

STANDARDY ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI

**pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby
(Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)**

Verze 2.3 : Po první oponentuře, zapracované připomínky, po jazykové úpravě, květen 2012

Pracovní skupina pro novelizaci standardů:

Vedoucí skupiny: Jiří Libra (závěrečná edice)

Autoři verze:

**David Adameček, Aleš Herzog, Dagmar Krutilová, Jiří Libra, Dušan Randák, Vladimír Sklenář,
Dana Šedivá**

Poznámky k bodovému hodnocení:

Hodnotí se zvláště celek obecných standardů, zvláště se hodnotí jako celek jednotlivé speciální standardy (zvláště se hodnotí i části B.,C ve speciálním standardu „Doléčovací programy“). Oddíly tedy nejsou hodnoceny zvláště, pro konečný výsledek je směrodatný počet celkových dosažených bodů v obecných resp. speciálních standardech.

Součet potřebných dosažených bodů k udělení certifikátu je uveden na konci obecných standardů a každého speciálního standardu.

Body jsou přidělovány rozhodnutím certifikačního týmu podle škály:

3 body - naplněno na úrovni dobré praxe

2 body - naplněno převážně

1 bod - splněno částečně

0 bodů - nesplněno

Pozn.: Validita a reliabilita bodovací škály včetně optimálního způsobu záznamu při šetření budou testovány při pilotních šetřeních. Pak budou formuláře pozměněny či doplněny o přehlednou tabulku.

Obecné standardy odborné způsobilosti

1. CHARAKTERISTIKA SLUŽBY (poslání, cílová skupina, cíle služeb, přístupnost a dostupnost) A PRÁVA PACIENTŮ/KLIENTŮ.

Zařízení/organizace deklaruje poslání a cíle odborné prevence nebo péče, kterou poskytuje, v souladu s odbornými a humanistickými principy a vymezuje cílovou skupinu. Služby mají jednoznačně definované místo v systému služeb. Zařízení/organizace informuje srozumitelně a přiměřenou formou veřejnost a zejména potenciální klientelu o sobě a své službě. Služby jsou poskytovány v souladu s těmito deklaracemi a informacemi. Při poskytování odborné péče jsou respektována práva pacientů/klientů. Poskytovatel zkoumá a definuje specifické situace, při kterých by k porušení práv pacientů/klientů mohlo dojít, a vytváří pravidla, jež práva pacientů/klientů zajišťují. Poskytované služby jsou dostupné v místě a čase.

Číslo	Popis standardu, zdroje, křížové odkazy	Bodovací stupnice	Zdroje
1.1	<p>Odborné služby jsou veřejně přístupné (poznámka 1) bez ohledu na pohlaví, věk a rasu pacienta/klienta, jeho politické přesvědčení, náboženství, právní či společenské postavení, psychický či fyzický stav (včetně HIV positivity) a socioekonomické možnosti (poznámka 2) a bez ohledu na typ užívané látky a způsob aplikace.</p> <p>Poznámka 1 - výklad: <i>Veřejná přístupnost služby: a) Zakládá každému zájemci o službu a uživateli služby právo na rovný a volný přístup ke službě bez ohledu na potenciálně diskriminující charakteristiky - což neznámá, že nebereme v úvahu odborná kritéria a indikace pro využití služby, např. zda se zájemce stane uživatelem; b) finanční dostupnost – což nutně neznámá nulovou spoluúčasť nebo žádné režijní poplatky, c) územní dosažitelnost. Certifikace se týká konkrétního poskytovatele a jeho služby, standardy tedy neřeší územní dosažitelnost (c.), která je úkolem veřejné politiky, nikoliv jednotlivé organizace poskytující odborné služby. Pojem „přístupnost“ v tomto kritériu shrnuje „rovný přístup“ a „finanční dostupnost.“</i></p> <p>Poznámka 2 - výklad: <i>„Přístupnost služby bez ohledu na socioekonomické možnosti klienta“ znamená, že služba při jednání se zájemcem o službu poskytuje zájemci srozumitelně informace o případných úhradách za službu a nezbytné informace pro schůdnější využití služby.</i></p> <p>Křížový odkaz: Souvisí se speciálními standardy v oddílu „Vstup do služby, souhlas/dohoda/smlouva s poskytnutím služby.“</p>	ZÁSADNÍ	POP, RV, RZ
1.2	<p>Služby jsou přístupné bez zbytečných odkladů (poznámka 3), které by mohly zhoršit aktuální stav pacienta/klienta. V případě, že daná služba nemůže poskytnout potřebné služby, je zájemci o službu či pacientovi/klientovi doporučeno jiné zařízení (poznámka 4). Služby monitorují využití kapacity služby (poznámka 5) a vedou čekací listiny zájemců o</p>		POP, DP, RV, ODP/K

	<p>službu tam, kde poptávka převyšuje aktuální možnou kapacitu služby a typ služby tuto evidenci umožňuje.</p> <p>Poznámka 3 - výklad: „Zbytečným odkladem“ je odklad, který je způsoben službou a není zdůvodnitelný dodržením kvality služby, např.: a) Kapacitou lůžkového zařízení, která zohledňuje skladbu klientů/pacientů umožňující kvalitní průběh terapeutického procesu, b) kapacitou odborného personálu pro zajištění dané služby limitované zejm. ekonomickými faktory. Služba stanovuje maximální kapacitu služby v provázanosti na technicko-organizační, finanční a personální podmínky. Služba není zodpovědná za nedostatky v síti služeb v regionu, ale za zajištění kvalitní služby v možném rozsahu.</p> <p>Poznámka 4 - výklad: Jde o zajištění postupu nejen v případě plné kapacity, ale také v případě, kdy se v průběhu poskytování služby stav pacienta/klienta změnil natolik, že je třeba jiný druh služby.</p> <p>Poznámka 5 - doporučení: Certifikační tým sleduje využití kapacity služby.</p>		
1.3	Služby definují svoji úlohu v systému adiktologických služeb na místní, regionální, případně nadregionální úrovni v souladu s aktuálními strategiemi rozvoje služeb.		POP, RV
1.4	Služba má písemně definováno poslání, své cíle, zásady poskytování služeb a cílovou skupinu služby. Ty korespondují s odbornými a humanistickými principy. Poskytované služby odpovídají deklarovaným cílům a poslání.	ZÁSADNÍ	POP, RZ, RP/K
1.5	Poskytované služby jsou poskytovány stanovené cílové skupině.		POP, DP, ODP/K
1.6	<p>Zařízení/organizace realizuje opatření ke zvýšení dostupnosti služby způsobem odpovídajícím povaze cílové skupiny a typu služby (poznámka 6).</p> <p>Poznámka 6 - výklad: Opatřeními se míní šíření informací o službě, monitorování využívané kapacity a čekací doby, poskytování informací zájemcům a jejich rodinám o dalších možnostech odborné péče atd..</p> <p>Křížový odkaz: Souvisí s obecným standardem 5.5.</p>		POP, DP, RV
1.7	<p>Veřejně přístupný soubor informací o službě obsahuje minimálně tyto informace: Právní forma, IČO, statutární zástupce a zodpovědný pracovník, adresa sídla poskytovatele a místo poskytování služby, poslání, cíle služby a způsoby jejich dosahování včetně deklarovaných postojů k ochraně práv uživatelů, cílová skupina, kritéria poskytování služby, kapacita zařízení, cena služby pro uživatele.</p> <p>Zařízení/organizace zodpovídá za aktuálnost a pravdivost zveřejněných informací. Dále má zařízení/organizace písemně zpracovaný soubor srozumitelných informací o své službě, který je dostupný ve formě přizpůsobené veřejnosti a potenciálním zájemcům o služby a odpovídá skutečnosti.</p>	ZÁSADNÍ	POP, RV, DP
1.8	<p>Místo poskytování služby a denní doba, během níž je služba poskytována, odpovídají uvedeným cílům a charakteru služby a případně potřebám cílové skupiny ve spádové oblasti u ambulantních služeb</p> <p>Poznámka 7 - výklad: V tomto standardu jde o místní a časovou dostupnost služby a dodržování deklarované</p>		POP, VP, RP/K

	<p>dostupnosti služby (např. zda služba v rámci své otevírací doby zohledňuje potřeby cílové skupiny vzhledem k charakteru služby a její místní dostupnosti, zda zařízení službu poskytuje, jak uvádí v informacích pro veřejnost, jak často je služba omezena či neposkytována.).</p> <p>Křížový odkaz: Souvisí s obecnými standardy 7.2. a 7.3. a 1.3.</p>		
1.9	<p>Zařízení stanovuje a dodržuje příslušný Kodex práv pacientů/klientů a zveřejňuje jej ve formě přizpůsobené pacientům/klientům srozumitelnou formou. Platný kodex zohledňuje platné právní předpisy (poznámka 8).</p> <p>Poznámka 8 - doporučení: Např. Zákon č. 2/1993 sb. Listina základních práv a svobod, Kodex práv pacienta: kodex vydaný Centrální etickou komisí MZ v r. 1992, Kodex práv pacientů/klientů, Zákon č. 372/2011, o zdravotních službách, § 28, etický kodex a kodex práv pacientů/klientů podle vzoru Světové federace terapeutických komunit (WFTC) atd.</p>		POP, RP/K, DP
1.10	<p>Služba písemně stanovuje obsah osobní dokumentace pacienta/klienta. Služba umožňuje pacientovi/klientovi seznámit se přiměřeným způsobem s obsahem osobní dokumentace (poznámka 9), jež je o něm vedena v rozsahu umožněném zákonem (poznámka 10), dále se způsoby ochrany této dokumentace s jeho osobními a citlivými údaji, dále s případnými limity této ochrany stanovenými zákonem.</p> <p>Poznámka 9 - výklad: Služba stanovuje rozsah osobních a citlivých údajů pacienta/klienta shromažďovaných v jeho osobní dokumentaci, k nimž zajistí pacientovi/klientovi přístup. Je nutné rozlišovat osobní dokumentaci pacienta/klienta a provozní dokumentaci služby, která slouží pracovníkům (např. pracovní poznámky terapeuta ze skupiny, kontaktního pracovníka z průběhu kontaktní místnosti atd.).</p> <p>Poznámka 10 - výklad: Dokumentace vedená o pacientovi/klientovi je majetkem organizace. Přiměřeným způsobem je míněno nahlédnutí do osobní dokumentace na základě žádosti pacienta/klienta v přítomnosti pracovníka služby (blíže viz Z 101/2000Sb. § 21), dále Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., §65, dále Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.</p>	ZÁSADNÍ	POP, ODP/K, RP/K
1.11	<p>Pacient/klient je informován o formě, obsahu, délce a pravidlech poskytované služby, včetně jejich očekávaných přínosů, případných rizik nebo omezení péče/služby, včetně svých povinností a chování, jímž může přispět k dosažení jejich cílů.</p> <p>Křížový odkaz: Souvisí s obecným standardem 1.13.</p>		RP/K
1.12	<p>Podmínky poskytování služby a případná omezení práv pacienta/klienta souvisí s typem služby, statutem zařízení a uplatňují se s plným vědomím a informovaným souhlasem pacienta/klienta (poznámka 11) podle příslušných právních norem v platném znění (poznámka 12).</p> <p>Poznámka 11- výklad: Tento požadavek obsahuje povinnost organizace prokazatelně zajišťovat srozumitelné informování pacienta/klienta o podmínkách poskytování odborných služeb i jejich případných omezeních včetně kritérií</p>	ZÁSADNÍ	POP, RZ, RP/K

	<p>pro ukončení programu, pokud pacient/klient závažným způsobem tato pravidla poruší. Dále o informovanosti pacientů/klientů o případných zákonných omezeních zde uvedených práv a o důsledcích, která tato omezení mají pro něj a pro zařízení. Další případná omezení práv pacientů/klientů se týkají například osob nezletilých osob v soudní ochranné léčbě nebo v léčbě, kterou soud stanovil jako podmínku ochranného dohledu (tzv. „alternativa trestu“). U nezletilých osob se postupuje přiměřeně podle Zákona o zdravotních službách (u služeb se zdravotnickým statutem), Zákona o rodině a Zákona o sociálně právní ochraně dětí, Trestního zákona atd.. Pacienta/klienta je třeba vždy srozumitelně informovat, otevřeně s ním komunikovat o problému, který může vzniknout, a postupovat tak, aby nedošlo k jeho poškození, ohrožení zdraví či života a k oslabení jeho důvěry v odbornou pomoc.</p> <p>Poznámka 12 - odkaz: V Zákonech o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., §28, § 31-36 a §38-41.</p> <p>Křížový odkaz: Souvisí s obecným standardem 1.10. Problematika omezení práv pacienta/klienta je blíže specifikována ve speciálních standardech.</p>		
1.13	<p>Organizace/zařízení umožňuje naplnění práva pacienta/klienta na ukončení léčby či jiné služby v souladu s platnou legislativou (poznámka 13).</p> <p>Poznámka 13 - odkaz: Viz Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., § 28, 34 a 35.</p>		POP, RP/K
1.14	<p>Organizace písemně stanovuje a dodržuje postup přijímání, vyřizování a dokumentování stížností. V postupu je pacientům/klientům zaručeno právo využívat podání stížnosti bez ohrožení i anonymně či prostřednictvím zástupce a obdržet informace o jejím vyřízení, včetně informací o způsobu podání odvolání. Pacienti/klienti i pracovníci služby jsou s postupem o příjmu a vyřizování stížností srozumitelně a prokazatelně seznámeni (poznámka 14).</p> <p>Poznámka 14 - výklad: Prokazatelností se míní u nízkoprahových služeb prokázání průběžného informování o stížnostech např. i prostřednictvím písemných materiálů. Není tím míněn požadavek podpisu klienta v dokumentaci o seznámení s podmínkami podávání a vyřizování stížností.</p>	ZÁSADNÍ	POP, DP, RP/K,, RZ, VP, ODP/K
1.15	<p>Stížnosti pacientů/klientů, zjištěné případy diskriminace či zneužívání moci v souvislosti s poskytováním služby jsou šetřeny s jasnými výstupy ve formě vyvození konkrétní zodpovědnosti a důsledky pro zúčastněné strany včetně služby a jejich pracovníků. Dále jsou stanovena a zavedena preventivní a nápravná opatření směřující k vyšší odborné kvalitě služby, bezpečí a etické úrovni práce personálu.</p>		DP, PA, POP,
1.16	<p>Organizace zkoumá a definuje situace, při kterých by v souvislosti s poskytováním služeb/odborné péče mohlo dojít k porušení práv pacientů/klientů. Vytváří pro poskytování služeb/odborné péče taková pravidla, která efektivně brání zneužití moci a postavení organizace a jejích pracovníků ve vztahu k pacientům/klientům a pravidla pro postupy v případech, že se tak stane.</p>	ZÁSADNÍ	POP, DP
1.17	<p>Služba zkoumá možnosti střetu pracovních a osobních zájmů svých pracovníků a zájmů organizace se zájmy pacientů/klientů. Organizace/zařízení mají popsány situace, kdy by ke střetu zájmů mohlo dojít, a stanovují pravidla,</p>	ZÁSADNÍ	POP, DP

	která možným střetům zamezují a postupy pro situace, pokud by ke střetu došlo. Tyto situace a postupy jsou zpracovány v písemné podobě a služba podle nich postupuje.		
	17 KRITÉRIÍ Z TOHO 8 ZÁSADNÍCH. ZÁSADNÍ POLOŽKY MUSÍ BÝT NAPLNĚNY MINIMÁLNĚ NA 2 BODY.		

2.PERSONÁLNÍ PRÁCE, ZAJIŠTĚNÍ ODBORNOSTI SLUŽBY.

Organizace stanovuje a v praxi uplatňuje způsob výběru a dalšího vzdělávání pracovníků, který je v souladu s příslušnými platnými právními normami a potřebami uživatelů služeb a s ohledem na zajištění provozu a odbornosti služby. Organizace zajišťuje odborné vedení služby a podmínky pro odborný profesní rozvoj pracovníků.

Organizace zajišťuje pracovníkům a pracovním týmům podmínky pro výkon kvalitní práce, definuje a zpřístupňuje pravidla pro jejich práci. Disponuje mechanismy, které zajišťují profesní rozvoj jednotlivých pracovníků, pracovních týmů a jejich schopností potřebných pro dosažení cílů a poslání organizace a dále zajišťují propojení cílů pracovníků s cíli a úkoly organizace. Organizace zodpovídá za to, že jsou respektovány a dodržovány stanovené pracovní postupy a pracovníci jsou zapojeni do zlepšování kvality poskytovaných služeb.

Číslo	Popis standardu	Bodovací stupnice	Zdroje
2.1	Organizace má písemně vypracovaný systém personální práce, který odpovídá platným právním normám a stanoveným interním pravidlům. Uvádění nových pracovníků do praxe zohledňuje rozsah nezbytný pro kvalifikovaný pracovní výkon dané pracovní pozice za dodržení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Organizace má jasně definovaná pravidla pro nábor, výběr a odměňování a zaměstnávání pracovníků, včetně osob s předchozími nebo současnými problémy s drogami či alkoholem. Popsaný systém personální práce organizace provádí.	ZÁSADNÍ	POP, PA
2.2	Je popsána struktura a řízení organizace a služby, ze které jsou patrné kompetence a povinnosti řídicích pracovníků na jednotlivých pracovních pozicích. Je definováno a zajištěno odborné řízení pracovníků na všech úrovních, včetně stážistů a dobrovolných pracovníků.	ZÁSADNÍ	POP, PA
2.3	Služba má písemně stanovenou strukturu multidisciplinárního týmu (poznámka 15) s počtem pracovních míst, popisem pracovních profilů, popisem kvalifikačních požadavků a základních osobních a morálních předpokladů. V pracovním týmu je jednoznačně definováno fungování, povinnosti, kompetence a odpovědnost jednotlivých pracovníků včetně právní zodpovědnosti (poznámka 15) a mechanismy komunikace mezi pracovníky. Složení i počet pracovníků služby zohledňuje potřeby a aktuální počet pacientů/klientů služeb i nároky a možnosti provozu služby. Podle těchto ustanovení služba postupuje. Poznámka 15 - doporučení: <i>S ohledem na velikost pracovního týmu, tvoří multidisciplinární tým optimálně pracovníci nejméně 3 různých profesí</i>		POP, PA, DP

	<p>Poznámka 16 - výklad: <i>Právní zodpovědností je míněna např. hmotná zodpovědnost, odpovědnost vázaná na výkon profese včetně odpovědnosti za škody způsobené na majetku či zdraví pacientů/klientů pracovníkem při výkonu práce a dále např. při výkonu pracovní role či pozice (např. vůči zaměstnavateli).</i></p> <p>Křížový odkaz: Ve speciálních standardech v oddílu „Personální a provozní zabezpečení služby“ je specifikováno složení pracovních týmů.</p>		
2.4	<p>Organizace má jasně stanovená pravidla pro nábor, výběr, odměňování a zajištění pracovních podmínek externistů, dobrovolných pracovníků a pro fyzické osoby, s nimiž není jako zaměstnavatel v pracovním právním vztahu, např. se stážisty, dobrovolníky či poskytovateli externích služeb. Podle stanovených pravidel organizace postupuje.</p>	ZÁSADNÍ	POP, PA, RV
2.5	<p>Organizace zajišťuje, aby byli pracovníci seznamováni s obecně právními normami a vnitřními předpisy, které se vztahují k výkonu jejich pracovní pozice.</p> <p>Poznámka 17 - výklad: <i>Např. v oblasti dodržování ochrany osobních údajů, předpisy o bezpečnosti a zdraví při práci atd.</i></p> <p>Křížový odkaz: Souvisí s obecnými standardy 4.1., 4.3., 4.7., 5.3., 5.8., 6.2., 6.3., 6.4., 6.7. atd.</p>		POP, PA
2.6	<p>Organizace/zařízení používá písemný Etický kodex pracovníků, který je v souladu s Etickým kodexem práv pacientů/klientů, a s dalšími souvisejícími profesními etickými kodexy (poznámka 18). Pracovníci jsou s ním prokazatelně seznámeni a řídí se jím.</p> <p>Poznámka 18 - doporučení: <i>Služba může využít existující profesní etické kodexy a podobné dokumenty např.: Etika sociální práce – principy (Mezinárodní federace sociálních pracovníků, 2004), Etický kodex zdravotních sester atd.</i></p> <p>Křížový odkaz : Souvisí s obecným standardem 1.9.</p>	ZÁSADNÍ	POP, PA
2.7	<p>V personální agendě se dokumentují případy porušení práv pacienta/klienta pracovníkem a přijatá opatření.</p> <p>Křížový odkaz: Souvisí s obecnými standardy 1.14. a 1.15.</p>		PA
2.8	<p>Organizace má stanovený postup pro pravidelné hodnocení pracovníků a týmů, jež zahrnuje stanovení, vývoj a naplňování cílů služby, úkolů a potřeb další odborné kvalifikace pracovníků. Tento postup provádí.</p>		POP, PA, RZ, RV
2.9	<p>Zařízení má stanoven postup pro přijímání a vyřizování stížností pracovníků a externích spolupracovníků (poskyvatelé služeb, dobrovolníci, stážisté atd.) a pro disciplinární řízení.</p>	ZÁSADNÍ	POP

2.10	<p>Organizace má vypracovaný a uplatňovaný systém oceňování pracovníků a to nejenom finanční odměnou, ale i jinými způsoby (poznámka 19).</p> <p>Poznámka 19 - výklad: <i>Jiné způsoby odměňování jsou např. možnost zvyšování kvalifikace, prezentace činnosti na konferencích, vyhlášení nejlepších pracovníků roku, poskytnutí studijního pobytu, postup do pozice intervizora atd.</i></p>		POP, PA
2.11	<p>Je jasně stanoven druh, místo a čas pravidelných porad a způsob evidence jejich průběhu. Zařízení/organizace podle tohoto ustanovení postupuje. Existuje systém obousměrné komunikace vedení s pracovníky a týmy, který pracovníci hodnotí jako funkční.</p>		POP, DP, RZ
2.12	<p>Pracovníci mají rovný přístup (poznámka 20) k dalšímu vzdělávání. Pracovníci se povinně vzdělávají v oblastech nezbytných pro efektivní pracovní výkon a správnou odbornou praxi. Jsou podporováni ve vzdělávacích aktivitách v rámci bio-psycho-socio-spirituálního modelu návykových poruch a odborných přístupů k nim. Totéž se týká dobrovolných pracovníků. Jsou respektovány resortní a profesní předpisy (poznámka 21) pro další vzdělávání odborných pracovníků</p> <p>Poznámka 20 - výklad: <i>Zde, stejně jako v případě vnější supervize (viz standard 2.16) znamená „rovný přístup“ rovnost příležitostí pro všechny pracovníky, bez diskriminace nebo naopak zvýhodňování některých kategorií či profesí.</i></p> <p>Poznámka 21 - výklad: <i>Např. předpisy lékařské komory nebo předpisy MZ pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků a předpisy MPSV pro další vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.</i></p>		POP, PA, RV, RZ
2.13	<p>Pracovníci jsou prokazatelně pravidelně a minimálně 1x ročně proškoleni v metodách a postupech poskytování první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace v kvalitě, která postihuje aktuální trendy v této oblasti.</p>	ZÁSADNÍ	POP, PA
2.14	<p>Po projednání odborné úrovně a profesního rozvoje včetně dalšího vzdělávání pracovníka se svým zaměstnavatelem či vedoucím, resp. odborným vedoucím k tomu pověřeným. Je stanoven a dodržován program dalšího vzdělávání jednotlivých pracovníků. Každý pracovník je se svým programem seznámen. Další vzdělávání pracovníků se odvíjí zejména od identifikovaných potřeb pacientů/klientů a trendů v oblasti služeb pro příslušnou cílovou skupinu.</p> <p>Vzdělávání zaměstnanců se realizuje na podkladě pravidelné analýzy jejich znalostí, dovedností a schopností, podle individuálních vzdělávacích plánů a vzdělávacího programu organizace.</p>		POP, PA, RZ
2.15	<p>Pracovníci jsou pravidelně supervidováni odborným vedoucím, případně intervidováni (poznámka 22) pověřeným pracovníkem s potřebnou kvalifikací s cílem zabezpečit kvalitu poskytovaných služeb. Totéž se týká dobrovolných pracovníků.</p>	ZÁSADNÍ	POP, RV, RZ, PA

	Poznámka 22 - výklad: <i>O intervizi jde, pokud si pracovní zpětnou vazbu poskytují pracovníci téže organizace, kteří jsou v souřadném postavení, ale vyznačují se zkušeností a odbornou erudicí. Pokud je pracovník oficiálně intervizi pověřen, jde o formalizovanou intervizi.</i>		
2.16	Pracovníci mají rovný přístup k vnější supervizi, která je realizována na základě smlouvy se supervizorem. Supervizorem je kvalifikovaný a uznávaný odborník, pracující mimo organizaci. Vnější supervize má cíl dosažení správné odborné praxe odpovídající standardům a je zaměřena na tyto oblasti: a) Vědomosti, metody intervence, praktické dovednosti, b) postoje zaměstnance a pochopení jeho profesionální role, c) fungování týmu.	ZÁSADNÍ	POP, RZ, RV, DP
16 KRITÉRIÍ Z TOHO 8 ZÁSADNÍCH. ZÁSADNÍ POLOŽKY MUSÍ BÝT NAPLNĚNY MINIMÁLNĚ NA 2 BODY.			

3.VSTUP KLIENTA/PACIENTA DO SLUŽBY

(jednání se zájemcem o službu, příjem pacienta/klienta, vyslovení souhlasu - dohoda/smlouva o poskytování odborné služby).

Služba má stanoven postup, způsob a kritéria pro přijímací proceduru, průběh a ukončování odborné péče. Při přijímací proceduře poskytovatel seznamuje zájemce o službu s kritérii pro přijetí, podmínkami a způsoby poskytování služby, zjišťuje jeho potřeby a provádí komplexní zhodnocení stavu pacienta/klienta, které vyústí v uzavření dohody/smlouvy o jejím poskytování.

Číslo	Popis standardu	Bodovací stupnice	Zdroje
3.1	Služba má stanovenou standardní formu a proceduru příjmu a úvodního zhodnocení (vyšetření) pacienta/klienta v písemné podobě. Podle stanoveného postupu jedná. Křížový odkaz: Speciální standardy tento požadavek blíže specifikují pro danou službu v oddílu: „Vstup pacienta/klienta do služby...“.	ZÁSADNÍ	POP, ODP/K, RP/K
3.2	Služba má stanoven písemný postup pro odmítnutí zájemce o službu (poznámka 23). Podle tohoto postupu jedná. Poznámka 23 - výklad: <i>Pro zařízení v režimu sociálních služeb platí Z 108/2006 Sb., § 91, odst. (3), kde jsou uvedeny 4 zákonné důvody pro odmítnutí uzavření smlouvy o poskytování služeb. V Zákonu o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. řeší problematiku §48.</i>		POP, DP, RZ
3.3	Služba má definována pravidla a postup pro informování zájemce (poznámka 24) o využití odborné péče (případně jeho právního zástupce nebo člověka, kterého si zájemce zvolí) o podmínkách, cílech a způsobech jejího poskytování a o cílové skupině. Informace jsou zájemci poskytovány srozumitelně s ohledem k jeho situaci, možnostem a v takovém rozsahu, aby zájemce poznal, zda daný typ a forma péče splňuje jeho požadavky, a mohl se informovaně rozhodnout, zda ji využije či nikoli.	ZÁSADNÍ	POP, RV, RK/P, RP

	<p>Poznámka 24 - specifikace: <i>Toto kritérium se na rozdíl od 1.13. týká zajištění informovanosti zájemce o službu o poskytované službě obecně a postupů, které k tomu služba volí a dodržuje pro zajištění této informovanosti.</i></p> <p>Křížový odkaz: Souvisí s obecným standardem 1.12. v problematice informovaného souhlasu pacienta/klienta s případným omezením práv v souvislosti s podmínkami léčebného programu, popř. s omezením služeb v souvislosti s neplněním dohodnutých podmínek služby.</p>		
3.4	Služba zjišťuje s aktivní účastí zájemce o odbornou péči/službu jeho potřeby a zájmy, aby mohla posoudit, zda nabízená péče může tyto potřeby uspokojit.		POP, RP/K, RZ
3.5	<p>Příjem a úvodní vyšetření/zhodnocení pacienta/klienta směřuje ke stanovení optimální intervence a plánu poskytování odborné péče/služby. Dále jsou pojmenovány případné psychologické, psychiatrické a somatické komplikace v rámci možností a kompetencí (poznámka 25) zařízení, které mohou ovlivnit průběh léčení či poskytování jiné odborné péče. Služba podle tohoto plánu jedná. O příjmu, úvodním vyšetření/zhodnocení pacienta/klienta je veden záznam v jeho dokumentaci.</p> <p>Poznámka 25 - výklad: <i>Např. pacientům/klientům s psychologickými a psychiatrickými komplikacemi či s případnými somatickými problémy (např. HIV, hepatitis A, B, C, atd.) se poskytuje nebo zajišťuje specifická odborná péče.</i></p>		POP, ODP/K, DP
3.6	<p>Na závěr úvodního vyšetření/zhodnocení stavu pacienta/klienta je uzavřena dohoda/smlouva o poskytování služby v ústní či písemné podobě (poznámka 26). Dohoda/smlouva jednoznačně vymezuje cíl, obsah, rozsah a podmínky poskytování služby, postupy při nedodržování dohodnutých podmínek, způsob a podmínky pro ukončení a způsob, jakým lze dohodu měnit. Dohoda/smlouva umožňuje uživateli i poskytovateli ukončit využívání péče/služby.</p> <p>Poznámka 26 - odkazy: <i>Požadavek na formu dohody služeb v režimu Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. platí ustanovení Díl 3 Smlouva o poskytnutí sociální služby (§ 91). V návrhu Zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. řeší zejména §31, §34 - 36.</i></p> <p>Křížový odkaz: Souvisí se speciálními standardy, s oddílem „Vstup pacienta/klienta do služby...“.</p>		POP, ODP/K, RP/K
6 KRITÉRIÍ Z TOHO 2 ZÁSADNÍ. ZÁSADNÍ POLOŽKY MUSÍ BÝT NAPLNĚNY MINIMÁLNĚ NA 2 BODY.			

4. ZÁSADY POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY, INDIVIDUÁLNÍ PLÁN, VEDENÍ DOKUMENTACE A UKONČENÍ SLUŽBY.

Zařízení má písemně vypracovanou koncepci a písemně definované postupy pro hlavní odborné činnosti a vedení dokumentace, podle těchto podkladů jedná. S klientem je vytvořen individuální plán péče/poskytování služby, který je průběžně hodnocen a aktualizován. Zařízení má popsány způsoby ukončení poskytování služby.

Číslo	Popis standardu	Bodovací stupnice	Zdroje
4.1	<p>Organizace má písemně vypracovaný organizační řád. Zařízení má písemně vypracovanou koncepci služby (poznámka 27), provozní řád a písemně definované postupy pro hlavní odborné činnosti a podle těchto dokumentů jedná. Je-li prováděna práce v terénu nebo mimo vlastní pracoviště, jsou pro tuto práci jasně písemně definovaná pravidla a podle těchto pravidel se postupuje.</p> <p>Poznámka 27 – výklad: <i>Koncepce služby vymezuje rámeček a pojetí služby např. v systému adiktologických služeb, popř. v místním systému služeb, obsahuje odborná a filosofická východiska, principy, popř. zásady služby, poslání a cíle, popř. další charakteristiky, které blíže specifikují a osvětlují odborné a praktické nastavení služby i ve vztahu ke klientům/pacientům.</i></p> <p>Křížový odkaz: Souvisí s obecnými standardy 1.3. a 1.4.</p>	ZÁSADNÍ	POP, RZ
4.2	<p>Vhodný typ a forma odborné služby („program“) se stanoví na základě posouzení typu a rozsahu užívání návykové látky, stupně závislosti, fyzickém, psychickém i sociálním stavu pacienta/klienta s ohledem na bio-psycho-socio-spirituální podstatu problému pacienta/klienta. Jsou brány v úvahu i další somatické či psychiatrické obtíže pacienta/klienta. Program odpovídá potřebám pacienta/klienta a podporuje jej v dosažení optimálního tělesného, duševního a sociálního zdraví a optimální kvality života.</p>	ZÁSADNÍ	POP, RZ, ODP/K, RP/K
4.3	<p>Služba má písemně zpracována vnitřní pravidla pro vedení dokumentace a ochranu osobních a citlivých údajů pacientů/klientů. Dokumentace obsahující osobní a citlivé údaje pacienta/klienta je zabezpečena proti zneužití (poznámka 28) a je jednoznačně stanoveno, kdo má v organizaci k této dokumentaci přístup. Osobní údaje pacientů/klientů jsou důvěrné a nejsou poskytovány dalšímu subjektu bez jeho souhlasu, případně bez jeho vědomí. Výjimku tvoří situace, kdy je zařízení ze zákona povinno tyto informace poskytnout i bez vědomí a souhlasu pacienta/klienta (poznámka 29).</p> <p>Poznámka 28 - výklad: <i>Zabezpečením proti zneužití se rozumí i kódování anonymní klientely v kontaktních centrech a terénních programech. Dále je zde míněno technické zabezpečení.</i></p>	ZÁSADNÍ	POP, ODP/K

	Poznámka 29 - výklad: <i>Toto se vztahuje zejména na situace, kde platí tzv. oznamovací povinnost dle zákona č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník (viz §367- nepřekážení trestného činu, krádeže dle §205, odst. 5; § 368 – neoznámení trestného činu); Zákon o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb.; Zákon o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb.</i>		
4.4	<p>Po uzavření dohody/smlouvy je ve spolupráci s pacientem/klientem stanoven individuální plán odborné péče (poznámka 30), který reflektuje jeho potřeby a cíle, kterých chce prostřednictvím odborné péče/služby dosáhnout a které jsou vzhledem k jeho možnostem za využití služby realizovatelné. Služba podporuje pacienta/klienta, aby své potřeby a cíle vyjádřil a uplatnil. Individuální plán je průběžně realizován, hodnocen (poznámka 31) a v případě potřeby měněn se zapojením pacienta/klienta.</p> <p>Poznámka 30 - výklad: <i>Individuální plán je sjednáván ústně či písemně, ale vždy o něm musí být záznam v dokumentaci dle postupu stanoveném službou.</i></p> <p>Poznámka 31 - výklad: <i>Průběžným hodnocením individuálního plánu je míněno hodnocení jeho realizace v daných intervalech a způsobem, které jsou stanoveny v příslušných postupech služby.</i></p> <p>Křížový odkaz: Souvisí se speciálními standardy v oddílu „Odborná péče, vedení dokumentace“.</p>	ZÁSADNÍ	POP, RZ, ODP/K, RP/K
4.5	Pacient/klient může stanovit, kteří další lidé z okruhu jeho blízkých osob se budou procesu individuálního plánování účastnit. Zařízení dále vytváří podmínky pro zapojení členů rodiny nebo jiných důležitých osob blízkých pacientovi/klientovi dle individuálních podmínek a potřeb.		POP, RP/K, ODP/K
4.6	Informace a zdravotní výchova směřující k minimalizaci rizik z užívání drog se poskytují vždy, bez ohledu na to, zda jde o program s cílem abstinence či nikoliv.		POP, RZ, RP/K,OD P/K, VP
4.7	<p>Zařízení má stanoveny, jaké údaje potřebuje pro bezpečné a kvalitní poskytování služby a vedená dokumentace služby je v tomto stanoveném rozsahu (poznámka 32). O průběhu služby vede zařízení podrobnou a přehlednou dokumentaci.</p> <p>Poznámka 32 - výklad: <i>Vedení dokumentace se Zákonem o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.Hlava II, § 53-69 a dále příslušnými platnými rezortními předpisy. Nezdravotnická zařízení musí mít pro vedení osobní dokumentace ústní souhlas klienta (blíže viz Zákon č. 101/2000SB. O ochraně osobních údajů §5, odst (2) a (4)) v případě vedení nejen osobních, ale i citlivých údajů, je nezbytný souhlas písemný. V případě vedení dokumentace v anonymní podobě (např. pod kódem) není požadován písemný souhlas ani v případě vedení citlivých údajů. Toto se mění v okamžiku sdělení osobního údaje, který by umožnil identifikaci klienta v souladu se zákonem 101/2000Sb.</i></p>	ZÁSADNÍ	POP,ODP /K, DP

4.8	<p>Léky, které pacient/klient aktuálně užívá, musí být řádně uvedeny v dokumentaci pacienta/klienta a farmakoterapie musí odpovídat specifickým potřebám pacienta/klienta, typu užívané návykové látky, uznané praxi, aktuálním vědeckým poznatkům a příslušným zákonným normám a metodickým opatřením MZ.</p> <p>Poznámka 33 - výklad: <i>Toto kritérium u služeb, které nemají statut zdravotnického zařízení s kompetencí farmakoterapie, je považováno za naplněné, pokud zařízení prokáže snahu o zjišťování těchto údajů u klientů s ohledem na způsob práce s klientem a případné zdravotní komplikace s tím spojené.</i></p>		POP, ODP/K
4.9	<p>Služba definuje způsoby a postupy služby při ukončení služby včetně dokumentace tohoto procesu. Zařízení při ukončení poskytování služby zajišťuje v indikovaných případech potřebnou návaznost odborné péče včetně vystavení zprávy o průběhu a ukončení péče. To platí i tehdy, je-li program ukončen z důvodů porušení pravidel.</p> <p>Křížový odkaz: Minimální požadavky na jednotlivé služby včetně požadavků na dokumentaci při ukončení služby jsou uvedeny ve speciálních standardech, v oddílu 5.</p>		POP, ODP/K, RZ
9 KRITÉRIÍ Z TOHO 5 ZÁSADNÍCH. ZÁSADNÍ POLOŽKY MUSÍ BÝT NAPLNĚNY MINIMÁLNĚ NA 2 BODY.			

5. ORGANIZAČNÍ ASPEKTY SLUŽBY, FINANCE, VNĚJŠÍ VZTAHY A NÁVAZNOST SLUŽBY.

Zařízení je kvalifikovaně řízeno a disponuje příslušnými mechanismy, nástroji a vnitřními předpisy potřebnými pro kvalitní a efektivní provoz, hospodaření a další rozvoj služby včetně rozvoje vnějších vztahů. Vedení organizace vytváří podmínky pro to, aby její hospodaření odpovídalo platným normám. Organizace má představu o zdrojích na pokrytí předpokládaných výdajů na zajištění poskytovaných služeb a je schopna to prokazatelně doložit.

Číslo	Popis standardu	Bodovací stupnice	Zdroje
5.1	<p>Služba má zmapovány možnosti dostupné zdravotní (poznámka 32) a jiné odborné péče a dalších dostupných veřejných služeb. Pro zabezpečení komplexní a kontinuální péče zařízení aktivně vytváří a udržuje vztahy s dalšími poskytovateli služeb. Služba podporuje pacienta/klienta v jejich využití v případě jejich indikace, případně mu s nimi zprostředkovává kontakty.</p> <p>Poznámka 32 - výklad: <i>Možnosti dostupné odborné péče by měly být zmapovány ve spektru: informace a zdravotní výchova, poradenství, detoxifikace (ústavní či ambulantní), ambulantní léčba včetně ambulantní skupinové terapie, intenzivní ambulantní léčba (např. léčba v denním stacionáři), ústavní krátkodobá a střednědobá léčba, rezidenční péče v terapeutické komunitě, udržovací substituční léčba, výměnný program sterilních jehel a stříkaček, ambulantní následná péče a resocializace.</i></p>		POP, ODP/K, RP/K

5.2	Pro zabezpečení poskytování služby a jejího rozvoje má zařízení vytvořené příslušné vnitřní mechanismy a nástroje (např. provozní porady, porady a konzultace o pacientech/klientech, plány rozvoje).	ZÁSADNÍ	POP, DP, RZ, RV
5.3	Služba má jednoznačně písemně definované postupy v oblastech spolupráce s policií, se sociálními kurátory, sociálními pracovníky oddělení sociálně právní ochrany dětí, probačními úředníky, soudy a jinými institucemi. Podle těchto postupů jedná. Poznámka 33 - výklad: <i>Výčet institucí uvedených v kritériu je považován za základní.</i> Křížový odkaz: Souvisí s obecnými standardy 1.12. a 4.3.		POP, DP, ODP/K
5.4	Je písemně definován postup pro sběr, hodnocení a předávání statistických údajů a postupuje se podle něj.		POP, RZ
5.5	Organizace má vypracovanou a uplatňovanou informační strategii a postupy práce s médii, prostřednictvím nichž je schopna oslovit stanovené skupiny lidí. Křížový odkaz: Souvislost s právy pacientů/klientů, blíže obecné standardy 1.7.		POP, RV
5.6	Organizace stanoví a dodržuje pravidla pro přijímání darů (poznámka 34) a vede v tomto směru příslušnou dokumentaci. Poznámka 34 - doporučení: <i>Nedoporučuje se přijímání darů od aktuálních pacientů/klientů a jejich blízkých osob. Doporučuje se specifikovat drobné dary a dále specifikovat, které dary není možné přijmout např. z etických důvodů.</i> Křížový odkaz: Souvisí s obecným standardem 1.17.		POP, RV, RZ
5.7	Je stanoven rozpočet služby (programu/zařízení) na příslušný kalendářní rok a odpovědnost za jeho kontrolu. Křížový odkaz: Souvisí se standardem 4.1.	ZÁSADNÍ	POP,RV
5.8	Organizace/zařízení stanoví a dodržuje pravidla pro zacházení s depozity (poznámka 35) a vede v tom směru příslušnou dokumentaci. Poznámka 35 - výklad: <i>Depozity jsou míněny movité věci, peníze a ceniny pacienta/klienta, které jsou zařízením přijaty do úschovy. Pokud zařízení tuto službu (úschovy) neposkytuje, nebo tak činí v omezeném rozsahu, musí být tyto skutečnosti v dokumentaci služby uvedeny a služba podle nich musí postupovat.</i>		POP, RK/P
5.9	Organizace má zavedený systém hospodaření s finančními prostředky, který umožňuje naplňování obecně závazných předpisů i interních směrnic.	ZÁSADNÍ	POP, RV

	9 KRITÉRIÍ Z TOHO 3 ZÁSADNÍ. ZÁSADNÍ POLOŽKY MUSÍ BYT NAPLNĚNY MINIMÁLNĚ NA 2 BODY.		
--	--	--	--

6. PROSTŘEDÍ. MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI A NOUZOVÉ SITUACE.

Prostředí a materiálně – technické zázemí odpovídá kapacitě i charakteru poskytované služby a potřebám pacientů/klientů. Organizace současně dbá na to, aby byly plněny všechny platné obecně závazné normy. Zařízení má písemně zpracované a uplatňované postupy včetně kompetencí pro řešení mimořádných událostí a nouzových situací, se kterými jsou pracovníci i klienti/pacienti seznámeni.

Číslo	Popis standardu	Bodovací stupnice	Zdroje
6.1	<p>Prostředí a materiálně–technické zázemí služby odpovídá kapacitě (poznámka 36), charakteru služby a potřebám pacientů/klientů a pracovníků, a dále zohledňuje potřeby rodin či blízkých osob pacientů/klientů.</p> <p>Poznámka 36 - výklad: Kapacita je v tomto kritériu vztahena k velikosti konkrétního prostoru a povaze programu/výkonu v něm prováděném, tedy okamžitá kapacita pacientů/klientů v daném prostoru. Charakter služby je o povaze prostor a zázemí ve vztahu k potřebné funkci prostoru (např. místnost pro výkon skupinové terapie, prostor pro výměnu injekčního náčiní, místnost pro výdej substituce, zajištění stravy, uložení potravin, zdravotnického materiálu, zajištění prostor bez dostupnosti návykových látek atd.). Potřeby klientů jsou v tomto kritériu vztaheny aktuálně k danému místu a povaze výkonu v něm prováděném (např. potřeba zachování soukromí při poradenství, zachování intimity a důstojnosti při provádění toxikologických testů, minimální bezpečí při zajištění krizové intervence atd.).</p> <p>Křížový odkaz: Souvisí s Kodexem práv pacientů/klientů v obecném standardu 1.9., s omezením práv a informovaným souhlasem v obecném standardu 1.12., dále se speciálními standardy v oddílu 6 (např. bezdrogové prostředí).</p>	ZÁSADNÍ	VP, POP, RV, RZ, RP/K
6.2	<p>Organizace má písemný přehled obecně závazných předpisů a norem zabezpečení a užívání materiálně – technického zázemí, které musí naplňovat. V souladu s tím má služba stanovené postupy pro úklid, dezinfekci, prevenci a monitorování infekčních a pohlavně přenosných nemocí u pacientů/klientů, tj. minimálně HIV a hepatitid (poznámka 37). Služba tyto postupy provádí (poznámka 38).</p> <p>Poznámka 37 - odkazy: Příslušnými předpisy se rozumí vyhlášky MZ č. 195/2005Sb., o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a č. 221/2010 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení. Zákon o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. Požadavky na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení jsou upraveny ve vyhlášce č. 221/2010 Sb. V praxi se tato vyhláška vztahuje pouze na zdravotnická zařízení, která vznikla po 31. srpnu 2010. Provozovatelům,</p>	ZÁSADNÍ	POP, RV, VP

	<p>jejichž zdravotnická zařízení vznikla před 1. září 2010, stále běží lhůta k tomu, aby své věcné a technické vybavení přizpůsobili vyhlášce 221/2010 Sb.</p> <p>Poznámka 38 - specifikace: Prostory výkonu služby jsou udržované v čistotě a pořádku.</p> <p>Křížový odkaz: Souvisí s oddílem „Odborná péče, vedení dokumentace“ ve speciálních standardech.</p>		
6.3	Služba má v písemné podobě stanovena další pravidla zabezpečení a užívání materiálně–technického zázemí, kde nestačí obecně závazné právní předpisy. Zajišťuje seznámení pracovníků, uživatelů služeb, příp. veřejnosti s těmito pravidly, aby podle nich mohli postupovat. Služba podle těchto pravidel postupuje.		POP, RZ, RK/P, VP
6.4	Je písemně stanovena a v praxi zajištěna prevence zdravotních a pracovních rizik včetně relevantního očkování personálu a dále prevence zdravotních rizik klientů/pacientů při aktivitách, které jsou součástí programů např. při sportovních aktivitách, pracovní terapii atd.		POP, RK/P, RV, RZ
6.5	Služba definuje podmínky pro zajištění minimálního soukromí pacientů/klientů i personálu a podle toho postupuje.		VP, POP
	Křížový odkaz: Souvisí s uplatňováním základních lidských práv a svobod, s obecnými standardy 1.9. a 1.12..		
6.6	Zařízení postupuje citlivě vůči životnímu prostředí.		POP, RK/P, RZ, VP
6.7	<p>Mimořádné události a nouzové situace (poznámka 39) jsou vyhodnocovány a jsou činěna opatření k jejich minimalizaci. Jsou stanoveny písemné postupy jejich řešení s cílem zajistit bezpečí. Pracovníci a pacienti/klienti jsou s těmito postupy srozumitelně, prokazatelně a přiměřeně seznámeni. Podle stanovených postupů se jedná. O průběhu a řešení mimořádných událostí a nouzových situací je vedena přiměřená dokumentace.</p> <p>Poznámka.39 – výklad: <i>Mimořádná událost je škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka (kolaps pacienta/klienta, napadení pracovníka atd.), přírodními vlivy (povodeň, vichřice, náledí atd.), a také havárie (porucha technického zajištění služby – autonehoda, porucha vodovodu, el. vedení atd.), které ohrožují život, zdraví, majetek, bezpečnost provozu služby nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných, likvidačních a jiných prací pro odstranění či zamezení dalších škod. <u>Nouzová situace</u> je vyvolána mimořádnou událostí či jinými faktory, které dočasně ohrožují či omezují provoz či kvalitu služby (např. v důsledku dočasného nedostatku finančních prostředků, epidemie virového onemocnění, havárie topného systému v zimě atd.).</i></p>	ZÁSADNÍ	POP, RV, RZ, RK/P, DP
	7 KRITÉRIÍ Z TOHO 3 ZÁSADNÍ. ZÁSADNÍ POLOŽKY MUSÍ BÝT NAPLNĚNY MINIMÁLNĚ NA 2 BODY.		

7. HODNOCENÍ KVALITY, BEZPEČÍ A EFEKTIVITY SLUŽBY

Organizace dbá na to, aby služby, které poskytuje, byly poskytovány efektivně a kvalitně a měly vytvořeny mechanismy pro další zkvalitňování. Do hodnocení kvality a jejího zvyšování zapojuje uživatele služeb i vlastní pracovníky.

Číslo	Popis standardu	Bodovací stupnice	Zdroje
7.1	<p>Organizace/služba stanovuje písemně kritéria hodnocení kvality, bezpečí a efektivity služby a způsob, kterým se hodnocení provádí. Toto souborné hodnocení se provádí periodicky, minimálně 1x ročně (poznámka 40) se zapojením pracovníků na všech úrovních.</p> <p>Poznámka 40 – výklad, doporučení: <i>Za minimální stanovená kritéria kvality je třeba považovat standardy kvality či odborné způsobilosti sociálních a adiktologických služeb. Ve zdravotních službách je tato problematika upravena zejména Zákonem o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., část devátá. Za kritéria úsilí o bezpečí služby je třeba považovat: a) Úsilí o minimalizaci rizik poškození zdraví pacientů/klientů v důsledku nevhodných stanovených postupů, nevhodných podmínek poskytování služby, pochybením pracovníků, b) úsilí o snižování četnosti mimořádných událostí, c) postupy prevence rizika vzniku syndromu vyhoření u pracovníků.</i></p> <p>Křížový odkaz: Minimální kritéria hodnocení kvality, bezpečí a efektivity služby stanovují speciální standardy v oddílu „Hodnocení kvality, bezpečí a efektivity služby“.</p>	ZÁSADNÍ	POP, RV,RZ
7.2	<p>Služba kontroluje a hodnotí, zda naplňuje své poslání a cíle, zda způsoby jejich dosahování jsou v souladu se zveřejněnými prohlášeními. Z prováděného hodnocení vyvozuje příslušná opatření.</p>	ZÁSADNÍ	POP,RV, RZ
7.3	<p>Služba má písemně zpracována pravidla pro zjišťování relevantních potřeb pacientů/klientů a úrovně jejich spokojenosti (poznámka 41) s poskytovanými službami a s jejich průběhem. Služba výsledky zjištění vyhodnocuje a vyvozuje z nich příslušná opatření vedoucí ke zlepšení služeb.</p> <p>Poznámka 41 - výklad: <i>Při zjišťování spokojenosti se služba zaměřuje zejména na spokojenost klientů/pacientů s průběhem služby, dále s dosaženými výsledky, chováním pracovníků, prostředím atd..</i></p>		POP,RV, RK/P
7.4	<p>O hospodaření a výsledcích poskytovaných služeb je zpracována výroční nebo závěrečná zpráva (poznámka 42).</p> <p>Poznámka 42 - specifikace: <i>Výroční či závěrečná zpráva obsahuje minimálně roční účetní uzávěrku, výrok auditora (tam, kde je auditorem ověřována), přehled peněžních příjmů a výdajů, přehled rozsahu příjmů (výnosů), členění dle zdrojů, úplný objem výdajů (nákladů), členění rozpočtu s ohledem na poskytování služeb a na vlastní</i></p>		POP

	<p><i>činnost organizace (správu organizace), stav a pohyb majetku a závazků organizace. Dále pak základní údaje o poskytovaných službách (statistické). Výroční zpráva by měla být zveřejněna do 30.6. následujícího roku.</i></p> <p>Křížový odkaz: Souvisí s obecným standardem 1.7.</p>		
4 KRITÉRIA Z TOHO 2 ZÁSADNÍ. ZÁSADNÍ POLOŽKY MUSÍ BÝT NAPLNĚNY MINIMÁLNĚ NA 2 BODY.			

ZDROJE

POP - písemné organizační podklady (statut, stanovy, směrnice, pokyny, manuály, výroční zpráva, etický kodex atd.)

ODP/K - osobní dokumentace pacienta/klienta (např. chorobopis či osobní spis, zpráva o přijetí a propuštění, vedení léčby atd.)

DP – dokumentace programu (např. záznamy ze skupin, komunit, dokumentace mimořádných událostí atd).

PA - personální agenda, proškolení, plán vzdělávání atd.

RV - rozhovory s vedoucími pracovníky

RZ - rozhovory se zaměstnanci

RP/K- rozhovory s pacienty/klienty

VP - vlastní pozorování

Přehled bodového hodnocení:

Celkem 68 standardů, z toho 31 standardů označených jako zásadních – nezbytné minimum je 2 body. Jejich naplnění na nižší úrovni je neslučitelné s udělením certifikátu.

Nejvyšší možný celkový počet bodů je 204, potřebné dosažené minimum pro udělení certifikátu je ve výši 80% maxima, tj. 163 bodů.