- g) další typy povolených ordinací (např. ordinace s terapeutickým rozptylem);
- h) postup při ústních či telefonních ordinacích (Blíže Resortní bezpečnostní cíl č. 6);
- i) ordinace, které se vždy vztahují k váze pacienta či k tělesnému povrchu (například ordinace léků pro malé děti).

#### Indikátory standardu:

1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem alespoň oblasti uvedené pod písmeny a) - i) v účelu tohoto standardu.
2. Ordinace léků se v nemocnici provádějí v souladu s vnitřním předpisem.

---

<sup>81</sup> Blíže vyhláška MZ č. 54/2008 Sb. v platném znění, o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů.



## STANDARD Č. 6.4

### Léky se pacientům podávají podle ordinace.

#### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice zajistí, aby při podávání léků proběhly následující postupy:

- a) ověření názvu léku s ordinací;
- b) ověření času a frekvence podání s ordinací;
- c) ověření dávky s ordinací;
- d) ověření aplikační cesty s ordinací;
- e) ověření identifikace pacienta (Blíže Bezpečnostní cíl č. 1).

Konkrétní postup ověřování stanoví vnitřní předpis. Ordinací se myslí vždy původní ordinace lékaře. Vnitřní předpis rovněž obsahuje postup při odmítnutí léků pacienty<sup>82</sup>.

#### Indikátory standardu:

1. Při podávání léků se ověřují jejich názvy s ordinací.
2. Při podávání léků se ověřuje podávaná dávka s ordinací.
3. Při podávání léků se ověřuje aplikační cesta s ordinací.
4. Léky se podávají v předepsaných časech.
5. Léky se podávají v souladu s ordinací a podání se dokumentuje<sup>83</sup>.
6. Vnitřní předpis stanoví postupy při odmítání léků pacienty.

---

<sup>82</sup> Například rozsah záznamu, informování lékaře, nabídka alternativní formy a podobně.

<sup>83</sup> Blíže § 1 odst. 2. písm. e) vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.



## STANDARD Č. 6.5

### **Pacienti jsou zahrnuti do procesu hodnocení efektu léků.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Nemocnice vnitřním předpisem stanoví rozsah hodnocení odpovědi na léčbu, a to v oblasti snášenlivosti, efektu a případných nežádoucích účinků. Hodnocení je realizováno přímo s pacienty, přičemž nutné úpravy jsou bezprostředně realizovány. Pacient má k hodnocení efektu léčby dostupné srozumitelné informace. Nežádoucí činky léčiv jsou hlášeny v souladu s platnou legislativou.

V případě, že zdravotní stav pacienta neumožňuje participaci, je proces řešen v rámci multidisciplinárního týmu a pacient je informován o postupu v okamžiku, kdy je schopen mu porozumět.

#### **Indikátory standardu:**

1. Dokumentace pacienta obsahuje záznam o vyhodnocení odpovědi na podávané léky, na kterém se podílí pacient na základě poskytnutých, srozumitelných informací.
2. Dokumentuje se odpověď na léky podané na vyžádání pacienta<sup>84</sup>.
3. Nemocnice má stanoven postup v případě, že pacient není schopen se na základě zdravotních důvodů účastnit na procesu.
4. Rozsah záznamu odpovídá účelu standardu.

---

<sup>84</sup> Například léky na bolest, tenzi, nespavost a další.





## VII. BEZPEČÍ PROSTŘEDÍ, PREVENCE RIZIK



## STANDARD Č. 7.1

**Bezpečí prostředí se v nemocnici plánuje a řídí a nemocnice je uspořádána ve shodě s národní legislativou.**

### Účel a naplnění standardu:

V nemocnici jsou stanoveny osoby odpovědné za řízení jejího prostředí<sup>85</sup>. Tyto osoby jsou identifikovány v organizační struktuře nemocnice a jsou jim přiděleny adekvátní pravomoci a odpovědnosti. Jednotlivým oblastem řízení prostředí jsou přiděleny potřebné finanční, personální a další zdroje nutné k jejich zajištění.

Některé aspekty fungování nemocnice jsou často zajištěny externími dodavateli. Odpovědnost za bezpečné a funkční prostředí v nemocnici však zůstává na jejím vedení. Proto i u činností, které jsou zajištěny smluvně, je nutné zajistit adekvátní kvalitu. Toho lze dosáhnout pouze nějakou formou kontroly či dohledu nad smluvním dodavatelem. Tuto kontrolu si může nemocnice zajistit vlastními silami nebo požadovat certifikát o externí kontrole. Reálné řešení se bude lišit dle charakteru dodávaných služeb, vztahu s dodavatelem a podobně.

K naplnění tohoto standardu nemocnice musí mít platné příslušné podklady k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Předmětem šetření jsou též výsledky proběhlých kontrol orgánů státní kontroly. Pokud některý z provozů nevyhovuje stavebním či hygienickým předpisům, předloží nemocnice seznam těchto nedostatků i s plánem nápravy. Přitom nelze akceptovat nedostatky, které bezprostředně ohrožují pacienty, pracovníky nemocnice či jiné osoby, nebo brání provozu nemocnice. V těchto případech nemocnice zavádí taková náhradní opatření, která zajistí bezpečný provoz až do doby, kdy jsou uvedené nedostatky odstraněny.

### Indikátory standardu:

1. Jsou stanoveny osoby odpovědné za jednotlivé aspekty řízení provozu nemocnice, tyto osoby jsou identifikovány v organizační struktuře nemocnice a jsou jim přiděleny adekvátní pravomoci a odpovědnosti a přiděleny potřebné finanční, personální a další zdroje.
2. Pokud jsou některé činnosti související s bezpečím provozu nemocnice zajišťovány smluvními dodavateli, jsou tyto služby předmětem dohledu či kontroly ze strany nemocnice.
3. Nemocnice má aktuální doklady nutné k registraci, eviduje výsledky proběhlých kontrol orgánů státní kontroly a plánuje odstranění případných zjištěných nedostatků.

---

<sup>85</sup> Například vedoucí pracovník v oblasti technické a hospodářské nebo jiná odpovídající funkce.



4. Pokud některé z pracovišť nevyhovuje platné legislativě, stavebním či hygienickým předpisům, nemocnice plánuje jejich odstranění a zavádí náhradní opatření, která zajistí bezpečný provoz do doby zavedení definitivního řešení.
5. Nedostatky vyplývající z šetření jsou zapracovány do plánu oprav či investic a jsou i součástí strategického managementu nemocnice.
6. Přehodnocování bezpečí prostředí a stavu budov probíhá minimálně 1x za 12 měsíců.



## STANDARD Č. 7.2

### Nemocnice zajistí ochranu před požárem či zakouřením pro pacienty, návštěvy a pracovníky.

#### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice splňuje veškeré předpisy a normy v oblasti požáru či zakouření, které vycházejí z národní legislativy.<sup>86</sup> Jedním z důležitých předpisů je zákaz kouření ve všech prostorách nemocnice s příslušnými výjimkami.<sup>87</sup> V případě závislosti nemocných na nikotinu nemocnice zajistí buď přístup do adekvátních prostor s přiměřeným dohledem, případně nabízí nikotinovou substituci. Je-li na oddělení přítomna tzv. kuřárna, je zajištěna náležitá ochrana nekuřáků.

K zabezpečení nemocnice proti požáru či zakouření je nutné přistupovat prostřednictvím řízení rizik, jehož součástí je:

- a) analýza rizika z hlediska požáru či zakouření, kdy se berou v úvahu takové aspekty, jako je množství skladovaných hořlavin, rizikovost činností, které se v daných prostorách provádí (například práce s elektřinou či otevřeným ohněm apod.) a další;
- b) analýza rizika před stavbou či rekonstrukcí či jinými činnostmi dočasně zvyšujícími riziko požáru či zakouření;
- c) zavedení takových preventivních opatření, která požární riziko snižují či zmírňují jeho dopady (plechové skříně na hořlaviny, častější kontroly, instalace detekčních systémů, zvýšení dostupnosti prostředků pro zdolávání požáru, školení pracovníků a podobně);
- d) seznámení pracovníků a včetně externích dodavatelů s riziky na jejich pracovišti a se zavedenými preventivními opatřeními.

Důležitými komponentami protipožárních opatření je detekce požáru či zakouření a jeho zdolávání. Existuje mnoho variant, jak toto zajistit. Tam, kde nejsou instalována

---

<sup>86</sup> Blíže zákon č. 133/1985 Sb., o požární ochraně; vyhláška ministerstva vnitra č. 21/1996 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona České národní rady o požární ochraně; vyhláška ministerstva vnitra č. 23/2008 Sb., o technických podmínkách požární ochrany staveb; vyhláška č. 202/1999 Sb., kterou se stanoví technické podmínky požárních dveří, kouřotěsných dveří a kouřotěsných požárních dveří; Nařízení vlády č. 11/2002 Sb. kterým se stanoví vzhled a umístění bezpečnostních značek a zavedení signálů.

<sup>87</sup> Blíže § 8 odst. 1 písm. e) zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.



technologická řešení<sup>88</sup> a za detekci i případné hašení odpovídají pracovníci, je nutné o to důsledněji personál školit a prověřovat jeho znalosti.

Zásadním prvkem protipožárního zabezpečení je rychlé a snadné opuštění ohrožených prostor, evakuace. K zajištění evakuace je nutné:

- e) plánovat evakuaci s ohledem na charakter prostor (umístění v budově, přítomnost evakuačních výtahů), počet personálu a pacientů, jejich zdravotní stav, schopnost samostatné evakuace, nutnost dozoru nad místem shromažďování evakuovaných a další specifika);
- f) určit a označit únikové cesty, zajistit volné únikové východy a adekvátní shromaždiště;
- g) zajistit spolupráci s hasičským záchranným sborem;
- h) pravidelně prověřovat či nacvičovat<sup>89</sup> plán evakuace na všech pracovištích, a to minimálně tak, aby na každém pracovišti proběhl takový nácvik či prověření minimálně jednou za dva roky.

Všichni pracovníci musí znát své povinnosti jak v prevenci, tak ve zdolávání požárních situací a evakuaci. K tomuto účelu musí být školen přiměřeně své roli v programu prevence a zakouření a jeho znalosti a dovednosti musí být pravidelně prověřovány.

Kromě prověřování znalostí pracovníků a nacvičování evakuace je dále nutné pravidelně kontrolovat všechny ostatní komponenty programu prevence požáru a zakouření, a to zejména:

- i) dodržování nastavených preventivních opatření (integrita požárních přepážek a dveří, požární klapky, přítomnost hořlavého materiálu apod.);
- j) přítomnost a funkčnost všech používaných zařízení pro detekci a zdolávání požáru či zakouření (detektory, sprinklery, hasicí přístroje, hydranty apod.);
- k) přítomnost příslušného značení, volnost únikových cest, funkčnost únikových východů.

---

<sup>88</sup> Příkladem detektory či sprinklery.

<sup>89</sup> Nacvičováním evakuačního plánu se rozumí simulace skutečné situace, kdy se realizuje celý evakuační plán včetně evakuace pacientů, personálu, nebezpečného materiálu atd. včetně například zapojení hasičského sboru. Prověřováním evakuačního plánu se rozumí provedení takových činností, které nenaruší normální provoz pracovišť (nejsou například evakuováni pacienti, ale figuranti). Při prověřování jsou například zkoušena všechna zařízení k evakuaci (evakuační výtahy, požární dveře atd.), měří se čas evakuace jednoho lůžka a následně přepočítává čas nutný k evakuaci při současném počtu pacientů a personálu, prověřují se znalosti personálu a podobně. Prověřování evakuačního plánu je svou kvalitou na nižší úrovni než nácvik, ale lze jej provést bez zásadního ovlivnění normálního provozu. Proto se doporučuje volit tento postup právě tam, kde by nácvik mohl narušit kvalitu poskytované péče a bezpečí.



Nemocnice zajistí uvedené požadavky v celé své struktuře, tedy včetně uzavřených oddělení, oddělení pro děti, oslavené a starší pacienty a podobně.

### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice dodržuje veškerou platnou legislativu v oblasti prevence požáru či zakouření včetně zákazu kouření a poskytuje adekvátní ochranu nekuřákům.
2. Nemocnice řídí riziko požáru či zakouření minimálně v rozsahu písmen a) - d) účelu standardu.
3. Nemocnice zavede účinný systém detekce a zdolávání požáru či zakouření.
4. Nemocnice zavede účinný systém evakuace v případě požáru či zakouření minimálně v oblastech uvedených v písmenech e) - h) účelu standardu.
5. Nemocnice školí všechny pracovníky v jejich roli v programu prevence a zakouření při nástupu a dále v pravidelných intervalech. Znalosti a dovednosti personálu jsou pravidelně prověřovány.
6. Všechny komponenty prevence požáru či zakouření jsou pravidelně prověřovány minimálně v rozsahu písmen i) - k) účelu standardu.



## STANDARD Č. 7.3

### Nemocnice zajistí bezpečí a bezpečnost prostředí a osob.

#### Účel a naplnění standardu:

Bezpečné prostředí je takový stav prostor, budov, pozemků a zařízení, který nepředstavuje riziko poškození pro osoby, které se zde pohybují, tedy personál, pacienty a návštěvy nemocnice. Bezpečnost je ochrana pracovníků, pacientů a dalších osob a jejich majetku proti útoku, krádeži či poškození.

Nemocnice musí v první řadě tyto dva aspekty prostředí plánovat, školit k tomuto účelu personál v jeho povinnostech a dále nastavit plán kontrol a prověrek za účelem udržení trvalého bezpečí a bezpečnosti fyzického prostředí.

Nemocnice zajistí identifikaci všech osob, se kterými je v pracovněprávním či jiném smluvním vztahu a které vstupují do kontaktu s pacienty či se pohybují v prostorách, kde se pacientům poskytuje přímá či nepřímá péče. Mezi tyto osoby patří minimálně následující skupiny:

- a) pracovníci v pracovněprávním či obdobném vztahu s nemocnicí;
- b) zaměstnanci smluvních dodavatelů;
- c) osoby připravující se v nemocnici na výkon zdravotnického povolání;
- d) dobrovolníci;
- e) další osoby, které poskytují péči pacientům nebo se jinak podílejí na provozu nemocnice.

#### Indikátory standardu:

1. Nemocnice plánuje a řídí zajištění bezpečí a bezpečnosti prostředí a osob.
2. Zajištění bezpečí a bezpečnosti prostředí se plánuje a řídí též v případě staveb, rekonstrukcí či jiných situací, které mohou bezpečí a bezpečnost přechodně narušit.
3. Prostor je předmětem pravidelných kontrol z hlediska bezpečí a bezpečnosti (v návaznosti na standard 7.1).
4. Všechna identifikovaná rizika v oblasti bezpečí a bezpečnosti jsou odstraňována. V případě rizik, jejichž odstranění vyžaduje delší dobu, větší investici a podobně, je jejich odstranění plánováno a v mezidobí jsou přijímána adekvátní náhradní opatření (Blíže též standard č 7.1).
5. Všechny osoby, minimálně v rozsahu písmen a) - e) účelu standardu, jsou v nemocnici identifikovány.
6. Pracovníci nemocnice včetně externích dodavatelů, znají a dodržují své povinnosti v zajištění bezpečí a bezpečnosti fyzického prostředí a osob.



## STANDARD Č. 7.4

### **Prostředí nemocnice je přívětivé, pohodlné a dostatečně podnětné<sup>90</sup>.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Prostředí, kde se pacienti pohybují, podstatnou měrou přispívá k tomu, jaký výsledek bude mít poskytovaná péče. Nemocnice by měla plánovat, vyhodnocovat a upravovat prostředí tak, aby mohla podpořit pacienty ve volnočasových aktivitách, a aby co nejvíce pohodlné a přívětivé.

Uspořádání oddělení by mělo být realizováno takovým způsobem, aby umožňovalo co největší možnost interakce pacientů a personálu, a aby obsahovalo dostatek podnětů<sup>91</sup>.

Je nutné však rovněž zajišťovat dostatečnou míru bezpečí takového prostředí, a to na základě individuálně stanovených rizik konkrétních pacientů. Blíže standard 7.3. Rovněž je nutný soulad s technickými, hygienickými a jinými normami, například protipožární ochranou. Například na nábytek je potřeba pohlížet optikou všech standardů – židle, musí splnit požadavek na pohodlnost, atraktivitu, zároveň musí být vyrobená a designovaná tak, aby byla dostatečně bezpečná (hmotnost, speciální materiál) a omyvatelná.

Nemocnice naplní standard vytvořením postupu, který upravuje způsob vstupního hodnocení prostředí a přehodnocování, a to včetně stanovení zodpovědnosti (například matici zodpovědnosti, dle standardu 7.5 či v provozním řádu). S výsledky pak nemocnice aktivně pracuje a používá je pro plánování v odstraňování nedostatků. Současně má nemocnice stanovený proces zjišťování názoru pacientů, jejich potřeb v této oblasti a s výsledky dále pracuje<sup>92</sup>.

---

<sup>90</sup> Tím je míněno prostředí, kde pacienti nebudou trpět jak podnětovou, tak činnostní deprivací. Podle konkrétního spektra pacientů nemocnice vyhodnocuje potřebu zajištění adekvátního vybavení (nábytku, knih, her, výtvarných potřeb, televize, hudby a podobně). Součástí podnětného prostředí je i dostatek informačních materiálů, útulnost prostředí.

<sup>91</sup> Například přístupný a centrálně umístěný pracovní pult a podobně. Nemocnice dále zajišťuje dostatek podnětů pro pacienty ve formě knih, televize, stolních her a dalších, aby trávení volného času mohlo přispívat ke spokojenosti pacientů.

<sup>92</sup> Součástí řízení a plánování prostředí je i hodnocení jeho přívětivosti, čistoty, míry opotřebení, množství rostlin, dekorací a další. Nedílnou součástí je i návaznost na plán oprav a investic, kde je dohledatelné termínování nápravných patření (výměna poškozeného nábytku a podobně).





### Indikátory standardu:

1. Nemocnice má zmapován výchozí stav vybavení prostor a v praxi zavedený<sup>93</sup> postup týkající se hodnocení, přehodnocování, plánování a zajišťování vhodného vybavení a designu prostředí, včetně přidělení zodpovědnosti kompetentním pracovníkům.
2. Nemocnice aktivně zjišťuje od pacientů jejich názor na prostředí a informace prokazatelně používá ke zlepšení, případně úpravy prokazatelně plánuje.
3. Oslovení pacienti potvrzují, že vědí o možnosti hodnotit prostředí a podávat k němu připomínky a podněty.

---

<sup>93</sup> To může být naplněno buď samostatným vnitřním předpisem, nebo například součástí plánu oprav a investic. Důležité je, aby postup pracoval s analýzou dat (od zaměstnanců i pacient), a zjištěné výsledky prokazatelně využíval k řízení.



## STANDARD Č. 7.5

### **Nemocnice plánuje, řídí a přehodnocuje bezpečí prostředí v rámci prevence násilného a sebevražedného jednání, a to v souladu s lidskými právy pacientů.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Nemocnice naplní standard tak, že v organizační struktuře identifikuje osoby, které jsou odpovědné za hodnocení, řízení a plánování prostředí za účelem prevence násilného a sebevražedného jednání<sup>94</sup>. Účelem standardu není v žádném případě podpora plošných restrikcí. Naopak, řízení bezpečí prostředí musí jít ruku v ruce s analýzou klinických rizik. Pacienti, kteří jsou vyhodnoceni jako riziková, mají mít zajištěnou vyšší míru bezpečí. Po odeznění rizika je omezení například dostupnosti některých předmětů nutno ukončit.

V rámci zvýšení bezpečí všech osob nemocnice rovněž vede seznam nepovolených předmětů, který vychází z prokazatelné analýzy rizik vázané k danému pracovišti a cílové skupině pacientů. Personál musí mít funkční systém časného a efektivního přivolání pomoci v případě potřeby.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice stanoví osoby odpovědné za řízení, vyhodnocování a plánování bezpečí prostředí v oblasti prevence sebevražedného a násilného jednání.
2. Nemocnice stanoví seznam nepovolených předmětů a vybavení s ohledem na analýzu rizik specifických pro dané oddělení<sup>95</sup>.
3. Nemocnice zajišťuje bezpečí personálu dostupným, funkčním a kontrolovaným systémem rychlého přivolání pomoci, který pravidelně cvičně aktivuje.

---

<sup>94</sup> Jako příklad lze uvést například zajištění oken proti rozbití, dlaždic proti vylomení a možnosti použít jako řezný nástroj, kliky, které unesou vyšší hmotnost a jsou tedy rizikové ve smyslu oběšení a podobně.

<sup>95</sup> Seznamy vypracovávají oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti, u nichž byla na základě individuálního posouzení identifikována specifická rizika, například sebepoškození, rizika násilného či sebevražedného chování a podobně. Oddělení, kde takoví pacienti nejsou, seznamy nepovolených předmětů mít nemusí, až na specifické obecné výjimky, například zákaz střelných zbraní (zde platí nutnost průkazného a viditelného označení zákazu).



## STANDARD Č. 7.6

### Nemocnice zajistí bezpečné nakládání s chemickými látkami a odpadem.

#### Účel a naplnění standardu:

Oblast manipulace s chemickými látkami a nakládání s odpadem je regulována národní i evropskou legislativou.<sup>96</sup> Její dodržování je pro naplnění tohoto standardu zásadní.

Nemocnice upraví nakládání s chemickými látkami a odpadem vnitřním předpisem (vnitřními předpisy), jehož předmětem musí být alespoň:

- a) typy chemických látek a druhy odpadů, které se v nemocnici vyskytují;
- b) zásady shromažďování (u odpadu), skladování, označování, manipulace s chemickými látkami a odpadem;
- c) používání osobních ochranných pracovních prostředků;
- d) likvidace chemických látek a odpadu;
- e) postup při nehodách a haváriích;
- f) rozsah školení personálu v nakládání s chemickými látkami a odpadem.

#### Indikátory standardu:

1. Nemocnice dodržuje platnou legislativu v oblasti nakládání s chemickými látkami a odpadem.
2. Nemocnice upraví nakládání s chemickými látkami a odpadem vnitřním předpisem (vnitřními předpisy), který obsahuje alespoň oblasti uvedené v písmenech a) - f) účelu standardu.
3. S chemickými látkami a odpadem se v nemocnici nakládá dle vnitřního předpisu, pracovníci znají své povinnosti a dodržují je.

---

<sup>96</sup> Blíže zákon č. 350/2011 Sb., chemický zákon ve znění pozdějších předpisů; zákon č. 541/2020 Sb., o odpadech; vyhláška č. 273/2021 o podrobnostech nakládání s odpady; zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech a další související právní předpisy, ve znění pozdějších předpisů; zákon č. 263/2016 Sb., atomový zákon.



## STANDARD Č. 7.7

### Nemocnice zajistí trvalé zásobování elektřinou, pitnou vodou a medicínami a plyny.

#### Účel a naplnění standardu:

Zajištění elektrickou energií, pitnou vodou a medicínami a plyny je nezbytné pro nerušený provoz nemocnice. Z toho důvodu je nutné plánovat zásobování těmito komoditami, a to jak v normálním režimu, tak v režimu výpadku jejich obvyklého zásobování.

U elektřiny musí nemocnice disponovat náhradním zdrojem (např. naftový agregát) a případně UPS zařízením tam, kde je nutné zajistit nepřetržité napájení elektrickou energií. Kapacita tohoto zdroje musí odpovídat potřebě zařízení, která jsou na tyto náhradní zdroje napojena (obvykle přístroje zajišťující podporu životních funkcí pacientů, evakuační výtahy, důležité informační technologie apod.).

U medicínami a plynů musí vedení nemocnice určit minimální zásobu (ať už hlavním, obvykle centrálním zdrojem, nebo náhradními způsoby), pod kterou by stav neměl nikdy klesnout, a pokud k tomu dojde, jaký je postup při zajištění péče o pacienty (překlad pacientů, omezení některých provozů apod.).

Stejně principy platí i pro zásobování pitnou vodou.

V případě přerušení normální dodávky musí náhradní zdroje zajistit provoz nemocnice do té doby, než bude zajištěna péče o pacienty jiným způsobem či na jiném místě (překlad, odklon akutních pacientů, omezení některých provozů).

Dalším důležitým principem je trvalá připravenost, tedy pravidelný nácvik situací, kdy dojde k přerušení či zastavení dodávky jednou z uvedených komodit.

#### Indikátory standardu:

1. Nemocnice zajistí přiměřený náhradní zdroj elektřiny pro zajištění nepřetržitého provozu důležitých přístrojů a zařízení.
2. Nemocnice zajistí přiměřený náhradní způsob zásobování pitnou vodou a medicínami a plyny.
3. Náhradní zdroje a způsoby zásobování jsou pravidelně prověřovány a testovány z hlediska dostupnosti a funkčnosti.
4. Nemocnice plánuje opatření v případě hrozby vyčerpání náhradních zdrojů nebo selhání náhradních způsobů zásobování.



## STANDARD Č. 7.8

### **Nemocnice zajistí bezpečný a spolehlivý provoz zdravotnických přístrojů, zdrojů ionizujícího a neionizujícího záření a měřidel.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Provoz zdravotnických přístrojů, zdrojů ionizujícího i neionizujícího záření a měřidel podléhá legislativě. Jedním z požadavků standardu je tedy dodržování legislativy v této oblasti<sup>97</sup>.

Nemocnice standard naplní, pokud prokáže, že eviduje všechny přístroje, zdroje ionizujícího a neionizujícího záření a měřidla, která jsou zde používána, a to včetně přístrojů darovaných, zapůjčených, ve zkušebním provozu a podobně. Dále u všech přístrojů, zdrojů ionizujícího a neionizujícího záření a měřidel jsou s ohledem na platnou legislativu a požadavky výrobce konkrétního přístroje plánovány, prováděny a dokumentovány pravidelné revize, kalibrace, ověření, validace, bezpečnostně technické kontroly či další příslušné úkony k zajištění jejich spolehlivého a bezpečného provozu a platí, že pracovníci, kteří s přístroji pracují či se podílejí na jejich údržbě, jsou k tomuto účelu adekvátně školeni.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice dodržuje platnou legislativu v oblasti provozu zdravotnických přístrojů, zdrojů ionizujícího a neionizujícího záření a měřidel.
2. Nemocnice eviduje všechny zdravotnické přístroje, zdroje ionizujícího a neionizujícího záření a měřidla, která se v nemocnici používají a plánuje u nich revize, kalibrace, bezpečnostně technické kontroly či další příslušné úkony s ohledem na platnou legislativu a požadavky výrobce.
3. Všechny zdravotnické přístroje, zdroje ionizujícího a neionizujícího záření a měřidla, která se v nemocnici používají, mají platné doklady o revizích, kalibracích, ověřeních, validacích, bezpečnostně technických kontrolách či dalších preventivních úkonech s ohledem na platnou legislativu a požadavky výrobce.

---

<sup>97</sup> Blíže zákon č. 263/2016 Sb., atomový zákon; vyhláška státního úřadu pro jadernou bezpečnost č. 422/2016 Sb., o radiační ochraně a zabezpečení radionuklidového zdroje; zákon č. 505/1990 Sb., o metrologii, ve znění zákona č. 119/2000 Sb.; vyhláška ministerstva průmyslu a obchodu č. 345/2002 Sb., kterou se stanoví měřidla k povinnému ověřování a měřidla podléhající schválení typu; zákon č. 89/2021 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů



4. Pracovníci, kteří s přístroji pracují či se podílejí na jejich údržbě, jsou k tomuto účelu adekvátně školeni, o tomto školení existují záznamy a pracovníci své povinnosti znají a umějí je popsat.



## STANDARD Č. 7.9

**Nemocnice plánuje a prověřuje reakci na pravděpodobné vnější či vnitřní krizové situace<sup>98</sup>.**

### Účel a naplnění standardu:

Existuje poměrně rozsáhlá škála krizových situací, které mohou nastat a na které musí být nemocnice připravena.<sup>99</sup> Každé zařízení je však jedinečné z hlediska své velikosti, geografické polohy, spektra pacientů a poskytovaných služeb a dalších aspektů. Z toho důvodu nelze paušálně stanovit pravděpodobné krizové situace (kromě těch, upravených standardy v této kapitole), které by byly shodně aktuální pro všechny nemocnice. Je proto vždy nutné, aby vedoucí pracovníci každé nemocnice analyzovali rizika možných krizových situací, ty následně seřadili dle jejich priority a vypracovali plán reakce na ty, jejichž pravděpodobnost či závažnost je nejvyšší.

Z hlediska psychiatrické péče se jedná minimálně o oblast lidských práv, útěků pacientů, zranění pacientů či personálu, sebevražedné a násilné jednání.

Nemocnice standard naplní, pokud její pracovníci provedou analýzu možných krizových situací, přiřadí každé určitou prioritu, na krizové situace s nejvyšší prioritou vypracují plány reakce a tyto plány (kde je to možné) pravidelně prověřují.

Plán reakce na krizovou situaci musí obsahovat minimálně:

- a) popis události a role, jakou v ní nemocnice zastává;
- b) způsob spuštění reakce na krizovou situaci včetně použitých komunikačních kanálů;
- c) popis odpovědnosti a úkolů všech osob zúčastněných na řešení krizové situace;
- d) případné zdroje nutné k zajištění adekvátní reakce a způsob jejich zajištění;
- e) vliv krizové situace na normální fungování nemocnice a zajištění náhradních opatření, pokud jsou nutná.

### Indikátory standardu:

1. Nemocnice identifikuje zásadní vnitřní a vnější krizové situace.
2. Nemocnice plánuje odpověď na identifikované zásadní krizové situace minimálně v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu.

<sup>98</sup> Blíže § 47 odst. 1 písm. e) zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

<sup>99</sup> Příklady vnějších krizových situací jsou povodně či jiné přírodní katastrofy, hromadná neštěstí, ve kterých nemocnice hraje roli jako příjemce velkého počtu raněných, epidemie nebo teroristický útok. Mezi vnitřní krizové situace patří například selhání informačního systému, únos dítěte či ekologická havárie uvnitř zařízení.



3. Nemocnice prověřuje reakce na identifikované zásadní krizové situace minimálně jednou za dva roky.





## **STANDARD Č. 7.10**

### **Nemocnice zajišťuje všem pacientům bezbariérové a přístupné prostředí.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Nemocnice zajistí naplnění standardu tak, že identifikuje osoby zodpovědné za zajišťování bezbariérového a přístupného prostředí všem osobám, a to včetně vnitřních prostor, WC, koupelen a podobně. Případné nedostatky jsou dokumentovány odpovědnými osobami a minimálně 1x za 12 měsíců přehodnocovány. Jsou podnikány aktivní kroky v rámci zajištění nápravy nedostatků.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice identifikuje osoby zodpovědné za naplňování standardu.
2. Nemocnice vyhodnocuje a minimálně 1x za 12 měsíců přehodnocuje prostředí stran bezbariérovosti ve všech prostorech přístupným pacientům.
3. Případné nedostatky v oblasti bezbariérovosti jsou dokumentovány a nemocnice plánuje jejich odstranění.



## VIII. RESORTNÍ BEZPEČNOSTNÍ CÍLE

Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné,  
reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0006213  
Projekt Systém certifikace programů a služeb



## STANDARD Č. 8.1

### Resortní bezpečnostní cíl 1: Bezpečná identifikace pacientů.

#### Naplnění a indikátory:

1. Nemocnice vypracuje vnitřní předpis konkrétně upravující správný postup při identifikaci všech pacientů, tedy i dětí, pacientů nespolupracujících, omezených v komunikaci, s kognitivními poruchami, nekomunikujícími a dalšími skupinami. Tento předpis popisuje závazné postupy pracovníků nemocnice při péči o všechny pacienty a upravuje postupy pro neobvyklé situace.
2. Vnitřní předpis vyžaduje minimálně dva nástroje k identifikaci pacienta (např. jméno a datum narození). K těmto nástrojům však nepatří použití označení pokoje pacienta či popis jeho umístění v nemocnici.
3. Identifikace pacienta se provádí vždy před podáním léků, krevních derivátů a transfuzních přípravků, před odebíráním vzorků k laboratorním vyšetřením apod.
4. Identifikace pacientů se provádí vždy před diagnostickými a terapeutickými výkony.



## STANDARD Č. 8.2

### Resortní bezpečnostní cíl 2: Bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv.

#### Naplnění a indikátory:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem spektrum léků s vyšší mírou rizika, v rámci psychiatrických služeb i různých forem a dávek léků s rizikem záměny na základě podobnosti názvu, například léky injekční klasické a dlouhodobě působící. K těmto lékům patří vždy: (i) injekční roztoky chloridu draselného (KCl) o koncentraci 7,45 % a vyšší, (ii) inzulíny, (iii) neředěné hepariny.
2. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem postupy upravující postupy při objednávání, skladování a podávání léků s vyšší mírou rizika.
3. Léky s vyšší mírou rizika nejsou umístěny na pracovištích nemocnice, pokud to není z klinického hlediska nutné. Tam, kde nemocnice jejich umístění připouští, jsou zavedeny postupy zabraňující nesprávnému podání.



## STANDARD Č. 8.3

### Resortní bezpečnostní cíl 3: Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech.

#### Naplnění a indikátory:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem jednotný postup<sup>100</sup> zajišťující provádění správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci; spektrum výkonů se řídí poskytovanými službami – například správné umístění elektrod při ECT a podobně (bilaterálně, bifrontálně, unilaterálně).
2. Nemocnice používá standardizovaný postup označování místa výkonu a zajistí účast pacienta při označování místa výkonu, a to ve všech případech, kdy tomu nebrání klinický stav pacienta.
3. Nemocnice zavede postup k verifikaci dostupnosti a funkčnosti dokumentace a vybavení nutného k provedení výkonu.

---

<sup>100</sup> Dokumentování realizace správných postupů identifikace např. formou vyplnění kontrolního listu před výkonem není pro naplnění standardu povinné, ale s ohledem na potenciální riziko, např. u aplikací ECT, rTMS a podobně je vhodné a doporučované.



## STANDARD Č. 8.4

### Resortní bezpečnostní cíl 4: Prevence pádů pacientů.

#### Naplnění a indikátory:

1. Nemocnice zavede vnitřním předpisem postup vstupního hodnocení rizika pádu u pacientů a opakovaného hodnocení u pacientů, u nichž došlo ke změně zdravotního stavu, ke změně spektra užívaných léků apod., a to zejména u psychiatrické medikace, která má dokumentovaný efekt ve formě hypotenze, útlumu a podobně.
2. Nemocnice zavede opatření ke snížení rizika pádů u pacientů vyhodnocených jako riziková včetně řádného postupu předávání informací o riziku.
3. Nemocnice má stanoven jednotný postup pro prevenci a řešení pádů a zranění u pacienta.
4. Nemocnice sledované výsledky analyzuje a pravidelně vyhodnocuje. V případě potřeby stanovuje nápravná a preventivní opatření.



## STANDARD Č. 8.5

### Resortní bezpečnostní cíl 5: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.

#### Naplnění a indikátory:

1. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem a uvede do provozních řádů, které jsou schvalovány orgánem ochrany veřejného zdraví v souladu s platnou legislativou, postup mytí rukou, používání bariérových technik a dezinfekční prostředků, které jsou základem prevence a kontroly infekcí. Nemocnice zajistí, že mýdla, dezinfekční prostředky a ručníky či jiné prostředky na osušení jsou umístěny v těch oblastech, kde se vyžaduje mytí rukou a dezinfekční postupy.
2. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem a uvede do provozních řádů, které jsou schvalovány orgánem ochrany veřejného zdraví v souladu s platnou legislativou, situace, ve kterých je vyžadována ochrana dýchacích cest, ochrana očí, ochranný oděv a rukavice. Nemocnice zajistí dostupnost těchto ochranných pomůcek.
3. Nemocnice provádí pravidelná školení (vycházející z odborných doporučení mezinárodních organizací – WHO, ECDC, CDC) všech pracovníků v metodách prevence a kontroly infekcí. Školení odpovídají jejich pracovní činnosti (tj. vstupní, periodická a cílená školení), zvláštní důraz je kladen na pravidelná školení pracovníků aktivně působících v oblasti prevence a kontroly infekcí (pracovníci týmu pro kontrolu infekcí, kontaktní sestry a lékaři klinických oddělení).
4. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem zaměření programu prevence a kontroly infekcí na základě zohlednění rizika a způsobem odpovídajícím klinickému spektru ošetřovaných pacientů, oborovému zaměření nemocnice a používaným diagnostickým a léčebným technologiím.
5. Postup prevence a kontroly infekcí je v nemocnici komplexním způsobem začleněn do celkového programu zvyšování kvality a bezpečnosti pacientů<sup>101</sup>.

---

<sup>101</sup> Cíl může nemocnice naplnit zavedením doporučených postupů rukou MZČR (Metodický návod – hygiena rukou při poskytování zdravotní péče – uveřejněno ve Věstníku MZČR částka 5/2012 na str. 15) nebo Světové zdravotnické organizace (WHO).



## STANDARD Č. 8.6

### Resortní bezpečnostní cíl 6: Bezpečná komunikace

#### Naplnění a indikátory:

1. Nemocnice určí vnitřním předpisem postup při ústní a telefonické komunikaci, při ordinování léků a hlášení výsledků vyšetření pacientů.
2. Osoba, která přijímá ústní či telefonickou ordinaci nebo hlášení výsledků vyšetření, zaznamená písemně úplný obsah ordinace či hlášení výsledků vyšetření.
3. Osoba, která přijímá ústní či telefonickou ordinaci nebo hlášení výsledků vyšetření, tuto ordinaci či hlášení zapíše do zdravotnické dokumentace, stvrdí svým podpisem a zpětně přečte hlásící osobě.
4. Osoba, která stanoví ordinaci nebo hlásí výsledky vyšetření, potvrdí správnost přečteného hlášení přijímající osobou.





## STANDARD Č. 8.7

### Resortní bezpečnostní cíl 7: Bezpečné předávání pacientů.

#### Naplnění a indikátory:

1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti.
2. Vnitřní předpis obsahuje minimální kompetence pracovníků zajišťujících předání pacienta.
3. Vnitřní předpis stanoví formu a rozsah dokumentace při předání pacienta.
4. Vnitřní předpis se v nemocnici dodržuje.



## STANDARD Č. 8.8

### Resortní bezpečnostní cíl 8: Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů.

#### Naplnění a indikátory:

1. Vnitřní předpis stanoví postupy vstupního hodnocení vzniku dekubitu, periodického hodnocení (např. při změně stavu, změně pohybového režimu, v rámci ošetrovatelské epikrízy).
2. Nemocnice stanoví způsob celoživotního vzdělávání zdravotnického personálu v problematice prevence a léčby dekubitů.
3. Vnitřní předpis upravuje postupy prevence vzniku dekubitů u pacientů, kteří jsou vyhodnoceni jako riziková, a to včetně řádného předávání informací.
4. Vnitřní předpis upravuje postupy pro prevenci vzniku dekubitů a postup řešení v případě, že k rozvoji dekubitu dojde.
5. Nemocnice má stanoven způsob evidence dekubitů, systém analýzy a pravidelného vyhodnocování dat, která využívá pro nápravná a preventivní opatření.
6. Vnitřní předpis se v praxi dodržuje.



## IX. HYGIENA A PROTIEPIDEMICKÁ OPATŘENÍ



## STANDARD Č. 9.1

**Nemocnice má vytvořen a zaveden do praxe koordinační postup k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, program ke snížení rizik infekcí spojených se zdravotní péčí pacientů a profesionálních infekcí pracovníků.**

### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice naplní tento standard vytvořením programu kontroly infekcí, který zahrnuje způsob a rozsah hlášení infekčních onemocnění, systém sledování a evidence infekcí spojených se zdravotní péčí a profesionálních infekcí pracovníků. Program musí být komplexní a musí zahrnovat jak problematiku péče o pacienta, tak oblast zdraví pracovníků a začleňuje všechny prostory nemocnice sloužící pacientům, pracovníkům 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 infekcí spojených se zdravotní péčí a profesionálních infekcí jsou pravidelně sdělovány lékařům, sestřám a ostatním zaměstnancům.

Všichni pracovníci mají orientační přehled o postupu, způsobu hlášení a evidenci infekčních onemocnění, včetně těch spojených se zdravotní péčí 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. Standard rovněž zohledňuje aktuální epidemiologickou situaci.

### Indikátory standardu:

1. Nemocnice hlásí výskyt infekčních onemocnění v souladu s platnou legislativou<sup>102</sup>.
2. Nemocnice sleduje výskyt všech infekcí spojených se zdravotní péčí v souladu s platnou legislativou<sup>103</sup>.

<sup>102</sup> Blíže § 16 odst. 2 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví; § 1 vyhlášky č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

<sup>103</sup> Blíže § 16 č. 258/2000 Sb., o ochraně veř. Zdraví, § 2 vyhlášky č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.



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 infekcí spojených se zdravotní péčí a profesionálních infekcí<sup>104</sup>.

---

<sup>104</sup> Blíže § 47 odst. 4. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování;  
§ 15 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.



## STANDARD Č. 9.2

### **Nemocnice dodržuje hygienické požadavky pro příjem fyzických osob do nemocnice a jejich ošetřování.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Nemocnice je povinna dodržovat hygienické požadavky při příjmu a ošetřování fyzických osob v souladu s platnou legislativou<sup>105</sup>. Dodržováním správných postupů, hygienických zásad a hygienicko-epidemiologického režimu redukuje nemocnice výskyt infekcí spojených se zdravotní péčí a zvyšuje kvalitu péče a bezpečí pacienta. Nemocnice naplní tento standard zakotvením hygienických požadavků a postupů do vnitřních předpisů jednotlivých oddělení a pracovišť nemocnice nebo do provozních řádů, vždy s přihlédnutím k charakteru a rozsahu činnosti a formě poskytované zdravotní péče:

- a) příjem, ošetření a umístění fyzických osob podle zdravotního stavu;
- b) zásady ukládání oděvů a obuvi fyzických osob;
- c) péče o fyzické osoby s rizikovými faktory;
- d) zajištění dohledu nad dodržováním zásad osobní hygieny fyzických osob (upoutaných na lůžko, nepohyblivých, částečně omezených);
- e) zásady bariérové ošetrovací techniky;
- f) zásady izolačního opatření v případě výskytu infekce (např. MRSA, Clostridium difficile, multirezistentní mikroorganismy atd.);
- g) zásady opakovaného používání zdravotnických prostředků (dezinfekce, čištění, sterilizace);
- h) zásady asepse a antiseptiky;
- i) zásady používání nástrojů a pomůcek k parenterálním výkonům;
- j) dodržování hygienických požadavků zdravotnickými pracovníky (používání ochranných prostředků, zátěži a riziku pacienta, úprava nehtů, nošení šperků, mytí a dezinfekce rukou, zásady hygienických opatření, pokud jsou součástí i jednotky určené k péči o nemocné vyžadujících hygienickou izolaci);
- k) návštěvy (řízeny s ohledem na provoz, zaměření pracoviště, stav pacienta).

---

<sup>105</sup> Blíže § 17 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví; § 7 vyhlášky MZ č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.



### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice má vypracované vnitřní předpisy hygienických požadavků a postupů jednotlivých oddělení a pracovišť nebo provozní řády vždy s přihlédnutím k charakteru a rozsahu činnosti a formě poskytované zdravotní péče minimálně v rozsahu písmen a) - k) účelu standardu.
2. Provozní řád a vnitřní předpisy hygienických požadavků a postupů se dodržují.



## STANDARD Č. 9.3

**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 pracovníky.**

### 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 a pracovišť. Riziková místa a činnosti hygienicko-epidemiologicky významné jsou nemocnicí pravidelně kontrolovány a stanovené postupy a metody se dodržují.

Mezi tyto oblasti a činnosti patří:

- a) hygiena rukou;
- b) nakládání s odpady;
- c) manipulace s použitým prádlem;
- d) poranění o použitou jehlu, kontaminovanou pomůcku, expozice biologickému materiálu;
- e) odběr a manipulace s biologickým materiálem;
- f) ochranná dezinsekce, deratizace;
- g) úklid a malování;
- h) zásady dezinfekce a dvoustupňové dezinfekce;
- i) zásady sterilizace, vyššího stupně dezinfekce a její kontroly;
- j) manipulace se stravou;
- k) postupy a opatření na prevenci legionelózy.

### 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 písmenech a) - k) účelu standardu.
3. Stanovené postupy a metody se dodržují.
4. Stanovené postupy jsou v nemocnici předmětem dohledu a kontroly.





## STANDARD Č. 9.4

### Nemocnice provádí školení personálu v oblasti hygienicko-epidemiologické problematiky.

#### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice provádí v souladu s platnou legislativou průběžná školení pracovníků, 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 průběžným školením personálu nemocnice v této problematice. Při posuzování shody se standardem bude vyžadováno předložení prezenční listiny či záznamu o provedených školeních (celonemocniční semináře, provozní schůzky, porady, semináře apod.).

#### Indikátory standardu:

1. Nemocnice provádí školení v oblasti hygienicko-epidemiologických předpisů.
2. Do programu školení jsou zahrnuti lékaři, nelékařští pracovníci a další pracovníci.
3. Školení reaguje na významné změny v oblasti hygienických a epidemiologických požadavků na provoz zdravotnických zařízení v souladu s platnou legislativou.
4. Pracovníci znají a dodržují postupy, ve kterých jsou školeni.



## **X. KULTURA ORGANIZACE, LEADERSHIP, VEDENÍ A SPRÁVA**



## **STANDARD Č. 10.1**

**Nemocnice definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti, rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení a formy komunikace.**

### **Účel a naplnění standardu:**

Struktura nemocnice, tedy vztahy nadřízenosti a podřízenosti, je jasně definována v organizačním řádu.

Vnitřní předpis nemocnice jasně stanovuje pravomoci a povinnosti jednotlivých vedoucích pracovníků nebo formalizovaných skupin (např. komise pro účelnou farmakoterapii apod.).

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 apod.).

Nemocnice aktualizuje svou organizační strukturu tak, aby trvale splňovala měnící se požadavky zřizovatele/statutárního orgánu/majitele a potřeby veřejnosti, které poskytuje zdravotní péči.

### **Indikátory standardu:**

1. Vnitřní předpis nemocnice stanoví její organizační strukturu.
2. Vnitřní předpis nemocnice stanoví pravomoci a povinnosti vedoucích pracovníků.
3. Vnitřní předpis nemocnice definuje formy vnitřní komunikace.
4. Tento vnitřní předpis je pravidelně aktualizován.
5. Tento vnitřní předpis je aktuální a je dodržován.



## STANDARD Č. 10.2

### Vedení formuluje poslání, vizi a strategii nemocnice na základě analýzy dostupných zdrojů a potřeb pacientů.

#### Účel a naplnění standardu:

Poslání, vize a strategie jsou stěžejní pro fungování organizace. Stanovují základní rámec pro operativní i dlouhodobé rozhodování vedoucích pracovníků, definují a sjednocují hodnoty a směr rozvoje. Posláním nemocnice se rozumí nejen definice aktuálního spektra služeb, ale také hodnot společných pro všechny pracovníky a role, kterou nemocnice zastává v kontextu regionu a komunity, ve které se nachází.

Vizi a strategií se rozumí nejvyšší a obecný soubor principů v rámci kterých se uskutečňuje plánování a rozvoj nemocnice. Vize a strategie by vždy měly vycházet na jedné straně z přání a ambicí správního orgánu a vrcholového vedení, na straně druhé z realisticky zhodnocených dostupných zdrojů (finančních, lidských, informačních a dalších) a faktorů (kulturních, regionálních, politických, společenských a dalších), které mají a budou mít vliv na fungování organizace.

Nemocnice by měla integrovat řízení kvality a bezpečí do poslání i strategického plánování nemocnice.

#### Indikátory standardu:

1. Vedení nemocnice pravidelně analyzuje dostupné zdroje.
2. Vedení nemocnice analyzuje potřeby pacientů.
3. Vedení nemocnice definuje poslání, vizi a strategii nemocnice a informuje o nich pracovníky.
4. Personál zná poslání, vizi a strategii nemocnice.
5. Poslání, vize a strategie nemocnice jsou aktualizovány s ohledem na potřeby pacientů a dostupné zdroje.
6. Součástí poslání, vize a strategie nemocnice je zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče.



## STANDARD Č. 10.3

**Pracovníci nemocnice dodržují obecně závazné předpisy – národní a oborovou legislativu. Nemocnice má zavedený účinný postup zapracování změn v legislativě do vnitřních předpisů.**

### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice tento standard naplní, když uvede všechny své vnitřní předpisy do souladu s legislativou a zavede takové postupy, které jí umožní reagovat na případné změny tak, aby trvale fungovala dle platné legislativy.

Řešení, jak dosáhnout výše uvedeného, existuje mnoho. Volba účinného řešení musí vycházet z velikosti nemocnice, spektra poskytovaných služeb a finančních možností<sup>106</sup>. Nemocnice však vždy musí mít účinný postup sledování změn v legislativě a jejich zavedení do praxe.

K naplnění tohoto standardu nemocnice prokáže, že její vedení pověřilo osobu či osoby (zaměstnance či smluvní třetí stranu) sledováním změn oborové legislativy a že příslušní vedoucí pracovníci jsou informováni o změnách v oborové legislativě a v rámci svých pravomocí spolupracují na aktualizaci vnitřních předpisů dle identifikovaných změn legislativy. V rámci certifikačního šetření je prověřováno, zda výsledek tohoto postupu (aktuální vnitřní předpisy, informovaní vedoucí i řadoví pracovníci) je uspokojivý.

### Indikátory standardu:

1. Vedení nemocnice pověří osobu/osoby odpovědné za sledování změn aktuální legislativy.
2. V nemocnici existuje postup zavedení těchto změn do vnitřních předpisů nemocnice.
3. Tento postup je funkční. Vedoucí pracovníci ho umějí popsat.
4. Vnitřní předpisy nemocnice a praxe jsou v souladu s platnou legislativou.

---

<sup>106</sup> Velké nemocnice mohou mít celé právní oddělení, které má tuto agendu na starosti, v malých zařízeních se může jednat o jednoho pracovníka pověřeného na část úvazku. Častým řešením je též smluvní zajištění, kdy nemocnice uzavře smlouvu na tyto služby s právníkem či advokátní kanceláří.



## STANDARD Č. 10.4

**Vedení nemocnice společně s vedoucími pracovníky všech pracovišť písemně definuje systém vnitřních předpisů.**

### Účel a naplnění standardu:

Vnitřní předpisy nemocnice jsou nástrojem zajištění konzistentní praxe v manažerských i klinických oblastech. Vzhledem k velkému počtu činností, které jsou upraveny vnitřními předpisy, jejich vzájemnému propojení, nutnosti provádění změn a aktualizace vnitřních předpisů, je nezbytné, aby vedení nemocnice společně se všemi pracovníky, kteří se na vzniku a implementaci vnitřních předpisů podílejí, písemně (popřípadě piktograficky, schematicky) popsalo:

- a) typy vnitřních předpisů a rozsah jejich platnosti;
- b) způsob vzniku jednotlivých typů vnitřních předpisů;
- c) způsob schvalování a vydávání vnitřních předpisů odpovědnými osobami;
- d) maximální dobu platnosti a způsob aktualizace vnitřních předpisů;
- e) způsob implementace vnitřních předpisů včetně školení příslušných pracovníků;
- f) způsob, jakým je zajištěno, že v praxi se pracuje dle aktuálních a platných vnitřních předpisů a že tyto jsou dostupné pro všechny pracovníky, kterým jsou určeny;
- g) způsob rušení a ukončování platnosti vnitřních předpisů a způsob, jakým je zajištěno, aby nebyly nadále používány.

### Indikátory standardu:

1. V nemocnici je písemně definován postup řízení vnitřních předpisů minimálně v rozsahu písmen a) - g) účelu standardu.
2. Vnitřní předpisy nemocnice jsou dostupné po celou dobu výkonu práce pro všechny pracovníky, kterým jsou určeny<sup>107</sup>.
3. Vnitřní předpisy nemocnice jsou aktuální a jsou v nemocnici dodržovány.

---

<sup>107</sup> Není vždy nutná listinná či striktně písemná forma – vnitřní předpisy mohou, pokud je to pro pracovníky užitečné, mít i formu diagramů, piktogramů. Důležité je, že jsou pro pracovníky dostupné, užitečné, v praxi jsou používány a je jednoznačná shoda na jejich interpretaci.



## STANDARD Č. 10.5

### Vedení nemocnice se aktivně podílí na řízení kvality a bezpečí poskytovaných služeb.

#### Účel a naplnění standardu:

Vedení nemocnice dohlíží na tvorbu programu zvyšování kvality, schvaluje ho a pravidelně přezkoumává. Zároveň se také účastní analýzy výstupů z tohoto programu (výsledky auditů, sledování indikátorů kvality, sledování nežádoucích událostí atd.), které využívá k řízení stejným způsobem, jako využívá k řízení například data o hospodaření nemocnice.

Role osob, které jsou odpovědné za řízení kvality (např. manažera kvality, náměstka pro kvalitu či jiných), je pouze podpůrná, metodická a koordinační v oblasti naplňování programu kvality a fungující jako prostředník mezi klinickým a neklinickým provozem nemocnice a vrcholovým vedením. Hlavní manažerská role a odpovědnost za kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb spočívá na vrcholovém vedení.

#### Indikátory standardu:

1. Vedení nemocnice se aktivně podílí na plánování programu zvyšování kvality a bezpečí, zejména při stanovování priorit takového programu a vyčleňování zdrojů pro jeho realizaci.
2. Vedení nemocnice aktivně dohlíží na realizaci programu zvyšování kvality a bezpečí.
3. Vedení nemocnice pravidelně přezkoumává minimálně 1x ročně (blíže Standard 2.2) výstupy a výsledky programu zvyšování kvality a bezpečí.
4. Vedení nemocnice využívá výstupy a výsledky programu zvyšování kvality k rozhodování.



## STANDARD Č. 10.6

**Vedení nemocnice sděluje veřejnosti a pacientům vhodnou a srozumitelnou formou spektrum poskytované péče a služeb a výsledky v oblasti řízení kvality a bezpečí poskytované péče.**

### Účel a naplnění standardu:

Jedním z klíčových prostředků spolupráce nemocnice s veřejností je poskytování informací, které pacienti (ale také například jiní poskytovatelé v regionu) potřebují ke svému rozhodování o tom, kterého poskytovatele vyhledají a jakou cestou se dostanou k adekvátní péči. Proto musí nemocnice vhodnou a srozumitelnou formou zveřejňovat takové informace, které jejich adresátům umožní využívat její služby bez zbytečných bariér.

Tento proces začíná identifikací "klientů" nemocnice, a to jak externích (pacienti, praktičtí lékaři, terénní specialisté, záchranná služba, ostatní poskytovatelé zdravotních, ale i sociálních služeb a další), tak interních (ostatní pracoviště nemocnice, vedoucí pracovníci atd.). V dalším kroku nemocnice u těchto "klientů" identifikuje jejich informační potřeby, jinými slovy, jaké informace (rozsah a formu jejich sdělování) potřebují k tomu, aby ke službám nemocnice měli co nejnázší přístup. Právě fakt, že informační potřeby různých klientů jsou různé co do rozsahu, obsahu a formy, logicky povede ke stratifikaci sdělovaných informací dle jejich cílové skupiny.

Protože certifikace klade důraz na zvyšování kvality a bezpečí, jedním z jejích požadavků je i zveřejňování výsledků v této oblasti, tedy aby součástí informací, které jsou zveřejňovány, byla také informace o výsledcích programu zvyšování kvality a bezpečí. Je nezbytné, aby zejména informace pro laickou veřejnost byly prezentovány srozumitelně, tedy s komentáři a interpretacemi zveřejněných dat.

### Indikátory standardu:

1. Existují aktuální informace o spektru péče a služeb každého pracoviště, které vedoucí pracovníci používají k řízení nemocnice.
2. Informace o spektru péče a služeb jsou pravidelně aktualizovány.
3. Informace o spektru péče a služeb jsou pravidelně poskytovány veřejnosti, a to v adekvátním rozsahu, vhodnou a srozumitelnou formou.
4. Výsledky nemocnice v oblasti řízení kvality a bezpečí zdravotních služeb jsou pravidelně poskytovány veřejnosti, a to vhodnou a srozumitelnou formou.





## STANDARD Č. 10.7

### Vedení nemocnice odpovídá za služby zajištěné smluvními dodavateli.

#### Účel a naplnění standardu:

Zajištění činností či služeb zabezpečujících provoz nemocnice třetími stranami na smluvním základě je ve zdravotnictví velmi rozšířeno. Nemocnice, pokud takových služeb využívá, musí zajistit, aby úroveň kvality a bezpečí kontrahovaných služeb byla srovnatelná s úrovní služeb vlastních a aby tyto služby byly součástí programu zvyšování kvality a bezpečí. Odpovědnost za výsledek poskytované zdravotní péče, bez ohledu na to, zda jsou některé její komponenty poskytovány smluvním partnerem, zůstává na vedení nemocnice.

Vedoucí pracovníci odpovědní za příslušnou oblast služeb zajistí, aby služby zajištěné smluvními dodavateli:

- a) byly vybírány v souladu s posláním nemocnice a potřebami pacientů;
- b) byly poskytovány na základě formální či neformální dohody či smlouvy;
- c) splňovaly platnou legislativu a certifikační standardy;
- d) svou úrovní odpovídaly úrovni služeb poskytovaných nemocnicí.

K zajištění výše uvedených bodů je nutné, aby v nemocnici existoval dohled a kontrola nad službami, které jsou zajišťovány smluvními dodavateli. Způsob dohledu a kontroly se značně liší dle povahy služby, proto je součástí smlouvy s dodavatelem vždy určeno, jak dohled a kontrola probíhá<sup>108</sup>.

V neposlední řadě je nutné, aby vedoucí pracovníci nemocnice integrovali informace vzešlé z dohledu a kontroly, případně sbírali další data o kvalitě těchto služeb a na základě této zpětné vazby rozhodovali o tom, zda je služba poskytována na přiměřené úrovni a s dodavatelem bude nebo nebude nemocnice nadále spolupracovat.

---

<sup>108</sup> Pokud je externě zajišťován například úklid, potom dohled a kontrola probíhá stejně jako u vlastních služeb nemocnice (pracovníci externí firmy jsou na místě a lze je řídit, kontrolovat, školit atd. stejně jako vlastní zaměstnance). Rozdílným případem je například dodávka stravy, kdy smluvní kuchyně může být mimo areál nemocnice. Možnosti v tomto případě jsou: 1. Vstupní kontrola stravy; 2. Dohoda s dodavatelem, že u něj pravidelně proběhne kontrola ze strany zástupců nemocnice; 3. Smluvní dodavatel prokáže svoji kvalitu certifikátem o externím hodnocení kvality, který nemocnice uznává; 4. Kombinace předešlého.

Zcela jiná situace může nastat v případě některých klinických, např. laboratorních služeb. Zásadou je, aby vždy probíhal dohled a kontrola kvality.



### **Indikátory standardu:**

1. Vedoucí kliničtí pracovníci jsou odpovědní za úroveň klinických služeb poskytovaných smluvními dodavateli alespoň v rozsahu písmen a) - d) účelu standardu.
2. Vedoucí nekliničtí pracovníci jsou odpovědní za úroveň neklinických služeb poskytovaných smluvními dodavateli alespoň v rozsahu písmen a) - d) účelu standardu.
3. Nad klinickými a neklinickými službami zajišťovanými smluvními dodavateli probíhá dohled a kontrola přiměřeně k povaze služby a potřebám nemocnice.
4. Výsledky dohledu, kontroly, či jiných sbíraných dat o kvalitě klinických i neklinických služeb zajišťovaných smluvními dodavateli jsou pravidelně analyzovány a využívány pro rozhodování o dalším využívání těchto služeb.



## STANDARD Č. 10.8

**V nemocnici je vytvořen a zaveden soubor pravidel pro dodržování etických norem systém identifikace etických rizik, hodnocení a zlepšování organizační kultury ve všech klíčových činnostech.**

### Účel a naplnění standardu:

Nemocnice naplní standard vydáním dokumentu, který stanovuje etický rámec. Jeho naplnění nemocnice docílí tím, že při vydávání všech vnitřních předpisů se zvažují a dle potřeby zohledňují následující oblasti:

- a) možné konflikty zájmů (např. ekonomické zájmy nemocnice vs. zájmy pacienta, skryté zájmy pracovníků vs. zájmy nemocnice) a postup při jejich řešení;
- b) etická dilemata a způsob jejich řešení;
- c) případy znevýhodnění jedné ze stran neposkytnutím pravdivých a úplných informací protistranou;
- d) případy zneužívání formálního či neformálního postavení pracovníka nemocnice v jednání s pacientem nebo jiným pracovníkem;
- e) případné nežádoucí motivace jedné ze stran, způsob jejich odtajnění a prevence;
- f) porušování lidských práv.

Součástí agendy zvyšování kvality a bezpečí v nemocnici je aktivní vyhledávání rizik v oblasti etických principů, jejich hodnocení řízení organizační kultury<sup>109</sup>.

### Indikátory standardu:

1. Vedoucí pracovníci nemocnice stanoví základní etický rámec pro všechny klinické služby alespoň v rozsahu písmen a) - f) účelu standardu.
2. Vedoucí pracovníci nemocnice stanoví základní etický rámec pro všechny neklinické činnosti, jednání s dodavateli i odběrateli včetně zásad pravdivého vykazování poskytnuté péče, a to alespoň v rozsahu písmen a) - f) účelu standardu.
3. Všichni pracovníci nemocnice dodržují stanovený etický rámec v klinických i neklinických činnostech a jeho dodržování se kontroluje<sup>110</sup>.

---

<sup>109</sup> Organizační kulturou se rozumí soubor hodnot a neformálních norem sdílených pracovníky nemocnice. Kultura organizace má zásadní vliv na kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb, spokojenost pacientů i personálu, přístup organizace jako celku ke změnám a krizovým situacím a na další důležité aspekty fungování nemocnice.

<sup>110</sup> Kontrolní činnost může být naplněna například funkční etickou komisí a podobně.



4. Etický kodex je dostupný příslušným pracovníkům i pacientům.
5. V nemocnici je zaveden postup hodnocení a přehodnocování organizační kultury, s výsledky nemocnice pracuje.
6. Všichni pracovníci nemocnice se aktivně podílí na udržování a zlepšování zdravé organizační kultury v nemocnici.



## XI. PÉČE O ZAMĚSTNANCE, ŘÍZENÍ VZDĚLÁVÁNÍ, MANAGEMENT LIDSKÝCH ZDROJŮ

Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné,  
reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0006213  
Projekt Systém certifikace programů a služeb



## STANDARD Č. 11.1

**Vedení nemocnice plánuje počet personálu a jeho kvalifikaci k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky. Nemocnice zajišťuje pro své pracovníky podporu nezávislého odborníka.**

### Účel a naplnění standardu:

V návaznosti na poslání nemocnice, spektrum poskytované péče a potřeby pacientů a jejich blízkých, management a vedoucí pracovníci jednotlivých pracovišť společně stanoví počty potřebného personálu, jejich požadovanou kvalifikaci a definují podmínky a pravidla jejich dalšího vzdělávání. Pokud nemocnice z nějakého důvodu plán nedodržuje, management tuto skutečnost vede v patrnosti 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 dodržuje a že jsou dodržovány všechny legislativní normy, které tuto oblast upravují.

Součástí komplexní péče o zaměstnance, kteří mají zajišťovat služby a péči poskytovanou pacientům v organizaci, je zajištění podpory nezávislým odborníkem, která je pravidelně plánovaná, efektivní a vyhodnocovaná co do přínosu a účinnosti<sup>111</sup>. Z takové podpory může pochopitelně čerpat i management, pracovníci technického úseku a další.

### Indikátory standardu:

1. Počty personálu potřebného pro jednotlivá pracoviště a jejich kvalifikace se v nemocnici plánují se zohledněním komplexní péče o pacienty na základě jejich zjištěných potřeb.
2. Počty a kvalifikace personálu odpovídají plánu nebo jsou přijímána náhradní opatření.
3. Kontinuální vzdělávání personálu se plánuje v souladu s potřebami nemocnice a pacientů.
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 zajišťuje pro personál podporu nezávislým odborníkem, která je pravidelná, plánovaná a vyhodnocovaná co do přínosu a efektivity.
6. Nemocnice dodržuje platnou legislativu v oblasti plánování počtu a rozšiřování

---

<sup>111</sup> Takovou podporou může být například supervize, koučink, mentoring a jiné další možnosti.



kvalifikace pracovníků<sup>112</sup>.

---

<sup>112</sup> Blíže § 11 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; vyhláška MZ č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb; § 230 až 235 zákona č. 262/2005 Sb., zákoník práce.



## STANDARD Č. 11.2

**Každý pracovník nemocnice má osobní spis, který obsahuje důležité informace o jeho dosažené kvalifikaci a další informace požadované legislativou.**

### 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 postup ověření a zařazení potřebných dokladů do osobního spisu při vstupu nového pracovníka a že tyto doklady vždy při změnách aktualizuje. Tato povinnost se v přiměřeném rozsahu vztahuje i na pracovníky, kteří svou činnost provádějí na základě jiného než pracovněprávního vztahu (například na základě dodavatelské smlouvy provádějí konziliární činnost či zajišťují ústavní pohotovostní službu).

### Indikátory standardu:

1. Každý pracovník nemocnice má zaveden osobní spis<sup>113</sup>.
2. Osobní spis každého pracovníka obsahuje informace o jeho dosažené kvalifikaci a předchozí odborné praxi.
3. Osobní spis každého pracovníka obsahuje všechny doklady požadované legislativou.
4. Osobní spis každého pracovníka je aktuální, v nemocnici je zaveden postup aktualizace dokladů shromažďovaných v osobních spisech pracovníků.

---

<sup>113</sup> Blíže § 312 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce ve znění pozdějších předpisů.





## STANDARD Č. 11.3

**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 mimo pracovní dobu apod. Pokud se na některé činnosti vztahují zvláštní požadavky na odbornou kvalifikaci (dosažené vzdělání, praxe), náplň práce musí být v souladu s těmito požadavky.

Součástí náplně práce by měly být rovněž oblasti informování pacientů o jejich právech, možnosti zajištění specifických služeb, ochraně lidských práv a podobně.

### Indikátory standardu:

1. Každý pracovník nemocnice má písemně stanovenou náplň práce.
2. Náplň práce každého pracovníka odpovídá jeho dosaženému vzdělání, kvalifikaci a předchozí odborné praxi.
3. Náplň práce každého pracovníka je aktuální a odpovídá realitě, všichni pracovníci znají svoje povinnosti a pravomoci vyplývající z náplně práce.



## STANDARD Č. 11.4

**Všichni pracovníci jsou při nástupu zapracováni dle potřeb nemocnice a s ohledem na jejich náplň práce a požadavky legislativy.**

### 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. Je rovněž nutné pamatovat na školení, která jsou povinná z platné legislativy (například školení v bezpečnosti a ochraně zdraví při práci, protipožární ochraně a podobně).

Povinnost řádného zapracování se v přiměřeném rozsahu 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 požaduje platná legislativa.
4. O zapracování každého pracovníka je veden písemný záznam.



## STANDARD Č. 11.5

**Všichni pracovníci nemocnice, kteří poskytují zdravotní péči, mají stanoveno aktuální spektrum svých kompetencí. Kompetence každého pracovníka jsou pravidelně hodnoceny.**

### Účel a naplnění standardu:

Každý pracovník poskytující zdravotní péči musí mít stanovené spektrum kompetencí (činnosti, které smí provádět v souvislosti s péčí o pacienty). 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 na základě 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 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 za dva roky) aktualizovány, a to na základě pravidelného hodnocení, které je, tam kde je to možné, založeno na konkrétních datech o kvalitě práce daného jednotlivce.

Pokud z hodnocení kompetencí pracovníka vyplynou nedostatky, které lze řešit poskytnutím dalšího vzdělávání a školení, jsou tyto zahrnuty do jeho plánu osobního rozvoje.

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

### Indikátory standardu:

1. Každý pracovník nemocnice, který poskytuje zdravotní péči, má stanoveno spektrum svých kompetencí.
2. Informace o spektru kompetencí zdravotnických pracovníků jsou uvedeny v jejich osobních spisech, všichni zdravotničtí pracovníci jsou se svými kompetencemi seznámeni.
3. Kompetence každého zdravotnického pracovníka odpovídají aktuální skutečnosti a jsou průběžně hodnoceny a aktualizovány vždy při změně a minimálně jednou za dva roky, pracovníci jsou s výsledky hodnocení seznámeni.
4. Hodnocení a aktualizace kompetencí, tam, kde je to možné, jsou založeny na jasně definovaných kritériích nebo datech o kvalitě práce hodnoceného pracovníka, všichni pracovníci jsou s těmito kritérii seznámeni.

Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné,  
reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0006213  
Projekt Systém certifikace programů a služeb



5. Pokud z hodnocení kompetencí pracovníka vyplyne potřeba dalšího vzdělávání či školení, jsou tyto u daného pracovníka plánovány.
6. Spektrum kompetencí každého zdravotnického pracovníka je aktuální a odpovídá skutečnosti.



## STANDARD Č. 11.6

### **Nemocnice má vypracován plán bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) 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. rizika spojená s manipulací s chemickými látkami, poranění injekční jehlou, pády na pracovišti atd., a s přihlédnutím k těmto rizikům musí stanovit frekvenci pravidelných preventivních prohlídek pracovníků, přiřadit jim osobní ochranné pracovní pomůcky a přizpůsobit jim školení v BOZP na příslušných pracovištích.

Nemocnice vytvoří vnitřní předpis, ve kterém pro různá pracoviště stanoví úroveň protiepidemických opatření a s tím související vybavení pracovníků osobními ochrannými pracovními pomůckami (blíže standardy č. 9.2).

Nemocnice provádí vstupní a periodická školení, týkající se BOZP a hygienických předpisů, jejichž součástí je i ověření znalostí školeného personálu.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice má vypracovány vnitřní předpisy upravující oblast BOZP v souladu s platnou legislativou.<sup>114</sup>
2. Nemocnice má záznamy o proškolení personálu v souladu s vnitřním předpisem včetně ověření a zhodnocení jejich znalostí.
3. Vnitřní předpisy jsou v nemocnici dodržovány.

---

<sup>114</sup> Blíže § 101 až 108 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce; zákon č. 309/2006 Sb., zákon o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci; nařízení vlády č. 361/2007 Sb., podmínky ochrany zdraví při práci.



## STANDARD Č. 11.7

### **Zaměstnanci nemocnice mají informace o právech osob s duševním onemocněním a oblastí lidských práv.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Zájem a dostatečné informace v uvedených oblastech spolu s naplňováním individuálních potřeb pacientů přispívá k vnímané kvalitě zdravotní péče. Nemocnice zajistí svým zaměstnancům písemné informace v dané problematice, a to tak, aby se nedopouštěli žádného diskriminačního jednání vůči pacientům, sami na takové jednání upozorňovali a opakovaně aktivně informovali pacienty o jejich právech.

Nemocnice vypracuje plán školení v oblasti rozvoje péče o duševní zdraví a lidských práv, které zaměstnanci absolvují minimálně 1x za 12 měsíců.

#### **Indikátory standardu:**

1. Zaměstnanci mají dostupné písemné informace z oblasti práv osob s duševním onemocněním a lidských práv, které v praxi dodržují a na jejichž porušování sami aktivně upozorňují.
2. Nemocnice má zpracován proces hlášení porušování lidských práv a práv osob s duševním onemocněním, který umí pracovníci použít (například přes systém hlášení nežádoucích událostí a podobně).
3. Nemocnice má zpracovány písemné postupy zajišťování lidských práv a naplňování práv osob s duševním onemocněním minimálně v rozsahu kapitoly 1 těchto standardů kvality.
4. Nemocnice zajišťuje školení zaměstnanců v oblasti lidských práv a práv osob s mentálním postižením, a to minimálně 1x za 12 měsíců.



## XII. INFORMACE A KOMUNIKACE

Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné,  
reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0006213  
Projekt Systém certifikace programů a služeb



## STANDARD Č. 12.1

### **Nemocnice určí vnitřním předpisem formální a věcné náležitosti zdravotnické dokumentace pro všechny odbornosti.**

#### **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 ošetrovatelského, případně vstupního vyšetření provedeného jinou osobou (např. psycholog, 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 zdravotních pojišťoven, 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.<sup>115</sup> Nemocnice rovněž upraví, jak je zacházeno s informacemi o třetích osobách, pokud chce pacient či jím určená osoba do dokumentace nahlížet.

V souladu s předpisem nemocnice vydá seznam zakázaných zkratk (resp. výčet dokumentace, v níž je užívání zkratk nepřípustné - např. předepisování léků, propouštěcí zprávy) a zveřejní obvyklým způsobem seznam zkratk uváděných ve zdravotnické dokumentaci. Toto se netýká obecně známých zkratk (např. jednotky SI systému či značky chemických prvků). Zejména tam, kde se uvádějí zkratky do dokumentace odesílané z nemocnice, musí být na každé takové zprávě odkaz na místo, kde lze význam zkratk vyhledat, případně může nemocnice užívání zkratk v takových dokumentech zakázat.

Není doporučováno povolení zkratk týkajících se názvu léků a léčivých přípravků, protože se nejedná o standardizované a ustálené označení a jejich výskyt v dokumentaci je spojován s vyšší mírou rizika poškození pacientů, záměny a dalšími.

---

<sup>115</sup> Blíže § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.





Nemocnice dále pro své pracovníky zajistí po celou pracovní dobu dostupný aktualizovaný seznam situací, kdy je potřeba vyžádat si písemný informovaný souhlas od pacientů.

### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice vypracuje vnitřní předpis, který upravuje formální a věcnou náplň zdravotnické dokumentace hospitalizovaných i ambulantních pacientů, včetně rozsahu individuálních léčebných plánů vytvářených s pacienty.
2. Do dokumentace pacientů nahlíží jen osoby uvedené v předpisu.
3. Do dokumentace pacientů provádějí záznamy jen osoby uvedené v předpisu.
4. Vnitřní předpis stanoví seznam zkratk používaných ve zdravotnické dokumentaci a seznam zakázaných zkratk či situací, kdy je užívání zkratk zakázáno.
5. Nemocnice má písemný seznam situací, při kterých je vyžadován písemný informovaný souhlas v závislosti na typu poskytované péče, který pracovníci znají či dohledají.
6. Zdravotnická dokumentace je vedena v souladu s předpisem.



## STANDARD Č. 12.2

### **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.<sup>116</sup> 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, identifikace a podpisu osob, které záznam provedly). 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. Pro zvýšení průkaznosti dokumentace se u všech záznamů doporučuje zajištění datem a časem vyhotovení a jednoznačnou identifikací.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem v souladu s místními podmínkami frekvenci a obsah zápisů všech profesních skupin, které o pacienta pečují (lékaři, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, kliničtí psychologové, sociální pracovníci atp.).
2. Záznamy všech osob jsou vedeny v souladu s vnitřním předpisem.

---

<sup>116</sup> Blíže § 53 až § 69 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; vyhláška MZ č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.



## STANDARD Č. 12.3

**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 zdravotnické 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 předpisu 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<sup>117</sup>.
3. Epikríza se v nemocnici provádí v souladu s předpisem.
4. Obsahová náplň je v nemocnici v souladu s předpisem.

---

<sup>117</sup> Blíže § 2 písm. c) vyhlášky MZ č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.



## STANDARD Č. 12.4

**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<sup>118</sup>, kterou pacient musí být při propuštění vždy vybaven.

Propouštěcí zpráva rovněž obsahuje náležitá doporučení pro komunitní služby, specifické potřeby uživatele v oblasti vzdělávání, finanční podpory, bydlení a podobně.

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 překládové zprávy, pokud tato není součástí celkové propouštěcí zprávy.

### Indikátory standardu:

1. Nemocnice upraví vnitřním předpisem obsahové a formální náležitosti propouštěcí zprávy.
2. Propouštěcí zprávou odpovídající vnitřnímu předpisu jsou pacienti vybaveni při propuštění.
3. Předběžná a definitivní propouštěcí zpráva je součástí dokumentace pacienta.
4. Součástí propouštěcí zprávy jsou výstupy individuálního plánu, případně protikrizového či krizového plánu, pokud byly tyto plány zpracovány, aby jich bylo možno využít v budoucnu.

---

<sup>118</sup> Vyskytlo-li se u pacientů před či během hospitalizace závažné násilné či autoagresivní jednání, pak je vhodné v propouštěcí zprávě uvést, jaké konkrétní ukazatele vedou k závěru, že se po propuštění takové jednání nebude opakovat.



## **STANDARD Č. 12.5**

**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.



## STANDARD Č. 12.6

### Nemocnice zajistí zabezpečení informací.

#### 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 postup určuje:

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

V rámci zajištění bezpečné kontinuity předávání informací externím službám (multidisciplinární týmy, komunitní týmy a další) je nutné, aby nemocnice měla zpravován postup takového procesu.

#### Indikátory standardu:

1. Nemocnice má písemný předpis určující zabezpečení informací, který upravuje minimálně oblasti uvedené v písmenech a) až d) účelu standardu a respektuje platnou legislativu.
2. Jsou určeny osoby, které z důvodu pracovního postavení či potřeb mají povolen přístup ke každé kategorii dat a informací.
3. Nemocnice má písemný postup informování externích služeb<sup>119</sup>.
4. Předpis je zaveden.
5. Sleduje se dodržování předpisu.

---

<sup>119</sup> Souhlasí-li s předáním informací pacient.



## STANDARD Č. 12.7

### **Nemocnice má zavedenu bezpečnostní politiku informačních technologií včetně havarijních plánů.**

#### **Účel a naplnění standardu:**

Nemocnice stanoví vnitřním předpisem bezpečnostní politiku informačních technologií, která řeší rizikové oblasti provozu informačních technologií. Bezpečnostní politika informačních technologií obsahuje minimálně následující oblasti:

- a) popis jednotlivých modulů informačního systému nemocnice (např. klinický informační systém, laboratorní informační systém apod. včetně intranetu a elektronické pošty) s uvedením odpovědnosti za správu a údržbu. Důraz se klade zejména na ty druhy používaných informačních systémů, které pracují s daty pacientů či jinými citlivými daty;
- b) fyzickou bezpečnost – ochranu součástí informačního systému proti neoprávněnému vniknutí osob (prevence a detekce neoprávněného vniknutí), ochrana médií s uloženými informacemi (archivační média, tiskové a jiné výstupy), ochrana proti přírodním živlům apod.;
- c) logickou bezpečnost – hardwarová a softwarová opatření pro kontrolu přístupu, identifikaci uživatele, odpovědnost uživatele, integritu dat, dostupnost informací, rozdělení pravomocí, sledování a záznam činnosti systémů i uživatelů apod.;
- d) personální bezpečnost – definice přístupových práv pro práci s informačním systémem, změny těchto práv (včetně jejich ukončení) při změnách pracovního zařazení, monitorování a protokolování aktivit uživatelů, detekce neautorizovaných aktivit, osvěta a školení;
- e) procedurální bezpečnost – kontrolu vstupu a výstupu dat, zálohovací procedury, havarijní plány (včetně náhradních opatření v případě nefunkčnosti či omezené funkčnosti informačního systému), bezpečnostní pravidla provozu informačního systému.

#### **Indikátory standardu:**

1. Nemocnice definuje písemným předpisem bezpečnostní politiku informačních technologií minimálně v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu.
2. Nemocnice zajistí fyzickou bezpečnost informačních technologií.
3. Nemocnice zajistí logickou bezpečnost informačních technologií.
4. Nemocnice zajistí personální bezpečnost informačních technologií.
5. Nemocnice zajistí procedurální bezpečnost informačních technologií.