

# **AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO ZDRAVOTNÍ PÉČI V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

## **Manuál a metodika plnění**

Editoři:

Bc. Tamara Starnovská  
RNDr. Anna Janáková, Ph.D.  
PhDr. Jarmila Figurová  
MUDr. David Marx, Ph.D.  
MUDr. František Vlček, Ph.D.

1. vydání  
účinné od 1. ledna 2014

© Spojená akreditační komise, o.p.s.  
2014

# Obsah

<b>PŘEDMLUVA</b>	<b>3</b>
<b>ÚVOD</b>	<b>4</b>
<b>1. ŘÍZENÍ KVALITY A BEZPEČÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE</b>	<b>8</b>
<b>2. ZDRAVOTNÍ PÉČE</b>	<b>15</b>
<b>3. DOSTUPNOST A KONTINUITA ZDRAVOTNÍ PÉČE</b>	<b>36</b>
<b>4. HYGIENA PROSTŘEDÍ A PROTIEPIDEMICKÁ OPATŘENÍ</b>	<b>43</b>
<b>5. ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ</b>	<b>49</b>

# Předmluva

MUDr. Ivan Staněk, MBA

# Úvod

## **1. Co je to akreditace SAK, o.p.s. a k čemu slouží ?**

Akreditace Spojené akreditační komise, o.p.s. (SAK) je nástroj pro externí hodnocení kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb. Akreditační standardy pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb (dále jen PZSS) jsou určeny pro ta zařízení sociálních služeb, která zároveň poskytují zdravotní péči. SAK má k dispozici akreditační standardy pro následnou a dlouhodobou péči i pro péči ambulantní na svém webu [www.sakcr.cz](http://www.sakcr.cz).

## **2. Uspořádání standardů a jejich použití**

Akreditační standardy jsou rozděleny do kapitol odpovídajících příslušným činnostem při poskytování zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb.

### **Struktura jednotlivých standardů:**

Každý akreditační standard je rozdělen do tří částí:

- vlastní znění standardu
- účel standardu - stěžejní část, která popisuje způsob naplnění standardu, uvádí příklady naplnění, případně odkazy na legislativu či jiné zdroje. V některých případech může být v účelu uveden výčet náležitostí nutných k naplnění některého z indikátorů, který na znění účelu pak odkazuje.
- indikátory standardu - toto jsou měřitelné položky, jejichž naplnění se při akreditačním šetření posuzuje. Zjednodušeně lze indikátory vnímat jako otázky, na které v ideálním případě zní odpověď "ano". Jak bylo uvedeno výše, v některých případech odkazuje indikátor na požadavky specifikované v účelu standardu, obvykle výčtem.

Při akreditačním šetření se posuzuje míra naplnění jednotlivých indikátorů (splněn-částečně splněn-nesplněn) a následně pak jednotlivých standardů - viz níže.

## **3. Pravidla udělování akreditace**

Pravidla hodnocení akreditačních standardů a následného rozhodování o udělování akreditace jsou upravena směrnicí SAK č. S-01, která je volně dostupná na internetových stránkách SAK, o.p.s. Samotný průběh akreditačního šetření je upraven v publikaci Průvodce akreditačním šetřením, které lze získat na vyžádání v kanceláři SAK.

### **Průběh akreditačního šetření a hodnocení akreditačních standardů**

Během akreditačního šetření hodnotitelský tým (obvykle složený z lékaře nebo nelékařského zdravotnického pracovníka a administrativně technického specialisty) ohodnotí každý indikátor každého akreditačního standardu (s výjimkou těch, které jsou neaplikovatelné na dané zařízení) hodnotou 10 (splněn), 5 (splněn částečně) nebo 0 (nesplněn). Pro každý standard se vypočítá průměr bodů z jednotlivých hodnocených indikátorů (neaplikovatelné indikátory se do výpočtu nezahrnují) a výsledek se zaokrouhlí na celé číslo směrem dolů. Standard je splněn, pokud je tento průměr 7 a více, splněn částečně, pokud je průměr 5 až 7 a nesplněn, pokud je průměr menší než 5. Následně

se pro každou kapitolu standardů vypočítá průměr z hodnocení každého hodnoceného standardu v dané kapitole (neaplikovatelné standardy se do výpočtu nezahrnují) a výsledek se vyjádří v procentech maxima. Pro celou sadu standardů se vypočítá průměr z hodnocení každého hodnoceného standardu v publikaci (neaplikovatelné standardy se do výpočtu nezahrnují) a výsledek se vyjádří v procentech maxima. Pro výrok „akreditováno“ musí být splněny všechny tři následující podmínky (všechny ostatní případy vedou k výroku „neakreditováno“):

- a. Každý standard je alespoň částečně splněn (hodnota 5 a více, respektive 50% maxima a více);
- b. Každá kapitola je splněna alespoň na 70% maxima;
- c. Všechny standardy jsou splněny alespoň na 80% maxima.

Tým, který provádí akreditační šetření, neseznamuje vedení příslušného zařízení s jeho výsledkem, ale veškeré podklady předá Kanceláři SAK, která na jejich základě vydá Certifikát o akreditaci.

### **Odvolání proti rozhodnutí o akreditaci**

Zařízení se může odvolat proti rozhodnutí o akreditaci, a to do 15-ti dní od doručení rozhodnutí o akreditaci. Odvolání předává ředitel SAK předsedovi Správní rady SAK, který do 20 dnů svolá jednání Správní rady SAK. Správní rada SAK rozhoduje s konečnou platností o podaném odvolání. Správní rada může zástupce nemocnice pozvat k osobní účasti na projednávání podaného odvolání.

### **Konflikt zájmů při rozhodování o akreditaci**

Jak samotní hodnotitelé, tak všechny osoby, které se účastní procesu rozhodování o udělení akreditace, nesmí být v konfliktu zájmů, což znamená, že toho času nejsou statutárními zástupci či členy statutárních orgánů hodnoceného zařízení, nejsou nebo v posledních šesti letech nebyli v jakémkoli smluvním vztahu se zařízením či mu neposkytovali, ať jako zástupci SAK či jiného subjektu, konzultační služby v oblasti řízení kvality a bezpečí.

Kancelář SAK aktivně konfliktu zájmů předchází tím, že v případě známého konfliktu zájmů nepřiděluje dotyčného hodnotitele k akreditačním šetřením či vylučuje člena Výboru pro akreditaci či Správní rady z rozhodování o udělení akreditace. Všichni zmínění jsou navíc povinni aktivně případný konflikt zájmů deklarovat dle směrnice SAK č. S-02 Prevence konfliktu zájmů.

## **4. Další důležitá pravidla a informace**

### **Přihláška k akreditaci a smluvní vztahy**

Vztah SAK, o.p.s., a zařízení žádající o posouzení kvality a bezpečí (akreditaci) začíná vyplněním a odesláním *Přihlášky k akreditačnímu šetření Spojené akreditační komise, o.p.s.* Zde subjekt poskytuje informace důležité pro naplánování akreditačního šetření a přípravu *Smlouvy o hodnocení kvality a bezpečí*. Tato smlouva upravuje podmínky provedení akreditace a další pravidla pro jednání obou zúčastněných stran.

### **Hodnotitelé (auditoři) SAK**

Hodnotitelský tým přiděluje zařízení kancelář SAK a současně stanoví vedoucího týmu, jehož jméno a spojení na něj oznámí zařízení, které má právo bez udání důvodu odmítnout účast člena či členů

hodnotitelského týmu na akreditačním šetření. V takovém případě kancelář přidělí zařízení jiného či jiné hodnotitele.

Detailně jsou výše uvedená pravidla upravena ve směrnících SAK, o.p.s. č. S-03 Zásady práce konzultantů a členů hodnotitelských týmů SAK, č. S-02 Prevence konfliktu zájmů a č. S-05 Program vzdělávání konzultantů a auditorů SAK, o.p.s., které jsou volně dostupné na internetových stránkách SAK, o.p.s.

## ***5. Transparentnost a vstřícnost***

Spojená akreditační komise, o.p.s., dělá vše pro to, aby veškeré její procesy byly maximálně transparentní. Všechna pravidla naší práce jsou volně dostupná na našich internetových stránkách [www.sakcr.cz](http://www.sakcr.cz). Jsou zde též k dispozici rady pro přípravu k akreditaci, odpovědi na nejčastější dotazy a další užitečné informace. Kdykoli rádi poskytneme jakékoli doplňující informace na kontaktech, které jsou také dostupné na uvedených internetových stránkách.

Kontakt: Spojená akreditační komise, o.p.s.  
Nad Panenskou 4  
169 00 Praha 6  
mail: [sekretariat@sakcr.cz](mailto:sekretariat@sakcr.cz)  
[www.sakcr.cz](http://www.sakcr.cz)

**AKREDITAČNÍ STANDARDY  
PRO ZDRAVOTNÍ PÉČI  
V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH  
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

# **1. Řízení kvality a bezpečí zdravotní péče**



### **Standard 1.1:**

V PZSS je zaveden funkční program zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče (dále jen program kvality), který je vedením PZSS plánován a řízen a je rozšířen do celého PZSS.

#### **Účel a naplnění standardu:**

Zavádění programu kvality s sebou přináší nejen změny v zavedených postupech, ale i zásadní změny v kultuře PZSS a v myšlení pracovníků. Základními pilíři programu kvality jsou jeho správné řízení, podpora managementu PZSS a zapojení všech pracovníků. PZSS jasně určí osobu (osoby), která se bude touto oblastí zabývat, určí její místo v organizační struktuře (nadřízenost, podřízenost, odpovědnosti a pravomoci), poskytne odpovídající zdroje a do programu kvality zapojí jak řídicí, tak řadové pracovníky. Role osoby (osob), která je odpovědná za řízení kvality, je pouze podpůrná a koordinační (prostředník mezi provozem a vedením PZSS). Hlavní manažerská role a odpovědnost za kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče spočívá na vedení PZSS.

Výsledky poskytované zdravotní péče jsou ovlivněny činností různých skupin zdravotnických i nezdravotnických pracovníků, proto je nutné, aby řízení kvality a bezpečí zdravotní péče zahrnovalo všechny postupy a činnosti celého PZSS. Vedení PZSS tedy stanoví obecný program kvality (vize, cíle kvality a bezpečí, nástroje k jejich dosažení), který zahrnuje veškerá pracoviště PZSS včetně obslužných provozů (např. stravovací provoz, úklid) a veškeré činnosti spojené s kvalitou poskytované zdravotní péče. Program kvality je delegován na všechny vedoucí pracovníky, kteří jej rozpracují do podoby konkrétních úkolů a povinností pro řízené útvary. Funkčnost, efektivita a aktuálnost programu kvality jsou pravidelně přezkoumány vedením PZSS, které tyto výstupy využívá k řízení stejným způsobem, jako využívá k řízení například data o hospodaření PZSS.

#### **Indikátory standardu:**

1. PZSS má zpracován program kvality, jehož součástí je i program zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče, program kvality je rozpracován a rozšířen do celého PZSS.
2. V PZSS je definována osoba (osoby) odpovědná za řízení a pravidelnou aktualizaci programu kvality, která má písemně definované spektrum pravomocí a odpovědností.
3. Vedení PZSS se aktivně podílí na plánování a realizaci programu kvality, schvaluje ho a poskytuje mu adekvátní technické, materiální a jiné potřebné zdroje.
4. Vedoucí pracovníci PZSS všech úrovní řízení se účastní plánování, monitorování a vyhodnocování programu kvality.
5. Pracovníci PZSS jsou seznámeni s programem kvality a umí definovat svou úlohu v rámci jeho naplňování.
6. Vedení PZSS program kvality pravidelně přezkoumává a aktualizuje a výstupy využívá k řízení PZSS.

### **Standard 1.2:**

V PZSS probíhá interní audit kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče<sup>1</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 poskytované zdravotní péče. Zároveň je tato činnost jedním ze zdrojů zpětné vazby (společně s hlášeními a indikátory kvality zdravotní péče) pro následné stanovování priorit v rámci dalšího zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče.

Požadavek na to, aby interní auditní činnost byla plánovaná a dokumentovaná, naplní PZSS tím, že demonstruje písemně definované typy a kritéria (obvykle stanovená vnitřním předpisem) jednotlivých druhů interního auditu a také písemně předloží výsledky interního auditu a příklady opatření, která byla přijata na základě těchto zjištění.

Interní audit je činnost, která vyžaduje určitou odbornou úroveň osob, které ji provádějí. PZSS tedy musí doložit, jak vybírá a připravuje pro tuto činnost pověřené pracovníky. To nepředpokládá povinnost externího proškolení interních auditorů, ale předložení postupu, podle kterého PZSS auditory sám školí.

Rozsah a obsah interních auditů závisí na typu PZSS a na spektru poskytované zdravotní péče. PZSS zavede pravidelné audity zdravotnické dokumentace a výsledky těchto auditů vyhodnocuje. S výsledky pracuje a pracovníky průběžně informuje o výsledcích kontroly.

#### **Indikátory standardu:**

1. V PZSS je zaveden postup interní auditní činnosti, která je plánována a dokumentována.
2. Osoby pověřené interní auditní činností jsou k tomuto účelu školeny a splňují kvalifikační požadavky stanovené PZSS.
3. Interní audit probíhá v celém PZSS a zahrnuje všechny oblasti poskytované zdravotní péče.
4. Závěry interních auditů jsou využívány ke zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče.

---

<sup>1</sup> Pro účely tohoto textu je termínem "interní audit" vždy míněn audit zaměřený na dodržování pravidel souvisejících s řízením kvality a bezpečí.

**Standard 1.3:**

Vedení PZSS sděluje veřejnosti vhodnou a srozumitelnou formou spektrum poskytované zdravotní péče a výsledky v oblasti řízení její kvality a bezpečí.

**Účel a naplnění standardu:**

Jedním z klíčových prostředků spolupráce PZSS s veřejností je poskytování informací, které klienti a jejich blízcí potřebují ke svému rozhodování o tom, kterého poskytovatele vyhledají a jakou cestou se dostanou k adekvátní zdravotní péči.

PZSS má písemně zpracovaný materiál o spektru poskytované zdravotní péče.

Materiál obsahuje informace o rozsahu zdravotní péče poskytované daným PZSS, personálním obsazení pracovišť, základní charakteristice klientů a jejich potřeb a návaznosti zdravotní péče na služby jiných pracovišť.

Protože akreditace klade důraz na zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče, jedním z jejích požadavků je i zveřejňování výsledků v této oblasti. 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 zdravotní péče PZSS, které vedoucí pracovníci používají k jeho řízení.
2. Informace o spektru zdravotní péče jsou pravidelně poskytovány veřejnosti, a to v adekvátním rozsahu, vhodnou a srozumitelnou formou.
3. Informace o spektru zdravotní péče jsou pravidelně aktualizovány.
4. Výsledky PZSS v oblasti kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče jsou pravidelně sdělovány veřejnosti, a to vhodnou a srozumitelnou formou.

**Standard 1.4:**

Zdravotní péče se v PZSS poskytuje v souladu s aktuálními standardy zdravotní péče.

**Účel a naplnění standardu:**

PZSS má zavedeny standardizované postupy pro poskytování zdravotní péče. PZSS naplní standard tím, že uvede, zda poskytuje zdravotní péči v konkrétních oblastech podle již vytvořených doporučených postupů nebo zda si takové postupy vytváří sám. Pokud se PZSS rozhodne vytvářet si vlastní standardizované postupy, musí přitom respektovat doporučení odborných společností i konkrétní situaci v daném PZSS. PZSS má vypracovanou metodiku vytváření těchto postupů a vytvořené postupy pravidelně aktualizuje a doplňuje. Zdravotní péče poskytovaná v daném PZSS musí respektovat vytvořená doporučení.

Standard není možno interpretovat tak, že pro všechny postupy v PZSS jsou zpracovány standardizované postupy – je naplněn vytvořením výše uvedené metodiky. Obvyklý postup je vybrat ty činnosti, které se v PZSS vyskytují s vyšší frekvencí (např. péče o klienta s diabetem, postup při sebepoškození či agresivním chování) nebo činnosti s vyšší mírou rizika – (např. riziko pádu).<sup>2</sup>

**Indikátory standardu:**

1. PZSS vytvoří metodiku výběru, tvorby a sledování účinnosti standardizovaných postupů pro spektrum poskytované zdravotní péče.
2. Standardizované postupy jsou pravidelně aktualizovány a doplňovány.
3. Standardizované postupy jsou dodržovány.
4. Dodržování standardizovaných postupů je součástí vnitřní kontroly a sběru dat o kvalitě poskytované zdravotní péče.

---

<sup>2</sup> Příklady dalších oblastí/činností vyžadujících zpracování postupů: rehabilitační ošetřování, péče o rizikové skupiny klientů (klienti v nutričním riziku, imobilní klienti, klienti s demencí), péče o klienty s rizikem sebepoškození, provádění méně častých výkonů (např. péče o klienty s PEG) a další.

### **Standard 1.5:**

V PZSS probíhá sběr a analýza dat o kvalitě a bezpečí poskytované zdravotní péče.

#### **Účel a naplnění standardu:**

V PZSS probíhá sběr a analýza objektivních dat o kvalitě poskytované zdravotní péče (indikátorů kvality zdravotní péče). Typ a způsob evidence indikátorů kvality zdravotní péče musí být přiměřené typu PZSS. Způsob, jakým jsou definovány priority v oblasti sběru a analýzy dat, musí PZSS zdůvodnit. Tedy jasně vysvětlit, proč zvolil konkrétní spektrum sledovaných indikátorů, případně proč některé oblasti zdravotní péče sledovány nejsou. Jedním z klíčů, který lze použít pro výběr oblastí sledovaných pomocí indikátorů kvality zdravotní péče, je zaměřit se na postupy, které jsou rizikové, ekonomicky náročné, nekonzistentně prováděné v rámci PZSS či nově zavedené.

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

- a) infekce spojené s poskytováním zdravotní péče (dále jen institucionální nákazy) a protiepidemická opatření;
- b) včasnost, správnost a úplnost zdravotnické dokumentace;
- c) spokojenost klientů; (v rámci hodnocení sociálních služeb)

Práce s objektivními daty o kvalitě a bezpečí vyžaduje jistou erudici a vedení PZSS 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.

PZSS demonstruje, která rozhodnutí byla přijata na základě sledování dat o kvalitě zdravotní péče a jakým způsobem se předávají výsledky těm pracovníkům, kterých se sledovaná data týkají.

S tímto standardem souvisí též standard č 1.1, který definuje účast vedení PZSS na řízení kvality a stanovuje požadavek zveřejňování výsledků v oblasti kvality a bezpečí.

#### **Indikátory standardu:**

1. V PZSS probíhá sběr a analýza dat o kvalitě poskytované zdravotní péče v klíčových provozech, minimálně však v rozsahu písmen a) až c) účelu standardu.
2. Priority pro takový sběr dat definují vedoucí pracovníci PZSS.
3. Výsledky analýzy dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb jsou pravidelně sdělovány všem kompetentním pracovníkům.
4. Výsledky sběru a analýzy dat se využívají k trvalému zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče.

### **Standard 1.6:**

V PZSS je zaveden účinný postup sledování nežádoucích událostí.<sup>3</sup>

#### **Účel a naplnění standardu:**

Sběr dat o nežádoucích událostech a jejich kvalitní analýza jsou jedním ze základních vstupů do řízení rizik a kontinuálního zlepšování kvality poskytované zdravotní péče.

PZSS tento standard naplní, když standardizuje a zavede účinný systém pro hlášení nežádoucích událostí, jehož součástí je i identifikace výstražných událostí (např. pád klienta, aspirace klienta při podávání stravy) a nedokonaných pochybení („skorochyb“). Zavedený systém hlášení může rovněž sledovat výskyt provozních či organizačních selhání dle priorit PZSS.

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, které se šetřením příčin nežádoucích událostí zabývá.

PZSS 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.

PZSS doloží praktické využití získaných informací k prevenci rizik a zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče a demonstruje postupy pro zvyšování motivace pracovníků k hlášení nežádoucích událostí. PZSS by měl na příkladech vysvětlit, jakým způsobem využívá této zpětné vazby k zajištění co nejvyšší míry bezpečí poskytované zdravotní péče.

#### **Indikátory standardu:**

1. V PZSS je vnitřním předpisem stanoven a v praxi zaveden účinný postup hlášení a analýzy nežádoucích událostí. V rámci tohoto postupu PZSS definuje, které události se považují za nežádoucí, výstražné a nedokonané a definuje jejich závažnost s ohledem na riziko pro klienty, pracovníky a další osoby.
2. Priority takového postupu definují řídicí pracovníci PZSS.
3. Předpisem definované výstražné nežádoucí události jsou intenzivně analyzovány.
4. Výsledky analýzy nežádoucích událostí se využívají k trvalému zvyšování bezpečí poskytované zdravotní péče.
5. Jednotliví kompetentní pracovníci jsou informováni o výsledcích analýzy nežádoucích událostí.

---

<sup>3</sup> Nežádoucí událostí se rozumí poškození pacienta nebo riziko tohoto poškození, způsobené činností zdravotnických a nezdravotnických pracovníků zdravotnického zařízení, nikoli onemocněním nebo poraněním pacienta.

## **2. Zdravotní péče**

**Standard 2.1:**

Zdravotní péče se v PZSS poskytuje metodou ošetřovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací.

**Účel a naplnění standardu:**

Ošetřovatelský proces je racionální metoda poskytování a řízení zdravotní péče v PZSS, která se skládá z myšlenkových algoritmů a plánovaných činností vedoucích k uspokojení potřeb klientů (biologické, psychické, sociální, spirituální a případně další specifické potřeby klienta v péči o jeho zdraví).

Ošetřovatelský proces je jediná pracovní metoda, prostřednictvím které nelékařští zdravotničtí pracovníci vyhledávají individuální potřeby klientů a stanovují si cíle a priority zdravotní péče, které vedou k uspokojení těchto potřeb, což je průkazné ze zdravotnické dokumentace.

**Indikátory standardu:**

1. PZSS má stanoven systém zdravotní péče.
2. Zdravotní péče v PZSS se poskytuje metodou ošetřovatelského procesu.
3. Realizace zdravotní péče je dokumentována.
4. Stanovený systém zdravotní péče se dodržuje.



### **Standard 2.2:**

PZSS určí vnitřním předpisem formální a věcné náležitosti zdravotnické dokumentace.

#### **Účel a naplnění standardu:**

Základním dokumentem pro naplnění standardu je vnitřní předpis upravující vedení zdravotnické dokumentace. Úplnost vedené zdravotnické dokumentace je základním předpokladem kvalitní zdravotní péče o klienta. Zdravotnická dokumentace je hlavní formou komunikace mezi jednotlivými zdravotnickými pracovníky, kteří o klienta pečují a musí obsahovat všechny relevantní informace, aby tak byla zajištěna kontinuita zdravotní péče a mezioborová spolupráce. Průkaznost zdravotnické dokumentace je důležitá pro možnost zpětné rekonstrukce poskytnuté zdravotní péče, a to pro potřebu PZSS nebo posudkovou činnost při soudních sporech. PZSS uchovává a archivuje zdravotnickou dokumentaci v souladu s národní legislativou.

Vnitřní předpis PZSS stanoví:

- a) způsob uložení, uchování a archivace zdravotnické dokumentace;
- b) frekvenci, obsah a rozsah pravidelných záznamů nelékařských zdravotnických pracovníků (včetně času záznamu, identifikace a podpisu osob, které záznam provedly);  
U pravidelných záznamů (např. vizita sestry) lze povinnost uvádět čas záznamu naplnit, pokud v harmonogramu oddělení nebo ve vnitřním předpisu je přesně stanovena doba, kdy vizita probíhá. Všechny další záznamy však časovým údajem označeny být musí.
- c) pravidla, na základě kterých nelékařští zdravotničtí pracovníci jednoznačně posoudí nutnost vyšetření klienta lékařem;
- d) osoby, které v souladu s platnou legislativou<sup>4</sup>, mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet a provádět v ní záznamy;
- e) rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření klienta;  
Nelze připustit formulace jako „obvyklý rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření“ nebo „standardní vyšetření klienta“, protože nic takového není normováno.
- f) seznam zkratk používaných ve zdravotnické dokumentaci a seznam zakázaných zkratk či situací, kdy je užívání zkratk zakázáno.

V souladu s předpisem PZSS vydá seznam zakázaných zkratk (resp. výčet dokumentace, v níž je užívání zkratk nepřipustné - např. 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 PZSS, musí být na každé takové zprávě odkaz na místo, kde lze význam zkratk vyhledat, případně může PZSS užívání zkratk v takových dokumentech zakázat.

PZSS zavede pravidelné audity zdravotnické dokumentace a jejich výsledky vyhodnocuje a pracuje s nimi (viz. Standard 1.2).

#### **Indikátory standardu:**

1. PZSS vypracuje vnitřní předpis, který upravuje formální a věcnou náplň zdravotnické dokumentace minimálně v rozsahu písmen a) až f) účelu standardu.

---

<sup>4</sup> viz § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

2. Předpis o zdravotnické dokumentaci respektuje všechny relevantní zákony a podzákoné normy.
3. Zdravotnická dokumentace je vedena v souladu s předpisem.
4. Dodržování předpisu se pravidelně vyhodnocuje.

**Standard 2.3:**

Při poskytování zdravotní péče se respektuje důstojnost a soukromí klientů.

**Účel a naplnění standardu:**

PZSS zajistí, aby při poskytování zdravotní péče byla vždy respektována důstojnost a soukromí klientů.<sup>5</sup> Toto se týká zejména vyšetření klientů lékařem, ošetřování klientů, rozhovorů s nimi a transportu klientů po PZSS. PZSS respektuje jak vizuální, tak auditivní soukromí klientů (někteří klienti mohou odmítat fotografování, pořizování zvukových záznamů či účast na rozhovorech v rámci akreditačního šetření). PZSS zejména zajistí, aby informace o zdravotním stavu klientů nebyly bez jejich výslovného souhlasu prezentovány před nepovolanými osobami (např. jinými klienty, rodinnými příslušníky klienta). Pracovníci PZSS respektují hodnotový systém klienta a jeho individuální potřeby soukromí.

**Indikátory standardu:**

1. Pracovníci PZSS znají hodnotový systém klienta a jeho individuální potřeby soukromí.
2. Při poskytování zdravotní péče je respektována důstojnost a soukromí klientů.

---

<sup>5</sup> viz § 28 dost. 3 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

**Standard 2.4:**

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

**Účel a naplnění standardu:**

PZSS zajišťuje zdravotní péči různým skupinám obyvatel, někteří klienti mají fyzický či psychický handicap, mluví různými jazyky či dialekty, mají kulturní odlišnosti nebo jsou u nich přítomny jiné překážky ztěžující jim komunikaci s pracovníky PZSS i další čerpání zdravotní péče. PZSS by měl o těchto překážkách vědět a měl by realizovat taková opatření, která je odstraní či minimalizují, a to v průběhu celého procesu poskytování zdravotní péče.

**Indikátory standardu:**

1. PZSS zná možné překážky čerpání zdravotní péče u klientů.
2. PZSS stanoví postup, jak odstranit či zmírnit překážky při komunikaci klienta s pracovníky PZSS.
3. PZSS stanoví postup, jak zmírnit dopad překážek na poskytování zdravotní péče.
4. Uvedené postupy jsou zavedeny do praxe.

**Standard 2.5:**

Klienti jsou přiměřeně informováni o povaze zdravotního problému a o navrhované zdravotní péči takovým způsobem, aby se na rozhodování o ní mohli podílet.<sup>6</sup>

**Účel a naplnění standardu:**

Všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci znají své povinnosti v oblasti podpory práv klientů a jejich blízkých podílet se na poskytované zdravotní péči a v rámci svých povinností a kompetencí navrhovanou zdravotní péči srozumitelně vysvětlí klientovi a – pokud je to na místě – jeho blízkým.

Poskytnutá informace vždy obsahuje následující body:

- a) aktuální zdravotní stav klienta;
- b) typ navrhovaného postupu a jeho možné alternativy;
- c) možné výhody a rizika pro klienta;
- d) pravděpodobnost úspěchu navrhovaného postupu;
- e) možné důsledky odmítnutí navrhovaného postupu na zdravotní stav klienta.

Nelékařští zdravotničtí pracovníci PZSS sdělí klientovi jméno nelékařského zdravotnického pracovníka, který má primární odpovědnost za jemu poskytnutou zdravotní péči.<sup>7</sup>

**Indikátory standardu:**

1. PZSS podporuje práva klientů a jejich blízkých podílet se na poskytované zdravotní péči.
2. Klienti jsou informováni o povaze zdravotního problému a o navrhované zdravotní péči, a to nejméně v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu, přičemž informace zajišťuje personál v rámci svých kompetencí.
3. Klienti znají jméno nelékařského zdravotnického pracovníka odpovídajícího za poskytovanou zdravotní péči.

---

<sup>6</sup> viz § 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

<sup>7</sup> viz § 28 odst. 3 písm. g) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

**Standard 2.6:**

V PZSS je zaveden účinný systém edukace klientů a jejich blízkých.

**Účel a naplnění standardu:**

Edukace klientů je významným nástrojem, jak je aktivně zapojit do procesu poskytování zdravotní péče. PZSS standard naplní, když vypracuje postup hodnocení potřeby edukace, rozsahu a způsobu vlastní edukace a postup při dokumentaci provedené edukace. Hodnocením potřeby edukace se rozumí zhodnocení toho, zda klient má dostatek informací týkajících se jeho aktuálního zdravotního stavu či zda je nutné (např. při plánovaném zavedení terapie inzulínem u diabetika, změně dietního režimu klienta) naplánovat edukační program. Postup stanoví, kteří nelékařští zdravotničtí pracovníci edukaci provádějí. Tito pracovníci mají odpovídající kompetence, znalosti a dovednosti.

Pokud je to na místě a není to v rozporu s vůlí klienta, jsou edukováni i jeho blízcí.

Efektivní edukace je týmová záležitost - při jejím poskytování a dokumentování pracovníci, kteří poskytují klientům zdravotní péči, vzájemně spolupracují.

**Indikátory standardu:**

1. Kompetentní nelékařští zdravotničtí pracovníci vyhodnotí u klienta a jeho blízkých potřebu edukace, schopnost k edukaci a ochotu ji přijímat.
2. Edukace klienta se dokumentuje jednotným způsobem.
3. Klienti a jejich blízcí jsou edukováni o svém podílu na rozhodování o poskytování zdravotní péče.
4. V případě potřeby se edukace klientů a jejich blízkých realizuje týmově.

### **Standard 2.7:**

V PZSS je v souladu s platnou legislativou zaveden postup přijímání a řešení stížností klientů a jejich blízkých souvisejících se zdravotní péčí.

#### **Účel a naplnění standardu:**

Je právem každého klienta nebo jeho blízkých vyjádřit svoji nespokojenost se zdravotní péčí formou stížnosti. Stížnosti jsou navíc velmi cenným zdrojem informací, které lze následně využít ke zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče. Stížnosti klientů a jejich blízkých jsou rovněž upraveny národní legislativou.<sup>8</sup>

Prvním krokem je informování klienta o jeho právu na možnost podat stížnost a o způsobu, jakým tak může učinit.

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

a) způsob, jakým jsou klienti a jejich blízcí informováni o svém právu podat stížnost (informace při přijetí, veřejně přístupné informace na webových stránkách či veřejných prostorech PZSS a podobně);

a) možné formy podání stížností (osobní, telefonické, písemné dopisem či elektronickou poštou nebo jiné);

b) cesty podání stížnosti (komu a jakou cestou lze stížnost podat - pracovníkům daného pracoviště, na podatelnu, řediteli PZSS apod.);

c) osoby odpovědné za přijetí a vedení spisu k vyřízení stížnosti;

d) obvyklé způsoby projednávání stížnosti v rámci PZSS (vyjádření zúčastněných, komisionální posouzení a další);

e) termíny, do kterých je nutné informovat klienta o výsledku šetření stížnosti, přičemž nejzazším termínem je 30 kalendářních dnů;

f) postup informování klienta v případě, že nebylo možné dodržet termíny stanovené v předchozím písmenu;

g) postup při odvolání klienta proti výsledku šetření stížnosti;

h) další pravidla a termíny požadované národní legislativou.

#### **Indikátory standardu:**

1. PZSS upraví vnitřním předpisem postup přijímání a vyřizování stížností souvisejících se zdravotní péčí, a to nejméně v rozsahu písmen a) až i) účelu standardu.
2. Každému klientovi je zajištěn přístup k informaci o jeho právu podat stížnost a o způsobu, jakým tak může učinit.
3. Klienti a jejich blízcí mají možnost podat stížnost 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, a to alespoň jednou formou a cestou definovanou vnitřními předpisy PZSS.
4. Stížnosti klientů a jejich blízkých jsou vyhodnocovány s ohledem na jejich počet a oprávněnost, data jsou agregována a slouží ke zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče.

---

<sup>8</sup> § 93 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

**Standard 2.8:**

PZSS stanoví náležitosti vstupního vyšetření při přijetí klientů do PZSS.

**Účel a naplnění standardu:**

Řádně provedené vstupní vyšetření (lékařem či zdravotní sestrou) je zásadní pro stanovení potřeby zdravotní péče u konkrétního klienta a pro její plánování.

PZSS vytvoří vnitřní předpis, který upravuje minimálně následující oblasti vstupního vyšetření:

- a) obsah vstupních vyšetření (minimálně anamnéza a fyzikální vyšetření);
- b) formu vstupních vyšetření;
- c) rozsah vstupních vyšetření, který odpovídá spektru zdravotní péče a služeb PZSS;  
Standard připouští nestejný rozsah odebírané vstupní anamnézy a prováděných vstupních vyšetření.
- d) časové intervaly, do kterých je nutné vstupní vyšetření nejpozději provést,
- e) Délka časových intervalů reflektuje spektrum zdravotní péče, které PZSS poskytuje a potřeby konkrétních klientů.
- f) požadavky na kvalifikaci nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří vstupní vyšetření provádějí;
- g) rozsah dokumentace vstupních vyšetření.

Na základě provedených vstupních vyšetření se stanoví a dokumentuje vstupní diagnóza (diagnózy) a plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče.

**Indikátory standardu:**

1. PZSS stanoví vnitřním předpisem náležitosti vstupního vyšetření minimálně v rozsahu písmen a) až f) účelu standardu.
2. Předpis se v praxi dodržuje.



**Standard 2.9:**

Pro každého klienta, kterému je v PZSS poskytována zdravotní péče, je na základě vyhodnocení všech jeho potřeb písemně stanoven kompletní plán zdravotní péče.

**Účel a naplnění standardu:**

Standard vyžaduje, aby u každého klienta, kterému je v PZSS poskytována zdravotní péče, v čase přijetí do PZSS byl stanoven kompletní plán zdravotní péče a z něj vyplývající plán terapeutických opatření a ošetrovatelské péče včetně režimových opatření. Při plánování a poskytování zdravotní péče klientům dochází k její integraci a musí být tedy zjevné, že se klientům poskytuje multidisciplinárně a koordinovaně.

K naplnění standardu není třeba vypracovávat vnitřní předpis, je však nutné zajistit realizaci požadavků standardu. Ve zdravotnické dokumentaci klientů není nutno určitou část explicitně označit jako „kompletní plán zdravotní péče“, ze záznamů musí však vyplývat, že zdravotní péče pro daného klienta se při přijetí do PZSS plánuje a že se kompletní plán zdravotní péče upravuje v závislosti na změnách zdravotního stavu klienta a s ohledem na průběžně získávané výsledky provedených vyšetření.

Kompletní plán zdravotní péče představuje společně s další dokumentací doklad o kvalitě a kvantitě, vhodnosti a přiměřenosti zdravotní péče poskytované danému klientovi.

PZSS stanoví časové intervaly pro sestavení kompletního plánu zdravotní péče tak, aby interval od přijetí klienta do sestavení kompletního plánu zdravotní péče, byl v souladu s platnou legislativou.

**Indikátory standardu:**

1. U každého klienta je v souladu s platnou legislativou stanoven kompletní plán zdravotní péče.
2. Při plánování zdravotní péče o klienty dochází k její integraci mezi jednotlivými nelékařskými zdravotnickými pracovníky PZSS a případně dalšími poskytovateli.
3. Plán se naplňuje, upravuje a vyhodnocuje v závislosti na vývoji zdravotního stavu klienta.
4. Plán, jeho úpravy a integrace zdravotnické péče se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace klienta.

**Standard 2.10:**

U všech klientů se provádí a dokumentuje pravidelné přehodnocení jejich zdravotního stavu.

**Účel a naplnění standardu:**

Pravidelné přehodnocení zdravotního stavu klientů je důležité pro stanovení potřeby zdravotní péče a pro posouzení účinnosti dosud realizované zdravotní péče. PZSS stanoví vnitřním předpisem minimální intervaly a rozsah tohoto přehodnocení. Přehodnocení zdravotního stavu klienta se dokumentuje.

**Indikátory standardu:**

1. PZSS stanoví vnitřním předpisem minimální intervaly a rozsah přehodnocování zdravotního stavu klientů.
2. Nelékařští zdravotničtí pracovníci PZSS předpis dodržují.
3. Přehodnocení zdravotního stavu klienta se zaznamenává do zdravotnické dokumentace.

### **Standard 2.11:**

PZSS zavede účinný postup provádění kardiopulmonální resuscitace.

#### **Účel a naplnění standardu:**

PZSS vytvoří vnitřní předpis, který upraví minimálně následující oblasti:

- a) vybavení jednotlivých pracovišť přístroji a zdravotnickými prostředky k neodkladné kardiopulmonální resuscitaci (KPR);  
Spektrum tohoto vybavení záleží na rozhodnutí vedení PZSS a musí vycházet ze spektra klientů.
- b) frekvenci kontrol funkčnosti přístrojů a expirační doby zdravotnických prostředků (minimálně jedenkrát měsíčně);  
Pověřený pracovník o provedené kontrole učiní zápis.
- c) organizační aspekty provádění KPR - jak probíhá případná resuscitace organizačně (kdo ji zajišťuje pro jednotlivá pracoviště, jaké jsou telefonní kontakty atd.);
- d) rozsah a frekvenci školení jednotlivých skupin pracovníků v KPR.  
Toto proškolení se vždy týká nelékařských zdravotnických pracovníků a dle rozhodnutí vedení PZSS i dalších pracovníků. Zvláštní pozornost je věnována včasnému proškolení nově přijatých pracovníků.

#### **Indikátory standardu:**

1. PZSS má vypracovaný vnitřní předpis upravující postup při neodkladné KPR minimálně v rozsahu písmen a) až d) účelu standardu.
2. Praxe v PZSS je v souladu s vnitřním předpisem.
3. PZSS zajistí trvalou dostupnost KPR pro klienty, pracovníky a další osoby ve všech svých prostorách.

**Standard 2.12:**

PZSS má zaveden účinný systém aktivizace, ergoterapie, případně rehabilitační péče.

**Účel standardu:**

PZSS respektuje právo klientů na účinnou rehabilitaci, na základě jejich potřeb jim zajišťuje aktivizaci, ergoterapii případně rehabilitační péči či rehabilitační ošetřovatelství. PZSS vnitřním předpisem stanoví postupy zaměřené na minimálně následující body:

- a) zhodnocení potřeby aktivizace či ergoterapie a odborné posouzení potřeby rehabilitace klienta;
- b) zpracování plánu rehabilitační péče pro indikované klienty včetně stanovení intervalů jeho přehodnocení;
- c) seznámení klienta a pracovníků, pečujících o klienta, s plánem rehabilitační péče a jejího vyhodnocování;
- d) edukace klientů a jejich blízkých o rehabilitačních postupech;
- e) vzdělávání pracovníků PZSS ve výše uvedené oblasti.

**Indikátory standardu:**

1. Klientům, s potřebou ergoterapie případně rehabilitační péče, je tato péče zajištěna.
2. Vnitřní předpis upravující organizaci ergoterapie a rehabilitační péče v PZSS obsahuje alespoň body a) až e) uvedené v účelu standardu.
3. Předpis se v PZSS dodržuje.

**Standard 2.13:**

Na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a podávání stravy a skladování, distribuci a podávání enterální klinické výživy.

**Účel a naplnění standardu:**

PZSS upraví vnitřním předpisem postup při skladování, přípravě, distribuci a podávání stravy a skladování, distribuci a podávání enterální klinické výživy včetně stanovení konkrétní odpovědnosti jednotlivých pracovníků.

Pokud je některá z výše uvedených činností zajišťována dodavatelsky, je popsána úprava součástí smlouvy PZSS s dodavatelem – tuto smlouvu PZSS při akreditačním šetření předloží.

PZSS prokáže odpovídající zaškolení pracovníků připravujících stravu, a to včetně osob, které stravu převážejí a které klientům stravu podávají. Toto se týká i osob, které nejsou zaměstnanci PZSS (blízcí klienta, studenti, stážisté, dodavatelé).

Všichni pracovníci, kteří se podílejí na přípravě a podávání stravy, používají předepsané ochranné pomůcky.

Veškeré uvedené kroky jsou v souladu s národní legislativou.

**Indikátory standardu:**

1. PZSS upraví vnitřním předpisem postup při přípravě, skladování, distribuci a podávání stravy a skladování, distribuci a podávání enterální klinické výživy včetně stanovení konkrétní odpovědnosti jednotlivých pracovníků PZSS a externích dodavatelů.
2. PZSS prokáže odpovídající zaškolení všech osob, které se podílejí na skladování, přípravě, distribuci a podávání stravy klientům.
3. Všichni pracovníci, kteří se podílejí na přípravě a podávání stravy, používají předepsané ochranné pomůcky.
4. Předpis se v PZSS dodržuje.

**Standard 2.14:**

Strava je klientům podávána bezpečným, přesným, včasným a pro ně přijatelným způsobem, který je stanoven pro dané PZSS a je schválen nutričním terapeutem.

**Účel a naplnění standardu:**

PZSS standard naplní zpracováním vnitřního předpisu upravujícího podávání stravy klientům. Obsahem předpisu je také postup realizace organizačních opatření a stanovení odpovědnosti jednotlivých osob za jejich správnou realizaci. Protože neexistuje jednotný závazný Dietní systém pro zařízení, musí být přílohou vnitřního předpisu výčet používaných diet (vlastní Dietní systém PZSS), s jejich jasnou specifikací, názvem i nutriční hodnotou. Dietní systém musí odpovídat potřebám klientů PZSS, druhu poskytované zdravotní péče a soudobým nutričním požadavkům. Pokud v PZSS existuje nabídka stravy pro klienta nad rámec stravy standardně podávané, tato strava odpovídá dle možností požadavkům na dietní stravování konkrétních klientů.

Vnitřní předpis upravuje minimálně následující oblasti:

- a) určení osob odpovědných za ordinaci diet klientům včetně enterální klinické výživy (lékaři);
- b) určení osob rozhodujících o formě a skladbě stravy v souladu s ordinací lékaře (nutriční terapeuti);
- c) určení osob odpovědných za podávání stravy a kontrolu stravovacího režimu klientů;
- d) činnosti nutričního terapeuta v systému zajištění léčebné výživy pro klienty;
- e) stanovení aktuálního seznamu používaných diet s jejich slovní a nutriční charakteristikou (vlastní Dietní systém PZSS) s tím, že tento seznam se aktualizuje minimálně 1x za 3 roky;
- f) postup v nestandardních situacích (např. potřebuje-li klient dietu, která není uvedena v Dietním systému PZSS, odmítá-li klient stravu nebo má-li průjem);
- g) podávání stravy osobami, které nejsou zaměstnanci PZSS (např. blízcí klienta, studenti).

**Indikátory standardu:**

1. PZSS má vypracovaný vnitřní předpis upravující postup při objednávání a podávání stravy klientům minimálně v rozsahu písmen a) až g) účelu standardu.
2. Dietní systém musí odpovídat potřebám klientů PZSS, druhu poskytované zdravotní péče a soudobým nutričním požadavkům.
3. Předpis se v PZSS dodržuje.

**Standard 2.15:**

Klientům s poruchou výživy PZSS multidisciplinárně zajišťuje nutriční léčbu. Efekt nutriční léčby se zaznamenává do zdravotnické dokumentace klientů.

**Účel standardu:**

Identifikace nutričního stavu všech klientů PZSS se provádí vždy při přijetí do zařízení a dále pravidelně a opakovaně (na základě objektivní identifikace nutričních rizik - např. pomocí MNA dotazníku). Nutriční stav klienta je nutno identifikovat i v dalších specifických situacích stanovených vnitřním předpisem (např. návrat klienta z hospitalizace, nedojídá-li klient tři po sobě jdoucí hlavní jídla).

Klienti identifikovaní jako nutričně riziková (a to jak v rámci příjmového vyšetření, tak v průběhu jejich pobytu v PZSS) jsou v časovém intervalu stanoveném PZSS vyšetřeni nutričním terapeutem a výsledky vyšetření jsou zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci. Pokud se podezření z nutričního rizika potvrdí, nutriční terapeut stanoví cíl a sestaví plán nutriční léčby, kterou neprodleně zahájí. Vývoj nutričního stavu klienta se sleduje, opakovaně reviduje a dokumentuje. Na plánování, zajišťování a vyhodnocování nutriční léčby spolupracují nutriční terapeut, ošetrovatelský personál, lékař, klient a, je-li to na místě, i jeho blízcí.

**Indikátory standardu:**

1. U každého klienta se po přijetí do PZSS a dále v pravidelných a opakovaných intervalech, stanovených vnitřním předpisem, hodnotí jeho nutriční stav.
2. Nutriční stav klienta je identifikován i v dalších specifických situacích stanovených vnitřním předpisem.
3. Klienti, u kterých bylo identifikováno nutriční riziko, mají stanoven cíl a plán nutriční péče a zajištění adekvátní nutriční léčby.
4. Plánování, zajišťování a sledování efektu nutriční léčby probíhá multidisciplinárně.
5. Poskytnutá nutriční léčba se zaznamenává do zdravotnické dokumentace klienta.

**Standard 2.16:**

PZSS upraví vnitřním předpisem postup při objednávání, skladování a likvidaci léků.

**Účel a naplnění standardu:**

PZSS standard naplní, pokud vypracuje vnitřní předpis, který v souladu s platnou legislativou, stanoví konkrétní postupy při objednávání, skladování a likvidaci léků.

Postup při objednávání léků zahrnuje řešení neobvyklých situací (např. zajištění léků obvykle neskladovaných v PZSS, postup při zajištění nutného léku v mimopracovní době). Vnitřní předpis upravuje v souladu s platnou legislativou postupy u zvláštních skupin léků (např. návykové látky, vnesené léky).

PZSS zajistí správné a bezpečné skladování léků ve všech skladovacích prostorách na jednotlivých pracovištích PZSS splněním následujících podmínek:

- a) léky jsou skladovány za podmínek předepsaných výrobcem;
- b) návykové látky jsou skladovány za podmínek stanovených příslušnou legislativou<sup>9</sup>;
- c) v prostorách, kde jsou léky skladovány, probíhají pravidelné kontroly zaměřené na dodržení skladovacích podmínek;
- d) PZSS stanoví vnitřním předpisem, jak jsou označovány a skladovány léky vnesené klienty.

Dále je vnitřním předpisem, v souladu s platnou legislativou, upraven postup pro likvidaci léků.

**Indikátory standardu:**

1. PZSS má vypracovaný vnitřní předpis upravující postupy při objednávání, skladování a likvidaci léků.
2. Postup zahrnuje řešení neobvyklých situací při objednávání, skladování a likvidaci léků.
3. Léky jsou správně a bezpečně skladovány dle podmínek a) až d) účelu standardu.

---

<sup>9</sup> viz § 10 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách.



**Standard 2.17:**

Podávání léků v PZSS probíhá dle stanovených postupů.

**Účel standardu:**

PZSS má vytvořen vnitřní předpis, který v souladu s platnou legislativou, definuje:

- a) konkrétní postupy při podávání léků včetně podávání léků v neobvyklých situacích;
- b) podávání některých skupin léků (např. opiáty a vnesená léky) či podávání léků některým skupinám klientům (např. dětem, oslabeným seniorům, psychiatrickým klientům);
- c) postupy v případě, že si klienti podávají ordinované léky sami;
- d) postup při standardizovaných situacích (například změna lékové formy)
- e) postup při ústních nebo telefonických ordinacích a přijatelnost těchto ordinací;
- f) osoby, které jsou oprávněny léky klientům podávat a požadavky na jejich odbornou či specializovanou způsobilost;
- g) postup při hlášení zaznamenaných nežádoucích účinků léků.

**Indikátory standardu:**

1. PZSS má vytvořen vnitřní předpis, který v souladu s platnou legislativou, upravuje postupy při podávání léků v rozsahu písmen a) až g) účelu standardu.
2. Tento předpis se dodržuje.

**Standard 2.18:**

Léky se klientům podávají v souladu s ordinací lékaře a podání se dokumentuje.<sup>10</sup>

**Účel a naplnění standardu:**

Ve zdravotnické dokumentaci každého klienta, který dostává medikaci, je uvedeno, které léky dostává, jejich dávkování, způsob a frekvence podávání, kdo a kdy léky podal.

PZSS 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 klienta;
- f) Konkrétní postup ověřování stanoví vnitřní předpis.

Postup při podávání léků je pravidelně vyhodnocován a aktualizován.

**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>10</sup> viz § 1 odst. 2. písm. e) vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

**Standard 2.19:**

PZSS zajistí bezpečný a spolehlivý provoz zdravotnické techniky a měřidel.

**Účel a naplnění standardu:**

Provoz zdravotnické techniky a měřidel podléhá legislativě. Jedním z požadavků standardu je tedy dodržování legislativy v této oblasti.<sup>11</sup>

PZSS standard naplní, pokud prokáže, že eviduje všechnu zdravotnickou techniku a měřidla, která jsou zde používána, a to včetně přístrojů darovaných, zapůjčených, ve zkušebním provozu a podobně. U zdravotnické techniky 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. Pracovníci, kteří s přístroji pracují či se podílejí na jejich údržbě, jsou k tomuto účelu adekvátně školeni.

**Indikátory standardu:**

1. PZSS dodržuje platnou legislativu v oblasti provozu zdravotnické techniky a měřidel.
2. PZSS eviduje všechnu zdravotnickou techniku a měřidla, která se v PZSS používají a plánuje u nich revize, kalibrace, bezpečnostně technické kontroly či další příslušné úkony s ohledem na platnou legislativu a požadavky výrobce.
3. Všechna zdravotnická technika a měřidla, která se v PZSS používají, mají platné doklady o revizích, kalibracích, ověřeních, validacích, bezpečnostně technických kontrolách či dalších preventivních úkonech s ohledem na platnou legislativu a požadavky výrobce.
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.

---

<sup>11</sup> viz zákon č. 505/1990 Sb., o metrologii; vyhláška ministerstva průmyslu a obchodu č. 345/2005 Sb., kterou se stanoví měřidla k povinnému ověřování a měřidla podléhající schválení typu; zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích.

### **3. Dostupnost a kontinuita zdravotní péče**

**Standard 3.1:**

PZSS stanoví a realizuje postup pro zajištění kontinuity zdravotní péče klientům a pro zajištění koordinace činnosti všech nelékařských zdravotnických pracovníků. PZSS vždy stanoví nelékařského zdravotnického pracovníka, který odpovídá za koordinaci veškeré zdravotní péče o klienta.

**Účel a naplnění standardu:**

V průběhu procesu poskytování zdravotní péče se zajišťuje uspokojování potřeb klienta pomocí zdrojů v rámci PZSS a v případě potřeby i mimo PZSS. Na zdravotní péči o klienta se v PZSS může podílet více nelékařských zdravotnických pracovníků z různých úseků. PZSS zajistí jejich vzájemnou koordinaci a stanoví nelékařského zdravotnického pracovníka, který je odpovědný za koordinaci zdravotní péče poskytované klientovi. PZSS zajistí, aby klienti znali jméno tohoto pracovníka a aby v případě jeho nepřítomnosti na pracovišti tato odpovědnost přecházela na jiného nelékařského zdravotnického pracovníka.

**Indikátory standardu:**

1. PZSS stanoví vnitřním předpisem postupy, které zajišťují návaznost a koordinaci poskytované zdravotní péče klientům v rámci PZSS <sup>12</sup> i mimo PZSS.
2. PZSS stanoví vnitřním předpisem, nelékařského zdravotnického pracovníka, který je odpovědný za koordinaci zdravotní péče o klienta.
3. Klient zná jméno nelékařského zdravotnického pracovníka, který koordinuje jeho zdravotní péči je seznámen s návazností jednotlivých činností.
4. Vnitřní předpis se v praxi dodržuje.

---

<sup>12</sup> viz § 46 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

**Standard 3.2:**

PZSS má systém, kterým se snaží získat výsledky vyšetření provedených v zdravotnickém zařízení. Klientům PZSS je na základě propouštěcí zprávy z nemocnice nebo na základě doporučení specialistů zabezpečena příslušná lékařská a ošetrovatelská péče.

**Účel a naplnění standardu:**

Účelem standardu je přiměřené zabezpečení kontinuity zdravotní péče při předávání z péče sekundární.

Pokud klienti přichází ze sekundární péče bez výsledků, které jsou nutné k dalšímu správnému rozhodnutí o zdravotní péči, má PZSS vytvořen systém, jak se dozvědět o těchto výsledcích.

Výsledky jsou vhodnou formou včleňovány do zdravotnické dokumentace klienta.

**Indikátory standardu:**

1. PZSS má vytvořen systém, jak zjistit výsledky vyšetření provedených v sekundární péči a jak s nimi pracovat.
2. Doporučení specialistů jsou realizována, případně je zdůvodněn jiný postup.
3. Výsledky jsou vhodnou formou včleňovány do zdravotnické dokumentace.

**Standard 3.3:**

Každé předání klienta mezi směnami, mezi druhy péče či při překladech do jiného zařízení, provádí kompetentní pracovník kompetentnímu pracovníkovi, a je upraveno vnitřním předpisem s cílem zajistit klientům standardní úroveň zdravotní péče.

**Účel a naplnění standardu:**

Tuto povinnost PZSS uloží svým nelékařským zdravotnickým pracovníkům ve vnitřním předpisu PZSS upravujícím vedení zdravotnické dokumentace.

Vnitřní předpis pro veškeré typy předání klientů upravuje alespoň následující podmínky:

- a) minimální požadavky na kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří klienta předávají/přebírají;
- b) postup při překladech klienta mezi směnami;
- c) postup při překladech klienta mezi druhy péče či do jiného zařízení;  
Před překladem klientů do jiného zařízení, musí tohoto zařízení potvrdit, že klienta přijme; toto potvrzení je zajištěno ještě před vlastním transportem (pokud je to vzhledem k místním podmínkám a stavu klienta možné). Pokud existují formální či neformální dohody o přebírání klientů do jiných zařízení, v předpisu se to uvede.
- d) formu předání klientů (u lůžka, ústně a se zdravotnickou dokumentací, pouze zápisem do zdravotnické dokumentace, předávacím protokolem);  
Při předání klienta do jiného druhu péče či na jiné pracoviště musí být proveden záznam ve zdravotnické dokumentaci klienta.
- e) obsah a formu zápisu do zdravotnické dokumentace klientů při předání.

**Indikátory standardu:**

1. PZSS ve vnitřním předpisu upraví postup nelékařských zdravotnických pracovníků při předávání klientů, a to nejméně v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu.
2. Předpis se v PZSS dodržuje.

**Standard 3.4:**

PZSS spolupracuje s ambulantními i lůžkovými zdravotnickými zařízeními, s lékaři primární péče a dalšími vhodnými organizacemi s cílem zajistit svým klientům včas a správně odpovídající zdravotní péči.

**Účel a naplnění standardu:**

Odeslání klienta do péče ambulantního či lůžkového zdravotnického zařízení nebo jiné instituce musí být plánováno. PZSS zná spektrum zdravotnických zařízení ve své spádové oblasti i to jaké druhy a formy zdravotní péče tato zařízení poskytují a o jaké skupiny klientů pečují. S těmito zdravotnickými zařízeními, případně dalšími institucemi naváže formální nebo neformální vztahy.

**Indikátory standardu:**

1. PZSS zná spektrum zdravotnických zařízení ve své spádové oblasti.
2. Při zajištění další zdravotní péče využívá PZSS služeb zařízení ve své spádové oblasti, pokud je to možné.
3. Pokud je to možné, zajišťuje se pro klienty podpůrná zdravotní péče.



**Standard 3.5:**

PZSS zajistí paliativní péči indikovaným klientům vlastními silami nebo ve spolupráci se specializovanými poskytovateli paliativní péče, případně předáním klienta do péče jiného zařízení.

**Účel a naplnění standardu:**

PZSS zná a dodržuje aplikovatelné doporučené postupy v přístupu k umírajícím klientům.

O umírajícího klienta i jeho rodinu se nelékařští zdravotničtí pracovníci starají se zvláštní ohleduplností a respektem k psychosociálním, náboženským a spirituálním potřebám a snaží se zohledňovat jeho přání.

PZSS zná organizace, které se problematikou paliativní péče zabývají. V případě potřeby s nimi spolupracuje.

**Indikátory standardu:**

1. PZSS zná a dodržuje aplikovatelné doporučené postupy v přístupu k umírajícím klientům.
2. PZSS má k dispozici potřebné kontakty na poskytovatele paliativní péče a v případě potřeby s nimi spolupracuje.
3. PZSS zajistí paliativní péči indikovaným klientům.

**Standard 3.6:**

Před dočasným pobytem klienta mimo PZSS (např. u rodiny, v lázeňském zařízení) jsou klienti, případně jejich blízcí, srozumitelným způsobem informováni o režimových opatřeních v rámci zachování kontinuity poskytované zdravotní péče.

**Účel a naplnění standardu:**

Podání jasných informací o režimových opatřeních (např. strava, pohybový režim, převazy, stanovení zátěže) při dočasném pobytu klienta mimo PZSS, je zásadní pro zabezpečení optimálních výsledků zdravotní péče. Součástí informací jsou pokyny o tom, za jakých okolností a kde, je třeba neodkladně vyhledat zdravotní péči. PZSS tyto informace poskytne písemně, jednoduchým a srozumitelným způsobem.

**Indikátory standardu:**

1. Informace o režimových opatřeních pro dobu pobytu klienta mimo PZSS se podávají klientovi, případně jeho blízkým, písemně jednoduchou formou a srozumitelným způsobem.<sup>13</sup>
2. Součástí informací jsou pokyny o tom, za jakých okolností a kde, je třeba neodkladně vyhledat zdravotní péči.

---

<sup>13</sup> viz § 46 odst. 1 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

## **4. Hygiena prostředí a protiepidemická opatření**

**Standard 4.1:**

PZSS má vytvořen a zaveden do praxe koordinační postup k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, program ke snížení rizik infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče (dále jen institucionálních nákaz) a profesionálních infekcí pracovníků.

**Účel a naplnění standardu:**

PZSS standard naplní vytvořením programu kontroly infekcí, který zahrnuje způsob a rozsah hlášení infekčních onemocnění, systém sledování a evidence institucionálních nákaz a profesionálních infekcí pracovníků. Program musí být komplexní a musí zahrnovat jak problematiku zdravotní péče o klienta, tak oblast zdraví pracovníků a začleňuje všechny prostory PZSS sloužící klientům, pracovníkům a návštěvám. Program kontroly institucionálních nákaz a profesionálních infekcí úzce souvisí se zdravotní péčí a dalšími činnostmi v rámci PZSS. Dozorem nad programem kontroly institucionálních nákaz a profesionálních infekcí (sběr dat, předávání hlášení, kontakt s orgánem veřejného zdraví) je pověřen jeden pracovník PZSS. Výsledky monitoringu institucionálních nákaz a profesionálních infekcí jsou pravidelně sdělovány pracovníkům PZSS. Všichni pracovníci mají orientační přehled o postupu, způsobu hlášení a evidenci infekčních onemocnění, institucionálních nákaz a profesionálních infekcí. V souladu s platnou legislativou PZSS spolupracuje s orgánem ochrany veřejného zdraví a předkládá mu zprávy o výskytu infekčních onemocnění a opatření ke snížení rizik institucionálních nákaz a profesionálních infekcí.

**Indikátory standardu:**

1. PZSS hlásí výskyt infekčních onemocnění v souladu s platnou legislativou.<sup>14</sup>
2. PZSS sleduje výskyt všech institucionálních nákaz v souladu s platnou legislativou.<sup>15</sup>
3. PZSS sleduje výskyt všech profesionálních infekcí v souladu s platnou legislativou.
4. PZSS provádí opatření ke snížení vzniku a šíření infekčních onemocnění, snížení rizik institucionálních nákaz a profesionálních infekcí.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> viz § 16 odst. 2 písm. b) zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veř. zdraví; § 2 vyhlášky MZ 195/2005 Sb.

<sup>15</sup> viz § 16 odst. 2 písm. a) zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veř. zdraví

§ 15 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veř. zdraví

**Standard 4.2:**

V PZSS se dodržuje hygiena rukou.

**Účel a naplnění standardu:**

Mytí a dezinfekce rukou jsou základem prevence institucionálních nákaz. Dodržování zásad hygieny rukou je vhodným indikátorem kvality zdravotní péče.

PZSS standard naplní dostupností a dostatečným množstvím funkčních zásobníků na mycí emulze a mýdlo, dezinfekční prostředky a jednorázové ručníky na místech epidemiologicky a provozně významných. Po spotřebování dezinfekčního přípravku v dávkovačích je nutné dávkovač mechanicky omýt, doplnit dezinfekčním přípravkem a označit datem plnění, expirace a názvem dezinfekčního přípravku. Na viditelných a dostupných místech je vhodné umístit názorné obrázky správné techniky mytí a dezinfekce rukou (hygienická) a používání rukavic. Pracovníci jsou pravidelně školeni kompetentními osobami ve správné technice mytí a dezinfekce rukou v souladu s platnou legislativou. O školení je vedena evidence. PZSS kontroluje pracovní postupy a činnosti, kde je vyžadováno mytí a dezinfekce rukou a používání rukavic.

**Indikátory standardu:**

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

### **Standard 4.3:**

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

#### **Účel a naplnění standardu:**

PZSS je povinen dodržovat hygienické požadavky při příjmu a ošetřování klientů v souladu s platnou legislativou.<sup>17</sup> PZSS 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 PZSS (např. v provozním řádu či dalších vnitřních předpisech). Riziková místa a činnosti hygienicko-epidemiologicky významné jsou PZSS pravidelně kontrolovány a stanovené postupy a metody se dodržují.

Mezi tyto oblasti a činnosti patří:

- a) ošetření klientů;
- b) zásady dezinfekce;
- c) zásady sterilizace a její kontroly;
- d) zásady manipulace s prádlem;
- e) zásady manipulace se surovinami, se stravou a s prostředky pro její přípravu;
- f) zásady úklidu a malování;
- g) zásady a postup při kontaminaci prostor a ploch biologickým materiálem;
- h) zásady třídění, shromažďování a likvidace odpadu;
- i) zásobování vodou – opatření na prevenci legionelózy;
- j) hlášení infekčních onemocnění, institucionálních nákaz a profesionálních infekcí;
- k) bariérová ošetrovací technika;
- l) režimová a edukační opatření omezující šíření přenosných chorob
- m) hygiena rukou;
- n) poranění o použitou jehlu, kontaminovanou pomůcku, expozice biologickému materiálu;
- o) odběr a manipulace s biologickým materiálem;
- p) ochranná dezinfekce, deratizace;

#### **Indikátory standardu:**

1. PZSS má vypracovaný provozní řád minimálně v rozsahu písmen a) až l) účelu standardu.
2. Provizní řád se dodržuje
3. PZSS stanoví metody a postupy, které jsou spojeny s rizikem infekce a určí jednotné postupy za účelem snižování rizika infekce, a to minimálně v rozsahu písmen a) až p) účelu standardu.
4. Stanovené postupy a metody se dodržují a PZSS je kontroluje.

---

<sup>17</sup> viz § 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.

**Standard 4.4:**

PZSS provádí školení pracovníků v oblasti hygienicko-epidemiologické problematiky.

**Účel a naplnění standardu:**

PZSS 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 institucionálních nákaz apod.

PZSS standard naplní vypracováním vnitřních předpisů souvisejících s protiepidemickými opatřeními a průběžným školením pracovníku PZSS v této problematice. Při posuzování shody se standardem bude vyžadováno předložení prezenční listiny či záznamu o provedených školeních (např. semináře, provozní schůzky, porady).

**Indikátory standardu:**

1. PZSS provádí školení pracovníků v oblasti hygienicko-epidemiologických předpisů.
2. Školení reaguje na významné změny v oblasti hygienických a epidemiologických požadavků na provoz PZSS v souladu s platnou legislativou.
3. Pracovníci znají a dodržují postupy, ve kterých jsou školeni.

**Standard 4.5:**

PZSS 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>18</sup> Její dodržování je pro naplnění tohoto standardu zásadní.

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

---

<sup>18</sup> viz zákon č. 350/2011 Sb., chemický zákon; zákon č. 185/2011 Sb., o odpadech; zákon č. 18/1997 Sb., atomový zákon; zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech a další související právní předpisy.



## **5. Řízení lidských zdrojů**

### **Standard 5.1:**

Vedení PZSS plánuje počet nelékařských zdravotnických pracovníků a jejich kvalifikaci, potřebnou k zajištění odpovídající zdravotní péče o klienty a další rozvíjení (rozšiřování) této kvalifikace.

#### **Účel a naplnění standardu:**

V návaznosti na poslání PZSS, spektrum poskytované zdravotní péče a potřeby klientů a jejich blízkých a ve vazbě na předepsané normativy, vedení PZSS stanoví počty potřebných nelékařských zdravotnických pracovníků, jejich požadovanou kvalifikaci a definuje podmínky a pravidla jejich dalšího vzdělávání. Pokud PZSS z nějakého důvodu plán nedodržuje (např. z důvodu nedostatku nelékařských zdravotnických pracovníků), vedení PZSS tuto skutečnost vede v patrnosti a přijímá opatření, aby tato situace neohrozila kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče.

PZSS standard naplní, pokud prokáže, že plánuje obsazení jednotlivých pracovišť a kontinuální vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, že tento plán je aktuální a v praxi se dodržuje.

#### **Indikátory standardu:**

1. Počty nelékařských zdravotnických pracovníků pro jednotlivá pracoviště a jejich kvalifikace se v PZSS plánují.
2. Počty a kvalifikace nelékařských zdravotnických pracovníků odpovídají plánu nebo jsou v PZSS přijímána náhradní opatření.
3. Kontinuální vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků se plánuje v souladu s potřebami PZSS.
4. Každému nelékařskému zdravotnickému pracovníkovi je umožňováno nebo přímo poskytováno vzdělání a odborné školení, které udržuje či zvyšuje jeho odborné znalosti a dovednosti, a to jak v rámci PZSS, tak mimo něj.
5. PZSS dodržuje platnou legislativu v oblasti plánování počtu a rozšiřování kvalifikace nelékařských zdravotnických pracovníků.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> viz § 11 odst. 3 a 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; § 230 až 235 zákona č. 262/2005 Sb. č. 385/2012 Sb., zákoník práce.

**Standard 5.2:**

Povinnosti každého nelékařského zdravotnického pracovníka PZSS jsou stanoveny v platné náplni práce.

**Účel a naplnění standardu:**

Povinnosti a z nich vyplývající pravomoci každého nelékařského zdravotnického pracovníka (včetně těch, kteří pracují na podkladě jiného než pracovněprávního vztahu) je třeba přesně definovat. Stanovené povinnosti nelékařských zdravotnických pracovníků musí odpovídat jejich skutečné činnosti a musí být definovány písemně tak, aby byly pro nelékařské zdravotnické pracovníky závazné (např. jako příloha pracovní smlouvy nebo přímo jako součást dodavatelské smlouvy u externích pracovníků). Při určování náplně práce je třeba postihnout i situace, kdy se povinnosti nelékařského zdravotnického pracovníka mění (např. při službě mimo pracovní dobu). Pokud se na některé činnosti vztahují zvláštní požadavky na odbornou kvalifikaci (dosažené vzdělání, praxe), náplň práce musí být v souladu s těmito požadavky.

**Indikátory standardu:**

1. Každý nelékařský zdravotnický pracovník PZSS má písemně stanovenou náplň práce.
2. Náplň práce každého nelékařského zdravotnického pracovníka odpovídá jeho dosaženému vzdělání, kvalifikaci a předchozí odborné praxi.
3. Náplň práce každého nelékařského zdravotnického pracovníka je aktuální a odpovídá realitě.
4. Nelékařští zdravotničtí pracovníci znají svoje povinnosti vyplývající z náplně práce.

### **Standard 5.3:**

Všichni pracovníci PZSS, kteří poskytují zdravotní péči, mají v souladu s platnou legislativou stanovené aktuální spektrum svých kompetencí, které jsou pravidelně hodnoceny a aktualizovány.

#### **Účel a naplnění standardu:**

Každý pracovník PZSS, poskytující zdravotní péči, musí mít při nástupu do zaměstnání stanovené, společně s popisem pracovní náplně, i spektrum konkrétních kompetencí (činnosti, které smí provádět v souvislosti se zdravotní péčí o klienty). Kompetence mu jsou přidělovány nejen na základě jeho vzdělání, ale také na základě poslání PZSS, spektra klientů a jejich potřeb, specifických úkolů konkrétního pracoviště a v neposlední řadě osobních znalostí a dovedností, zdravotního stavu a hodnotového systému daného nelékařského zdravotnického pracovníka. Při stanovování kompetencí je nutné vycházet z platné legislativy a je možné přihlídnout například k doporučením odborných společností.

Vzhledem k tomu, že podmínky pro stanovení kompetencí se v čase mění, kompetence všech nelékařských zdravotnických pracovníků musí být pravidelně aktualizovány (v intervalu stanoveném PZSS, nejméně však jednou ročně). Aktualizace se realizuje na základě pravidelného hodnocení, které je, tam kde je to možné, založeno na jasně definovaných kritériích nebo na konkrétních datech o kvalitě práce daného jednotlivce.

Pokud z hodnocení kompetencí nelékařského zdravotnického pracovníka vyplynou nedostatky, které lze řešit poskytnutím dalšího vzdělávání a školení tomuto pracovníkovi, jsou zahrnuty do jeho individuálního plánu školení a vzdělávání.

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

#### **Indikátory standardu:**

1. Každý pracovník PZSS, který poskytuje zdravotní péči, má v souladu s platnou legislativou stanovené spektrum svých kompetencí, se kterými je seznámen a které jsou uvedeny v jeho osobním spise.
2. Kompetence každého nelékařského zdravotnického pracovníka jsou vždy při změně a minimálně jednou za dva roky hodnoceny a aktualizovány a pracovníci jsou s výsledky hodnocení seznámeni.
3. Hodnocení a aktualizace kompetencí, jsou tam, kde je to možné, založeny na jasně definovaných kritériích nebo datech o kvalitě práce hodnoceného nelékařského zdravotnického pracovníka a všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou s těmito kritérii seznámeni.
4. Nedostatky zjištěné při hodnocení kompetencí, které lze řešit poskytnutím dalšího vzdělávání a školení, jsou zahrnuty do individuálního plánu nelékařského zdravotnického pracovníka.
5. Spektrum kompetencí každého nelékařského zdravotnického pracovníka je aktuální a odpovídá skutečnosti a je v souladu s platnou legislativou.

### **Standard 5.4:**

Všichni pracovníci, kteří poskytují zdravotní péči, jsou při nástupu zaškoleni dle potřeb PZSS a s

ohledem na jejich specifickou náplň práce a požadavky legislativy.

### **Účel a naplnění standardu:**

Nový nelékařský zdravotnický pracovník, chce-li dobře plnit svoji funkci, potřebuje porozumět organizační struktuře PZSS 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 nelékařský zdravotnický 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 nelékařském zdravotnickém 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 (např. školení v bezpečnosti a ochraně zdraví při práci, protipožární ochraně).

Povinnost řádného zaškolení se v přiměřeném rozsahu vztahuje i na smluvní (externí) nelékařské zdravotnické pracovníky, stážisty a další osoby, které poskytují zdravotní péči PZSS. I v jejich případě platí, že rozsah zapracování odpovídá jejich pracovnímu zařazení.

### **Indikátory standardu:**

1. Všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci PZSS jsou při nástupu zaškoleni.
2. Délka, rozsah a náplň zaškolení odpovídá pracovnímu místu, které nelékařský zdravotnický pracovník vykonává.
3. Všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou v rozsahu stanoveném PZSS zaškoleni v oblastech, které požaduje platná legislativa.
4. O zaškolení každého nelékařského zdravotnického pracovníka je veden písemný záznam.