

# LL-C (Certification)<sup>®</sup>

Czech Republic s.r.o.

## **Hodnotící standardy pro hodnocení KVALITY A BEZPEČÍ (Poskytovatelé lůžkové zdravotní péče)**

**System dle zákona 372/2011 Sb. a vyhlášky 102/2012 Sb.**



**Evidovaný výtisk č. 1 z celkového počtu 1 tištěných verzí, revize 2 ze dne 14. 2. 2015**

**Majitel a vydavatel: Vedoucí certifikačního orgánu**

**Použití jakékoliv části, publikování, kopírování, šíření a sdílení tohoto dokumentu je povoleno pouze se souhlasem majitele.**

**List revizí a změn**

Rev.	Datum	Popis změny	Provedl	Ověřil
0	5.2.2013	Vydání	Krutský	Krutský
1.	25.8.2013	Revize změny barvou (červeně) nebo výmaz	Krutský	Krutský
2.	14.2.2015	Revize změny barvou (modře) nebo výmaz	Běhounek	Krutský

**I. ÚČEL A ROZSAH PLATNOSTI****Účel**

Tato dokument definuje hodnotící standardy procesu hodnocení kvality a bezpečí pro poskytovatele lůžkové zdravotní péče v ČR a dále kodifikuje základní atributy posouzení shody s těmito standardy.

**Rozsah platnosti**

Tento dokument je primárně teritoriálně omezen na území České republiky vzhledem k návaznosti na lokální legislativu (právní předpisy) z. 372/2011 Sb. a vyhl. 102/2012 Sb., podle kterých systém hodnocení standardů kvality a bezpečí poskytovatelů lůžkové péče vznikl, její obecné principy však lze aplikovat i při certifikacích v jiných zemích po analýze lokálních právních předpisů, potřeb klientů a zhodnocení vedením certifikačního orgánu.

**II. DEFINICE A OBECNÉ ZÁSADY POSUZOVÁNÍ****A. Definice**

- a. **Nesplněno (0)** – nesplněné požadavky standardu (např. chybějící dokumentované postupy, vyžadované normou, rozsáhlé a opakované neplnění požadavků normy nebo požadavků vlastní řídicí dokumentace, opakované nedostatky stejného původu, neodstranění odchylek z auditu nebo interních auditů, neřešení připomínek zákazníků, významné porušování zákonných požadavků).
- b. **Splněno (1)** – požadavky jednotlivých standardů jsou plněny beze zbytku.
- c. **Nežádoucí událost** – událost nebo okolnost, která mohla vyústit nebo vyústila v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Za nežádoucí událost je také považováno neočekávané zhoršení klinického stavu pacienta, pokud má za následek trvalé tělesné poškození nebo úmrtí pacienta, nejde-li o obvyklou komplikaci zdravotního stavu.
- d. **Dokumentovaný** – příslušný doklad musí mít písemnou (listinou nebo elektronickou) podobu a musí splňovat požadavky na dokumentovaný postup ve

smyslu norem řízení kvality, tj. nejméně musí být jednoznačně určen svým názvem, autorem, datem vydání a uvedením osoby odpovědné za vydání (schválení). Další informace charakterizující dokument jsou již závislé na zvyklostech příslušného poskytovatele zdravotnických služeb (může být uvedeno např. k názvu i číslo dokumentu, číslo verze, číslo revize atd.).

## B. Obecné zásady posuzování

- a. **Certifikát bude vystaven na základě doporučení hodnotitelského týmu. Toto doporučení hodnotitelský tým vydá pouze v případě, že ani jedno ze zjištění nespadá do kategorie „nesplněno“.**
- b. **Každý standard je týmem posuzovatelů hodnocen nezávisle na plnění ostatních standardů. Standard je považován za splněný v případě, že ani u jednoho z ukazatelů plnění nejsou zjištěny nedostatky.**
- c. **Standards jsou označeny čísly, ukazatele písmeny. Body označené odrážkami musí být splněny, aby byl naplněn příslušný ukazatel.**
- d. **Za hodnocení kvality a bezpečí odpovídá žadateli vedoucí certifikačního orgánu MUDr. Michal Krutský**



## 1. STANDARDY ŘÍZENÍ KVALITY A BEZPEČÍ

### 1.1 Standard zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí

1.1.1 Ukazatele programu zvyšování kvality a bezpečí. Standard je splněn, jestliže:

- a) je zaveden program zvyšování kvality a bezpečí pro celé zdravotnické zařízení a tento program je pravidelně aktualizován, tj.
  - existuje dokumentovaný program řízení kvality a bezpečí
  - s programem jsou seznámeni všichni zaměstnanci ovlivňující kvalitu a bezpečí péče
  - program je v pravidelných intervalech vyhodnocován a podle potřeby aktualizován
  - jsou přijímána opatření pro zvyšování kvality a bezpečí
- b) jsou určeny osoby odpovědné za plnění programu zvyšování kvality a bezpečí,
  - osoby odpovědné za plnění programu jsou uvedeny nejméně v tomto programu
  - osoby odpovědné za plnění programu jsou s touto odpovědností prokazatelně seznámeny
  - každá z osob odpovědných za plnění programu má ke svým odpovědnostem přiděleny adekvátní pravomoci,
  - osoby odpovědné za plnění programu jsou kompetentní, ve smyslu odborného vzdělání, k plnění přidělených oblastí programu zvyšování kvality a bezpečí
- c) zásady a činnosti vedoucí ke zvyšování kvality a bezpečí jsou zahrnuty v dokumentovaných provozních postupech zavedených do praxe, které jsou nejméně jednou ročně aktualizovány,
  - zásady i postupy musí být dokumentovány
  - aktuálnost zásad i postupů musí být prokazatelně jednou ročně prověřována, uvedené dokumenty musí být odpovídajícím způsobem aktualizovány
  - podkladem pro aktualizaci musí být nejméně:
    - o výsledky sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí (viz standard 1.2)
    - o výsledky sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů (viz standard 1.3)
    - o výsledky sledování a vyhodnocování stížností a podnětů týkajících se lůžkové zdravotní péče (viz standard 1.4)
    - o výsledky analýzy klinických rizik
- d) osoby podílející se na poskytování lůžkové zdravotní péče jsou aktivně zapojeny do programu zvyšování kvality a bezpečí,
  - lze doložit podporu programu všemi úrovněmi vedení
  - jednotliví pracovníci jsou pravidelně informováni o výsledcích realizace programu
  - je zaveden systém umožňující jednotlivým pracovníkům vznášet připomínky a návrhy na zlepšení programu a tento systém
    - o je pracovníky využíván
    - o je vedením akceptován a podněty z tohoto systému získané jsou využívány
- e) zařízení má zpracován systém analýzy klinických rizik zahrnující rizika, která mohou mít negativní účinky na kvalitu péče,
  - analýza zahrnuje rizikové faktory:
    - o klinické
    - o neklinické spojené s činností zdravotnického zařízení
    - o neklinické spojené s pohybem třetích osob ve zdravotnickém zařízení
  - vstupem pro analýzu je sledování nežádoucích událostí
  - analýza rizik má stanoven
    - o pravidelný interval aktualizace

- kritéria, při jejichž dosažení musí být provedena analýza rizik mimo pravidelný interval

### **1.2 Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí**

1.2.1 Ukazatele standardu sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí. Standard je splněn, jestliže:

- a) je zavedena evidence nežádoucích událostí, a to minimálně při
  - neočekávaném zhoršení klinického stavu pacienta, majícího za následek trvalé tělesné poškození nebo úmrtí pacienta
  - výskytu nemocničních nákaz
  - výskytu pádů
  - výskytu proleženin
  - výskytu událostí spojených s podáváním nebo přípravou léčiv
  - výskytu událostí spojených s léčebným či diagnostickým výkonem
- b) je prováděno a dokumentováno vyhodnocování jednotlivých nežádoucích událostí včetně zjišťování jejich příčin
- c) jsou vyhodnocovány a dokumentovány časové trendy počtů nežádoucích událostí
- d) jsou přijímána a dokumentována preventivní opatření k předcházení nežádoucím událostem
- e) existuje a je využíván systém hlášení
  - nežádoucích událostí
  - nežádoucích příhod zdravotnických prostředků
- f) výsledky sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí tvoří vstup pro management rizik dle standardu 1.1 (analýza rizik společně s tvorbou programů)

### **1.3 Standard sledování spokojenosti pacientů**

1.3.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže:

- a) je sledována spokojenost pacientů a dalších zainteresovaných stran minimálně
  - s podmínkami pobytu ve zdravotnickém zařízení
  - se stravováním,
  - s přístupem zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků k pacientům a jejich blízkým
  - s poskytováním informací pacientům
    - o jejich zdravotním stavu
    - o diagnostických, léčebných a ošetrovatelských výkonech
  - s poskytováním informací o zdravotním stavu pacienta třetím stranám, zejm. zda
    - jsou informace poskytovány osobám oprávněným k tomu ze strany pacienta
    - nejsou informace poskytovány osobám, které k tomu pacient neoprávnil
    - jsou dodrženy zákonem předepsané postupy pro předávání informací třetím stranám o pacientech, kteří nemohou rozhodovat sami za sebe
- b) je prováděno a dokumentováno vyhodnocování spokojenosti pacientů a jsou přijímána opatření k odstranění zjištěných nedostatků

### **1.4 Standard sledování a vyhodnocování stížností a podnětů týkajících se lůžkové zdravotní péče**

1.4.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže:

- a) existuje dokumentovaný postup řešení stížností a podnětů pacientů a dalších zainteresovaných stran, tento postup obsahuje nejméně
  - vymezení pojmu stížnost
  - vymezení pojmu podnět
  - popis způsobu evidence stížností a podnětů
  - určení osob odpovědných za přijetí stížností a podnětů
  - určení osob odpovědných za šetření a řešení stížností a podnětů
  - způsob sdělení výsledku šetření stížnosti nebo podnětu autorovi stížnosti nebo podnětu
  - způsob vyřízení anonymních stížností
- b) je vedena evidence všech stížností a podnětů pacientů a dalších osob podaných v souvislosti s lůžkovou zdravotní péčí včetně způsobu jejich vyřízení a tato evidence je v souladu s výše uvedeným dokumentovaným postupem
- c) je prováděno vyhodnocování stížností a podnětů včetně zjišťování jejich příčin
- d) jsou přijímána opatření k odstranění zjištěných nedostatků a potřebná preventivní opatření

### **1.5 Standard využívání doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů**

1.5.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže:

- a) poskytovatel lůžkové zdravotní péče využívá diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy doporučené odbornými a profesními organizacemi zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví
  - v zařízení musí existovat postup řízení těchto externích dokumentů (Guidelines) řešící nejméně
    - o způsob schvalování těchto doporučených postupů k použití v zařízení
    - o aktualizaci těchto doporučených postupů (pravidelné přezkoumávání aktuálnosti)
    - o zajištění dostupnosti na příslušných odděleních
  - pracovníci oddělení jsou s těmito postupy prokazatelně seznámeni
- b) jsou zpracovány interní diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy při péči o pacienty se smyslovým nebo tělesným postižením

## 2. HODNOTÍCÍ STANDARDY PÉČE O PACIENTY

## **2.1 Standard dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých**

2.1.1 Ukazatel kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže:

- a) je prováděno sledování a vyhodnocování dodržování práv
  - pacientů
  - osob pacientům blízkých
- b) jsou přijímána opatření k odstranění zjištěných nedostatků
- c) existuje dokumentovaný postup definující činnosti, práva a odpovědnosti při tomto sledování, vyhodnocování a přijímání opatření
- d) sledování a vyhodnocování dodržování práv a následné přijímání opatření je provázáno s řízením rizik, vytvářením a aktualizací programu řízení kvality a bezpečí (viz standard 1.1)

## **2.2 Standard stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace**

2.2.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže jsou stanoveny, dokumentovány a dodržovány:

- a) zásady vedení zdravotnické dokumentace
  - v souladu s legislativou
  - v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování lůžkové zdravotní péče
  - a respektující organizační strukturu zdravotnického zařízení
- b) zásady pro zajištění nahlížení do zdravotnické dokumentace v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování lůžkové zdravotní péče
  - musí být vymezeny okruhy osob oprávněných k nahlížení do zdravotnické dokumentace
  - musí být určen postup evidence nahlížení do dokumentace
  - musí být stanovena a dodržována pravidla pro zajištění mlčenlivosti osob nahlízejících do zdravotnické dokumentace, a to
    - o zdravotnických pracovníků
    - o studentů lékařských a nelékařských zdravotnických oborů vykonávajících v zařízení praxi nebo nahlízejících do dokumentace v rámci výuky
    - o třetích osob v rámci kontrolní, dozorové a forenzní činnosti
    - o osob zmocněných k tomuto nahlížení pacientem
  - musí být stanovena a dodržována pravidla vyjádření souhlasu či nesouhlasu pacienta s nahlížením do dokumentace a umožňující pacientovi vymezit okruh osob, které do dokumentace mohou nahlížet a které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu
- c) postupy při ukládání zdravotnické dokumentace a její ochraně před zneužitím, ztrátou a poškozením
  - musí být určeny a dodržovány postupy pro předávání dokumentace
    - o mezi odděleními téhož lůžkového zařízení
    - o výpisů z dokumentace do jiného zdravotnického zařízení
    - o do archivu zdravotnického zařízení
  - musí být určeny a dodržovány postupy pro nahlížení do archivované dokumentace, zejména musí být určeny

- oprávněné k nahlížení do archivované dokumentace
- osoby schvalující nahlížení do archivované dokumentace
- evidence nahlížení do archivované dokumentace

### **2.3 Standard zajištění konzultačních služeb**

2.3.1 Ukazatel kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže:

- a) jsou zajištěny konzultační (konsiliární) služby pro další obory potřebné pro diagnostickou a léčebnou péči v individuálních případech, kdy to vyžaduje zdravotní stav pacienta
- b) jsou zajištěny konzultační služby pro další obory potřebné pro diagnostickou a léčebnou péči v individuálních případech, kdy to vyžaduje zdravotní stav pacienta
- c) existuje dokumentovaný postup popisující vyžádání konzultace
  - z jiného pracoviště s nepřetržitým provozem uvnitř téhož zdravotnického zařízení
  - z jiného pracoviště bez nepřetržitého provozu uvnitř téhož zdravotnického zařízení
  - z pracoviště mimo vlastní zdravotnické zařízení
- d) součástí postupu musí být popis způsobu záznamu o provedení a výsledku konzultace, pokud toto není popsáno v jiném dokumentovaném postupu

### **2.4 Standard bezpečného zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky**

2.4.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže jsou stanoveny, dodržovány, kontrolovány a vyhodnocovány:

- a) interní postupy (v rámci manipulace s léčivými přípravky) při
  - objednávání léčivých přípravků
  - příjmu léčivých přípravků
  - skladování léčivých přípravků včetně kontrol expirace, pokud přicházejí v úvahu
  - předepisování léčivých přípravků
  - úpravě a podávání léčivých přípravků
  - odstraňování (likvidaci) nepoužitelných léčivých přípravků
- b) interní postupy (v rámci manipulace se zdravotnickými prostředky tříd I s měřicí funkcí i bez měřicí funkce, IIa, IIb, III, aktivních implantabilních zdravotnických prostředků a zdravotnických prostředků IVD, dále jen ZP) při
  - objednávání ZP,
  - příjmu ZP,
  - skladování ZP včetně kontrol expirace, pokud přicházejí v úvahu,
  - předepisování ZP určených pro použití pacientem, včetně záznamů u ZP třídy IIb a III do zdravotnické dokumentace
  - používání ZP,
  - provádění bezpečnostně technických kontrol (BTK) ZP
  - zajišťování kalibrací ZP s měřicí funkcí (všech tříd ZP)
  - zajišťování ověřování ve smyslu zákona u ZP, které mají charakter stanoveného měřidla
  - odstraňování (likvidaci) nepoužitelných zdravotnických prostředků
- c) interní postupy při používání neregistrovaných léčivých přípravků



- d) interní postupy hlášení nežádoucích a vedlejších účinků léčivých přípravků a nežádoucích příhod a vedlejších účinků zdravotnických prostředků
- e) oprávnění a povinnosti zaměstnanců při vykonávání činností uvedených v písmenech a) až d) standardu 2.4
- f) činnosti uvedené v písmenech a) až d) standardu 2.4 a jejich kontroly jsou dokumentovány

### **2.5 Standard kvalita stravování pacientů a nutriční péče**

2.5.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže:

- a) je stanoven postup organizace nutriční péče
- b) je zpracován systém diet
- c) jsou dodržovány zásady HACCP (Systém analýzy rizika a stanovení kritických kontrolních bodů – Hazard Analysis and Critical Control Points)
- d) existuje a je dodržován dokumentovaný postup pro zajištění výživy pro pacienty odmítající stravu zdravotnického zařízení
- e) existuje a je dodržován dokumentovaný postup upravující možnost, případně postup podávání stravy
  - vnesené do zdravotnického zařízení třetími osobami
  - zakoupené pacientem v zařízeních uvnitř zdravotnického zařízení vnesené do zdravotnického zařízení se souhlasem zdravotnického zařízení a nahrazující stravu poskytovanou zdravotnickým zařízením
    - o postup musí zajistit hygienickou úroveň srovnatelnou s podáváním stravy pocházející ze zdravotnického zařízení nebo musí vnášení stravy částečně či zcela vyloučit
    - o postup může stanovit odlišná pravidla pro jednotlivá oddělení
    - o postup musí být schválen nejméně ústavním hygienikem a vrchní nutriční sestrou
- f) existuje systém řízení skutečného pacientova příjmu potravy zahrnující
  - kontrolu příjmu potravy
  - přijetí opatření v případě neostatečného příjmu potravy
- g) standard musí být provázán se standardy 1.1 (program zvyšování kvality a bezpečí) a 1.3 (sledování spokojenosti pacienta)

### **2.6 Standard zajištění léčebně rehabilitační péče**

2.2.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže:

- a) je zpracován plán léčebně rehabilitační péče a jejího vyhodnocování v návaznosti na poskytovanou lůžkovou zdravotní péči zahrnující nejméně požadavky
  - léčebně rehabilitační péči v průběhu hospitalizace
  - léčebně rehabilitační péči poskytovanou oddělením rehabilitace lůžkového zařízení ambulantně po skončení hospitalizace (pokud přichází v úvahu a je vhodné)

## LL-C (Certification)

- léčebně rehabilitační péči poskytovanou po skončení hospitalizace externím ambulantním pracovištěm fyzioterapeuta nebo rehabilitačního lékaře (pokud přichází v úvahu a je vhodné)
  - následnou lázeňskou péči (pokud přichází v úvahu a je vhodné)
- b) pacienti a zdravotničtí pracovníci jsou s plánem léčebně rehabilitační péče a jejího vyhodnocování seznámeni v potřebném rozsahu
- c) informace o léčebně rehabilitační péči potřebné po skončení hospitalizace na externím ambulantním pracovišti fyzioterapeuta nebo rehabilitačního lékaře nebo o potřebě následné lázeňské péče jsou uvedeny v propouštěcí zprávě (nebo jinak předány praktickému lékaři nebo ambulantnímu specialistovi pečujícímu o pacienta)

### **2.7 Standard podpora zdraví a prevence nemocí**

2.7.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže:

- a) je zpracován plán činností zaměřených na základní oblasti podpory zdraví, prevenci nemocí zejména v závislosti na tabáku, alkoholu a jiných návykových látkách a na psychologickou podporu
- b) pacienti a zaměstnanci mají ve zdravotnickém zařízení přístup k informacím o faktorech ovlivňujících zdraví

### **2.8 Standard kontinuita zdravotní péče**

2.8.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže:

- a) jsou stanoveny a dodržovány dokumentované postupy pro předávání pacientů
- při příjmu pacienta
  - mezi zaměstnanci v navazujících pracovních směnách na pracovišti
  - pro předávání pacientů mezi pracovišti zdravotnického zařízení
  - pro předávání pacientů do jiného zdravotnického zařízení
  - pro propouštění pacientů ze zdravotnického zařízení včetně zajištění navazující ambulantní zdravotní péče (zajištění předání všech informací nezbytných pro zachování kontinuity péče)
- b) je stanoven postup pro spolupráci s dalšími poskytovateli zdravotních služeb a případně též s poskytovateli sociálních služeb

### **2.9 Standard identifikace pacientů**

2.9.1 Ukazatel kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže je vypracován a dodržován dokumentovaný postup pro jednoznačnou nezaměnitelnou identifikaci pacientů, obsahující nejméně:

- a) postup pro identifikaci totožnosti pacienta
- b) způsob označení rizik, zvláště dekubitů, pádů a ztráty orientace
- c) postup ověření totožnosti pacienta před chirurgickými výkony

- d) postup ověření stranové identifikace místa výkonu, při chirurgických výkonech na párových orgánech, před zahájením chirurgického výkonu
- e) postup/způsob pro identifikaci vzorků od pacienta

### **2.10 Standard zajištění kardiopulmonální resuscitace**

2.10.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže:

- a) je zpracován a plněn plán každoročního proškolení včetně přezkoušení zdravotnických pracovníků v kardiopulmonální resuscitaci
- b) pracoviště jsou vybavena léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky pro poskytování kardiopulmonální resuscitace a pracovníci jsou seznámeni s umístěním těchto prostředků
- c) je zpracován a plněn plán kontrol vybavení pracovišť léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky pro poskytování kardiopulmonální resuscitace včetně kontrol jejich expirace a funkčnosti (nesmí být omezen pouze na provádění bezpečnostně technických kontrol)
- d) je vedena dokumentace o provedení proškolení a přezkoušení zdravotnických pracovníků podle písmene a) a o provedení kontrol podle písmene c).

## 3. HODNOTÍCÍ STANDARDY ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ

### **3.1 Standard personální zabezpečení lůžkové zdravotní péče**

3.1.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže:

- a) je zpracováno a průběžně aktualizováno rozdělení pracovních míst v souladu s požadavky na personální zabezpečení lůžkové zdravotní péče
- b) pracovníci jsou zapojeni do programu celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, pokud je to vhodné, mají jednotliví pracovníci zpracován plán osobního rozvoje, který je pravidelně aktualizován a jehož plnění je pravidelně kontrolováno
- c) jsou stanovena pravidla pro zapracování zaměstnanců při jejich zařazení na pracovní místo (tzv. adaptační proces) a v průběhu tohoto procesu je prováděno jeho hodnocení školiteli, po ukončení procesu je provedeno hodnocení vedoucím pracovníkem a zaškolovaným pracovníkem
- d) jsou zpracovány popisy pracovních činností jednotlivých zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka a pracovníci jsou s těmito popisy prokazatelně seznámeni
- e) v případě zvláštních zaškolení na určité zdravotnické prostředky (např. obsluha analyzátorů atd.) nebo na určité činnosti, jsou tyto informace uvedeny v dokumentaci, která je pracovníkům dostupná na pracovišti, kam je přidělen a kde jsou takové zdravotnické prostředky používány

- f) je sledována a vyhodnocována spokojenost zaměstnanců s pracovními podmínkami pro plnění jejich pracovních úkolů
- g) jsou přijímána opatření k odstranění zjištěných nedostatků

## 4. HODNOTÍCÍ STANDARDY ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČNÉHO PROSTŘEDÍ PRO PACIENTY A ZAMĚSTNANCE

### **4.1 Standard bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance**

4.1.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže:

- a) je zaveden program zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance, jehož součástí je zejména identifikace rizikových míst a činností z hlediska bezpečnosti pacientů a zaměstnanců obsahující nejméně rizika spojená
  - se vznikem a šířením nozokomiálních infekcí
  - se vznikem a šířením alimentárních nákaz
  - s pohybem pacientů, zaměstnanců a třetích osob ve vnitřních i vnějších prostorách zdravotnického zařízení
  - s činnostmi třetích osob (transportní služby, LZS, ZZS atd.) spojenou s kontaktem s pacienty
  - s činnostmi třetích osob při opravách a údržbě zdravotnického zařízení
  - s pohybem dopravních prostředků uvnitř zdravotnického zařízení
- b) je stanoven způsob zajištění elektrické energie, pitné vody a medicinálních plynů v obvyklém režimu dodávek
- c) jsou stanoveny havarijní plány pro zajištění elektrické energie, pitné vody a medicinálních plynů v případě přerušení dodávek
- d) jsou stanoveny havarijní plány pro případ požáru, povodně a jiných podobných událostí

## 5. HODNOTÍCÍ STANDARDY PRO PROVĚŘOVÁNÍ KVALITY A BEZPEČÍ

### **5.1 Standard prověřování a hodnocení kvality a bezpečí**

5.1.1 Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu. Standard je splněn, jestliže:

- a) zařízení má stanoven tým interních auditorů skládající se nejméně z
  - jednoho lékaře se specializovanou způsobilostí dle zákona č. 95/2004 Sb. s praxí 6 let v lůžkovém zařízení
  - jedné všeobecné sestry způsobilé k výkonu nelékařského zdravotnického povolání bez odborného dohledu dle zákona č. 96/2004 Sb. s praxí nejméně 6 let v lůžkovém zdravotnickém zařízení
  - jednoho technického pracovníka, který nejméně 6 let vykonával svoje povolání u poskytovatele zdravotních služeb
- b) pracovníci podle bodu a) standardu 5.1 jsou prokazatelně seznámeni se systémy řízení kvality, standardy kvality a bezpečí a s postupy při provádění auditů
- c) existují záznamy o provedeném prověření a hodnocení kvality a bezpečí nejméně jednou před provedením externího posouzení