

Kvalita ve zdravotnictví koncepty

Jana Nová, 09092024

Kvalita zdravotní péče

- Poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče je jedno z ústředních témat, kterému se věnují jak zdravotnické instituce, tak Ministerstvo Zdravotnictví.
- Řízení kvality ve zdravotnictví je neukončený proces, který je nutné stále monitorovat, vylepšovat a analyzovat. Je také cestou k zajištění bezpečnosti pacientů, která vede ke zvýšení celkové kvality péče.
- WHO definuje kvalitu zdravotní péče jako službu „která co nejefektivnějším způsobem organizuje zdroje, aby se spolehlivě uspokojily zdravotní potřeby v oblasti prevence a péče u tech nejpotřebnějších, bez zbytečného plýtvání a v mezích požadavků vyšší úrovně“.
- Tato definice zahrnuje **tři základní pohledy na kvalitu – kvalitu z pohledu pacienta, odbornou kvalitu a kvalitu řízení managementu.**

Systemové modely kvality

- Modely systémů řízení kvality – Mezinárodní organizace pro normalizaci (ISO).
- Modely (národní a nadnárodní) akreditačních standardů (JCAHO, JCIA, SAK ČR).
- Modely definující tvorby národních akreditačních standardů (ISQua, ALPHA).
- Modely excelence – světové ceny za kvalitu (Baldrige, EFQM, Six Sigma).

Normy ISO

- ISO 9000:2000 – Systémy managementu jakosti – základy, zásady a slovník.
- ISO 9001:2000 – Systémy managementu jakosti – požadavky.
(stěžejní, podle této zavádění a prověřování implementovaného systému jakosti).
- ISO 9004:2000 - Systémy managementu jakosti – směrnice pro zlepšování výkonnosti.

Akreditace

Definice:

„Uznání oficiálně pověřenou autoritou, že zdravotnické zařízení je způsobilé k poskytování kvalitní zdravotní péče a má vytvořený funkční a účinný způsob pro posuzování výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality poskytované péče.“

Modely akreditačních standardů

- JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- JCI – Joint Commission International.
- Spojená akreditační komise, o.p.s.

Kvalita zdravotnických služeb

- V ČR velký posun v 90.letech.
- Definována jako:
 - souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě,
 - stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje a v souladu s ekonomickými možnostmi,
 - stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků.
 - <https://mzd.gov.cz/category/agendy-ministerstva/kvalita-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb-prava-a-povinnosti-pacientu>

Zaměření standardů

- Na strukturu – manažerské
 - Směrnice, na národní úrovni definované platnou legislativou. Např. odborná nebo speciální kvalifikace jednotlivých profesí.
- Na proces – řídicí
 - Popis činností a výkonů, zajištění jednotného a bezpečného postupu.
- Na výsledek – monitorovací
 - Metody a nástroje pro monitoring, měření, analýzu a hodnocení výsledků.

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 zařízení následné a dlouhodobé péče jsou určeny k aplikaci poskytovatelům lůžkové následné a dlouhodobé péče dle §9, odst. 2, písm. c) a d) zákona č. 379/2011 Sb.**
- SAK má k dispozici akreditační standardy pro další druhy péče na svém webu www.sakcr.cz.

<https://www.sakcr.cz>

Vztah akreditace SAK a externího hodnocení kvality a bezpečí dle platné legislativy

- Součástí hodnocení splnění akreditačních standardů je rovněž hodnocení požadavků na kvalitu a bezpečí dle vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (dále též „vyhláška“).
- Hodnotící postupy v rámci celého akreditačního šetření uvedené v příslušné směrnici zaručují, že všechny minimální standardy a jejich ukazatele dle vyhlášky jsou splněny. Toto vyjádření je součástí výstupu hodnocení akreditačního šetření, Zprávy o akreditačním šetření

O Spojené akreditační komisi

Spojená akreditační komise vznikla v roce 1998. Naším posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit.

Hlavní prostředky pro naplňování našeho poslání:

- Vydávání akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení včetně podrobné metodiky.
- Pomoc zdravotnickým zařízením připravujícím se k akreditaci, specifikace metodiky dle typů zdravotnických zařízení, poradenství při vytváření vnitřních norem pro dané zařízení, poradenská činnost na místě včetně akreditace nanečisto.
- Organizace regionálních i celostátních vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů.
- Vydávání publikací (v klasické i elektronické podobě) zaměřených na zvyšování kvality péče o pacienty a zajištění jejich bezpečí.
- Spolupráce s ostatními organizacemi v ČR, které se podílejí na zvyšování kvality zdravotní péče a spolupráce s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví.
- Podíl na mezinárodní spolupráci v oblasti zvyšování kvality zdravotní péče a zajištění bezpečí pro pacienty.
- Vzdělávání konzultantů a auditorů akreditačního procesu.

Od 21. 6. 2012 je Spojená akreditační komise, o.p.s., oprávněným hodnotitelem kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, pro druhy zdravotní péče podle ust. § 5 odst. 2 písm. f) až h) zákona č. 372/2011 Sb., dle omezení udělení oprávnění dle vyhlášky č. 102/2012 Sb.


AS pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb

Akreditační standardy pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb

 [Stáhnout PDF](#)

AS pro ambulantní zdravotnická zařízení

Errata et Corrigenda k Akreditačním standardům pro ambulance 19.2.2019

 [Stáhnout DOC](#)

Akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení - platné od 1.4.2019

 [Stáhnout PDF](#)

AS pro následnou péči

Errata et Corrigenda k Akreditačním standardům pro následnou péči - aktualizováno 9/2023

 [Stáhnout PDF](#)

Akreditační standardy pro následnou péči

 [Stáhnout PDF](#)

AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NÁSLEDNOU PÉČI

Obsahující hodnotící požadavky specifikované v příloze č. 1 vyhlášky MZ ČR č. 107/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, v platném znění

Akreditační standardy a akreditace

1. Resortní bezpečnostní cíle	15
2. Práva pacientů a jejich edukace	25
3. Dostupnost a kontinuita péče	39
4. Diagnostická péče.....	49
5. Terapeutická péče.....	61
6. Objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv	75
7. Hygiena prostředí a protiepidemická opatření	83
8. Řízení a správa	91
9. Řízení kvality a bezpečí	103
10. Bezpečí prostředí.....	115
11. Informace a komunikace.....	127
12. Řízení lidských zdrojů.....	137

Resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví ČR

Vycházejí z publikovaných postupů směřujících k minimalizaci rizik ve frekvenčně nejrizikovějších oblastech poskytování zdravotní péče.

- **Těmito oblastmi jsou:**

- a. bezpečná a jednoznačná identifikace pacientů
- b. bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv
- c. minimalizace rizika záměny pacienta, výkonu, místa výkonu
- d. prevence pádů pacientů
- e. prevence nozokomiálních infekcí řádnou hygienou rukou
- f. bezpečná komunikace
- g. bezpečné předávání pacientů

8. Řízení a správa

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

- **Účel a naplnění standardu:** podrobný popis jak a proč se má standard naplnit (zpracování směrnic, pokynů, vnitřních předpisů a jejich aktualizace)
- **Indikátory standardu:**
- Vnitřní předpis zařízení stanoví její organizační strukturu.
- Vnitřní předpis zařízení stanoví pravomoci a povinnosti vedoucích pracovníků.
- Vnitřní předpis zařízení definuje formy vnitřní komunikace.
- Tento vnitřní předpis je pravidelně aktualizován.
- Tento vnitřní předpis je aktuální a je dodržován

8. Řízení a správa

8.2. Vedení zařízení ve spolupráci se zřizovatelem/ statutárním orgánem/majitelem formuluje poslání, vizi a strategii zařízení na základě analýzy dostupných zdrojů a potřeb pacientů.

Účel a naplnění standardu:

- Poslání, vize a strategie jsou stěžejní pro fungování organizace. Stanovují základní rámec pro operativní i dlouhodobé rozhodování vedoucích pracovníků, definují a sjednocují hodnoty a směr rozvoje.
- Posláním zařízení se rozumí nejen definice aktuálního spektra služeb, ale také hodnot společných pro všechny pracovníky a role, kterou zařízení zastává v kontextu regionu a komunity, ve které se nachází.
- Vizí a strategií se rozumí nejvyšší a obecný soubor principů, v rámci kterých se uskutečňuje plánování a rozvoj zařízení. Vize a strategie by vždy měly vycházet na jedné straně z přání a ambicí správního orgánu a vrcholového vedení, na straně druhé z realisticky zhodnocených dostupných zdrojů (finančních, lidských, informačních a dalších) a faktorů (kulturních, regionálních, politických, společenských a dalších), které mají a budou mít vliv na fungování organizace.
- Zařízení by mělo integrovat řízení kvality a bezpečí do poslání i strategického plánování.

8. Řízení a správa

8.2. Vedení zařízení ve spolupráci se zřizovatelem/ statutárním orgánem/majitelem formuluje poslání, vizi a strategii zařízení na základě analýzy dostupných zdrojů a potřeb pacientů.

Indikátory standardu:

- Vedení zařízení ve spolupráci se zřizovatelem/statutárním orgánem/ majitelem pravidelně analyzuje dostupné zdroje.
- Vedení zařízení ve spolupráci se zřizovatelem/statutárním orgánem/ majitelem analyzuje potřeby pacientů.
- Vedení zařízení ve spolupráci se zřizovatelem/statutárním orgánem/ majitelem definuje poslání, vizi a strategii zařízení.
- Poslání, vize a strategie zařízení jsou aktualizovány s ohledem na potřeby pacientů a dostupné zdroje.
- Součástí poslání, vize a strategie zařízení je zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče.

8. Řízení a správa

- ***Standard 8.3. Pracovníci zařízení dodržují obecně závazné předpisy – národní a oborovou legislativu. Zařízení má zavedený účinný postup zpracování změn v legislativě do vnitřních předpisů.***
- ***Účel a naplnění standardu***
- Zařízení tento standard naplní, když uvede všechny své vnitřní předpisy do souladu s legislativou a zavede takové postupy, které jí umožní reagovat na případné změny tak, aby trvale fungovalo dle platné legislativy
- K naplnění tohoto standardu zařízení prokáže, že její vedení pověřilo osobu či osoby (zaměstnance či smluvní třetí stranu) sledováním změn oborové legislativy a že příslušní vedoucí pracovníci jsou informováni o změnách v oborové legislativě a v rámci svých pravomocí spolupracují na změnách vnitřních předpisů dle identifikovaných změn legislativy. V rámci akreditačního šetření je prověřováno, zda výsledek tohoto postupu (aktuální vnitřní předpisy, informování vedoucí i řadoví pracovníci) je uspokojivý (viz též standard číslo 9.4).

8. Řízení a správa

- ***Standard 8.3. Pracovníci zařízení dodržují obecně závazné předpisy – národní a oborovou legislativu. Zařízení má zavedený účinný postup zpracování změn v legislativě do vnitřních předpisů.***
- **Indikátory standardu:**
 - 1. Vedení zařízení pověří osobu/osoby odpovědné za sledování změn aktuální legislativy.
 - 2. V zařízení existuje postup zavedení těchto změn do vnitřních předpisů zařízení.
 - 3. Tento postup je funkční. Vedoucí pracovníci ho umějí popsat.
 - 4. Vnitřní předpisy zařízení a praxe jsou v souladu s platnou legislativou.

8. Řízení a správa

Standard 8.4. Vedení zařízení společně s vedoucími pracovníky všech pracovišť písemně definuje systém vnitřních předpisů

Účel a naplnění standardu:

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

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

8. Řízení a správa

Standard 8.4. Vedení zařízení společně s vedoucími pracovníky všech pracovišť písemně definuje systém vnitřních předpisů

Indikátory standardu:

1. V zařízení je písemně definován postup řízení vnitřních předpisů minimálně v rozsahu písmen a) až g) účelu standardu.

2. Vnitřní předpisy zařízení jsou vedené v písemné podobě (tištěné či elektronicky) a jsou dostupné pro všechny pracovníky, kterým jsou určeny.

- 3. Vnitřní předpisy zařízení jsou aktuální a jsou dodržovány

8. Řízení a správa

- ***Standard 8.5.:Vedení zařízení se aktivně podílí na řízení kvality a bezpečí poskytovaných služeb***
- ***Účel a naplnění standardu:***
- Vedení zařízení dohlíží na tvorbu programu kvality, schvaluje ho a pravidelně přezkoumává. Zároveň se také účastní analýzy výstupů z tohoto programu (výsledky auditů, sledování indikátorů kvality, sledování nežádoucích událostí atd.), které využívá k řízení stejným způsobem, jako využívá k řízení například data o hospodaření zařízení.
- Role osob, které jsou odpovědné za řízení kvality (např. manažera kvality, náměstka pro kvalitu či jiných), je pouze podpůrná, koordinační v oblasti naplňování programu kvality a fungující jako prostředník mezi klinickým a neklinickým provozem zařízení a vrcholovým vedením. Hlavní manažerská role a odpovědnost za kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb spočívá na vrcholovém vedení

8. Řízení a správa

- **Standard 8.5.: Vedení zařízení se aktivně podílí na řízení kvality a bezpečí poskytovaných služeb**
- **Indikátory standardu:**
 - 1. Vedení zařízení se aktivně podílí na plánování programu řízení kvality a bezpečí, zejména při stanovování priorit takového programu a vyčleňování zdrojů pro jeho realizaci.
 - 2. Vedení zařízení aktivně dohlíží na realizaci programu řízení kvality a bezpečí.
 - 3. Vedení zařízení pravidelně přezkoumává výstupy a výsledky programu řízení kvality a bezpečí.
 - 4. Vedení zařízení využívá výstupy a výsledky programu řízení kvality k rozhodování

8. Řízení a správa

- ***Standard 8.6.:Vedení zařízení sděluje veřejnosti vhodnou a srozumitelnou formou spektrum poskytované péče a služeb a výsledky v oblasti řízení kvality a bezpečí poskytované péče zařízení***
- **Účel a naplnění standardu:**
- Jedním z klíčových prostředků spolupráce zařízení s veřejností je poskytování informací, které pacienti (ale také například jiní poskytovatelé v regionu) potřebují ke svému rozhodování o tom, kterého poskytovatele vyhledají a jakou cestou se dostanou k adekvátní péči. Proto musí zařízení vhodnou a srozumitelnou formou zveřejňovat takové informace, které jejich adresátům umožní využívat její služby bez zbytečných bariér.
- Tento proces začíná identifikací „pacientů“ zařízení, a to jak externích (pacienti, praktičtí lékaři, terénní specialisté, záchranná služba, ostatní poskytovatelé zdravotních, ale i sociálních služeb a další), tak interních (ostatní pracoviště zařízení, vedoucí pracovníci atd.). V dalším kroku zařízení u těchto „pacientů“ identifikuje jejich informační potřeby, jinými slovy, jaké informace (rozsah a formu jejich sdělování) potřebují k tomu, aby ke službám zařízení měli co nejnazší přístup. Je nezbytné, aby zejména informace pro laickou veřejnost byly prezentovány srozumitelně, tedy s komentáři a interpretacemi zveřejněných dat

8. Řízení a správa

- **Standard 8.6.:Vedení zařízení sděluje veřejnosti vhodnou a srozumitelnou formou spektrum poskytované péče a služeb a výsledky v oblasti řízení kvality a bezpečí poskytované péče zařízení**
- **Indikátory standardu**
- 1. Existují aktuální informace o spektru péče a služeb každého pracoviště, které vedoucí pracovníci používají k řízení zařízení.
- 2. Informace o spektru péče a služeb jsou pravidelně aktualizovány.
- 3. Informace o spektru péče a služeb jsou pravidelně poskytovány veřejnosti, a to v adekvátním rozsahu, vhodnou a srozumitelnou formou.
- 4. Výsledky zařízení v oblasti kvality a bezpečí poskytovaných služeb jsou pravidelně poskytovány veřejnosti, a to vhodnou a srozumitelnou formou.

8. Řízení a správa

- **Standard 8.7.:Vedení zařízení odpovídá za služby zajištěné smluvními dodavateli**
- **Účel a naplnění standardu**

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

- a. byly vybírány v souladu s posláním zařízení a potřebami pacientů;
- b. byly poskytovány na základě formální či neformální dohody či smlouvy;
- c. splňovaly platnou legislativu a akreditační standardy;
- d. svou úrovní odpovídaly úrovni služeb poskytovaných zařízením.
- K zajištění výše uvedených bodů je nutné, aby v zařízení existoval dohled a kontrola nad službami, které jsou zajišťovány smluvními dodavateli. V neposlední řadě je nutné, aby vedoucí pracovníci zařízení integrovali informace vzešlé z dohledu a kontroly, případně sbírali další data o kvalitě těchto služeb a na základě této zpětné vazby rozhodovali o tom, zda je služba poskytována na přiměřené úrovni a s dodavatelem bude nebo nebude zařízení nadále spolupracovat

8. Řízení a správa

- **Standard 8.7.:Vedení zařízení odpovídá za služby zajištěné smluvními dodavateli**
- **Indikátory standardu**
- 1. Vedoucí kliničtí pracovníci jsou odpovědní za úroveň klinických služeb poskytovaných smluvními dodavateli alespoň v rozsahu písmen a) až d) účelu standardu.
- 2. Vedoucí nekliničtí pracovníci jsou odpovědní za úroveň neklinických služeb poskytovaných smluvními dodavateli alespoň v rozsahu písmen a) až d) účelu standardu.
- 3. Nad klinickými a neklinickými službami zajišťovanými smluvními dodavateli probíhá dohled a kontrola přiměřeně k povaze služby a potřebám zařízení.
- 4. Výsledky dohledu, kontroly, či jiných sbíraných dat o kvalitě klinických i neklinických služeb zajišťovaných smluvními dodavateli jsou pravidelně analyzovány a využívány pro rozhodování o dalším využívání těchto služeb

8. Řízení a správa

- **Standard 8.8 V zařízení je zaveden program podpory zdraví**
- **Účel a naplnění standardu**
- Česká republika se zavázala k účasti v programu zařízení podporující zdraví, který vyhlásila Světová zdravotnická organizace (WHO). Od tvorby národní legislativy a činnosti státní správy, organizací působících v oblasti veřejného zdravotnictví, ale také systémů externího hodnocení kvality se očekává, že budou společně vytvářet synergický tlak na implementaci tohoto programu do fungování zdravotnických zařízení České republiky. **Vedení zařízení zavede program podpory zdraví tak, že určí osobu (či skupinu osob) odpovědnou za implementaci a koordinaci programu podpory zdraví a vyčlení programu podpory zdraví nezbytné materiální zdroje** . Samotný program podpory zdraví potom zahrnuje alespoň:
 - a. priority podpory zdraví pro pacienty a jejich blízké;
 - b. priority podpory zdraví pro pracovníky zařízení;
 - c. způsob posuzování potřeb podpory zdraví u pacientů a pracovníků zařízení zejména s důrazem na prevenci kouření, konzumaci alkoholu a jiných návykových látek a na psychologickou podporu;
 - d. klinické i neklinické postupy, jejichž součástí jsou činnosti podporující zdraví (edukace, farmakoterapie, psychologická podpora a podobně) a způsob implementace těchto postupů do vnitřních předpisů zařízení;
 - e. rozsah, formu a způsob zveřejnění informací o faktorech ovlivňujících zdraví

8. Řízení a správa

- *Standard 8.8 V zařízení je zaveden program podpory zdraví*
- **Indikátory standardu**
- 1. Vedení zařízení určí osobu (či skupinu osob), která je odpovědná za koordinaci programu podpory zdraví, a vyčlení programu podpory zdraví nezbytné materiální zdroje.
- 2. Program podpory zdraví zařízení zahrnuje alespoň položky uvedené v písmenech a) až e) účelu standardu.
- 3. Program podpory zdraví je v zařízení zaveden.
- 4. Účinnost programu podpory zdraví se v zařízení sleduje a vyhodnocuje. Výsledky jsou využívány k zvyšování účinnosti programu

8. Řízení a správa

- **Standard 8.9.:V zařízení je vytvořen a zaveden soubor pravidel pro dodržování etických norem a zlepšování organizační kultury ve všech klíčových činnostech.**
- **Účel a naplnění standardu**
- **Zařízení naplní standard vydáním vnitřního předpisu či předpisů, které stanovují etický rámec.** Jeho naplnění zařízení docílí tím, že při vydávání všech vnitřních předpisů se zvažují a dle potřeby zohledňují následující oblasti:
 - a. **možné konflikty zájmů** (např. ekonomické zájmy zařízení vs. zájmy pacienta, skryté zájmy pracovníků vs. zájmy zařízení) a postup při jejich řešení;
 - b. **etická dilemata a způsob jejich řešení;**
 - c. **případy znevýhodnění jedné ze stran neposkytnutím pravdivých a úplných informací protistranou;**
 - d. **případy zneužívání formálního či neformálního postavení pracovníka zařízení v jednání s pacientem nebo jiným pracovníkem;**
 - e. **případné nežádoucí motivace jedné ze stran, způsob jejich odtajnění a prevence.**

Součástí agendy zvyšování kvality a bezpečí v zařízení je **snaha pozitivně ovlivňovat organizační kulturu.**

8. Řízení a správa

- **Standard 8.9.:V zařízení je vytvořen a zaveden soubor pravidel pro dodržování etických norem a zlepšování organizační kultury ve všech klíčových činnostech.**
- **Indikátory standardu**
- 1. Vedoucí pracovníci zařízení stanoví základní etický rámec pro všechny klinické služby alespoň v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu.
- 2. Vedoucí pracovníci zařízení stanoví základní etický rámec pro všechny neklinické činnosti, jednání s dodavateli i odběrateli včetně zásad pravdivého vykazování poskytnuté péče, a to alespoň v rozsahu písmen a) až e) účelu standardu.
- 3. Všichni pracovníci zařízení dodržují stanovený etický rámec v klinických i neklinických činnostech.
- 4. Všichni pracovníci zařízení se aktivně podílí na udržování a zlepšování zdravé organizační kultury v zařízení.

9. Řízení kvality a bezpečí

Standardy:

- **9.1.** V organizační struktuře zařízení jsou stanoveny osoby, orgány či týmy, které se zabývají plánováním, řízením, monitorováním a zvyšováním kvality péče a bezpečí poskytovaných služeb
- **9.2** V zařízení je zaveden funkční program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb, program je plánován a řízen a je rozšířen do celého zařízení
- **9.3** Zdravotní péče se v zařízení poskytuje dle doporučených klinických postupů, standardů a protokolů.
- **9.4** V zařízení probíhá interní audit kvality a bezpečí poskytovaných služeb, tato činnost je plánovaná a dokumentovaná a provádějí ji k tomu pověřené a kvalifikované osoby

9. Řízení kvality a bezpečí

Standardy:

- **9.5. V zařízení probíhá sběr a analýza dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb**

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

- a. skladování, předepisování a podávání léků;
- b. dodržování tří vybraných bezpečnostních cílů (viz kapitola 1);
- c. nozokomiální nákazy a protiepidemická opatření;
- d. včasnost, správnost a úplnost zdravotnické dokumentace;
- e. identifikace a prevence rizik;
- Na základě sběru a analýzy dat jsou v zařízení sledovány minimálně tyto neklinické oblasti:
- f. spokojenost pacientů;
- g. spokojenost zaměstnanců

- **9.6 V zařízení je zaveden účinný postup sledování nežádoucích událostí**

- (Nežádoucí událostí se rozumí poškození pacienta nebo riziko tohoto poškození, způsobené činností zdravotnických a nezdravotnických pracovníků zdravotnického zařízení, nikoli onemocněním nebo poraněním pacienta)

10. Bezpečí prostředí

Standards:

10.1 Bezpečí prostředí se v zařízení plánuje a řídí a zařízení je uspořádáno ve shodě s národní legislativou

10.2 Zařízení zajistí ochranu před požárem či zakouřením pro pacienty, návštěvy a pracovníky

10.3 Zařízení zajistí bezpečí a bezpečnost prostředí a osob

10.4 Zařízení zajistí bezpečné nakládání s chemickými látkami a odpadem

10.5 Zařízení zajistí trvalé zásobování elektřinou, pitnou vodou a medicínálními plyny

10.6 Zařízení zajistí bezpečný a spolehlivý provoz zdravotnických přístrojů, zdrojů ionizujícího a neionizujícího záření a měřidel

11. Informace a komunikace

- **Standardy**
- **11.1** Zařízení určí vnitřním předpisem formální a věcné náležitosti zdravotnické dokumentace pro všechny obory
- **11.2** Zařízení určí vnitřním předpisem frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů.
- **11.3** V dokumentaci každého pacienta je pravidelně písemně vyhotovována epikríza s frekvencí a věcným obsahem stanovenými pro každé oddělení.
- **11.4** Všichni propouštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou (předběžnou nebo definitivní), jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány vnitřním předpisem
- **11.5** Zařízení provádí kontrolu zdravotnické dokumentace včetně úplnosti a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv

11. Informace a komunikace

- **Standardy**

- **11.6 Zařízení zajistí zabezpečení informací. Účinný postup určuje:**

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

- **11.7 Zařízení má zavedenu bezpečnostní politiku informačních technologií včetně havarijních plánů.**

Zařízení stanoví vnitřním předpisem bezpečnostní politiku informačních technologií, která řeší rizikové oblasti provozu informačních technologií (popis jednotlivých modulů informačního systému zařízení, fyzickou bezpečnost, logickou bezpečnost, personální bezpečnost, procedurální bezpečnost)

12. Řízení lidských zdrojů

- ***Standard 12.1.:Vedení zařízení plánuje počet personálu a jeho kvalifikaci k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky***
- ***Účel a naplnění standardu***
- V návaznosti na poslání zařízení, spektrum poskytované péče a potřeby pacientů a jejich blízkých, management a vedoucí pracovníci jednotlivých pracovišť společně stanoví počty potřebného personálu, jejich požadovanou kvalifikaci a definuje podmínky a pravidla jejich dalšího vzdělávání. Pokud zařízení z nějakého důvodu plán nedodrží (například z důvodu nedostatku personálu), management tuto skutečnost vede v patrnosti a přijímá opatření, aby tato situace neohrozila kvalitu a bezpečí poskytované péče.
- Zařízení standard naplní, pokud prokáže, že plánuje obsazení jednotlivých pracovišť a kontinuální vzdělávání zaměstnanců, že tento plán je aktuální a v praxi se dodržuje a že jsou dodržovány všechny legislativní normy, které tuto oblast upravují

12. Řízení lidských zdrojů

- **Standard 12.1.: Vedení zařízení plánuje počet personálu a jeho kvalifikaci k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky**
- **Indikátory standardu**
 - 1. Počty personálu potřebného pro jednotlivá pracoviště a jejich kvalifikace se v zařízení plánují.
 - 2. Počty a kvalifikace personálu odpovídají plánu nebo jsou přijímána náhradní opatření.
 - 3. Kontinuální vzdělávání personálu se plánuje v souladu s potřebami zařízení.
 - 4. Každému zaměstnanci je umožňováno nebo přímo poskytováno vzdělávání a odborné školení jak v rámci zařízení, tak mimo něj, které udržuje či zvyšuje jeho znalosti a dovednosti.
 - Zařízení dodržuje platnou legislativu v oblasti plánování počtu a rozšiřování kvalifikace pracovníků.

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

12. Řízení lidských zdrojů

- ***Standard 12.2 Každý pracovník zařízení má osobní spis, který obsahuje důležité informace o jeho dosažené kvalifikaci a další informace požadované legislativou***
- ***Účel a naplnění standardu***
- U každého pracovníka je nutno důsledně vést doklady o dosaženém vzdělání a další doklady, které jsou podstatné pro zařazení pracovníka do pracovního procesu.
- Zařízení naplní standard, pokud prokáže, že má zaveden postup ověření a zařazení potřebných dokladů do osobního spisu při vstupu nového pracovníka a že tyto doklady vždy při změnách aktualizuje.
- Tato povinnost se v přiměřeném rozsahu vztahuje i na pracovníky, kteří svou činnost provádějí na základě jiného než pracovního vztahu (například na základě dodavatelské smlouvy provádějí konziliární činnost či zajišťují ústavní pohotovostní službu).

12. Řízení lidských zdrojů

- ***Standard 12.2 Každý pracovník zařízení má osobní spis, který obsahuje důležité informace o jeho dosažené kvalifikaci a další informace požadované legislativou***
- ***Indikátory standardu***
- 1. Každý pracovník zařízení má zaveden osobní spis. (viz § 312 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce)
- 2. Osobní spis každého pracovníka obsahuje informace o jeho dosažené kvalifikaci a předchozí odborné praxi.
- 3. Osobní spis každého pracovníka obsahuje všechny doklady požadované legislativou.
- 4. Osobní spis každého pracovníka je aktuální, v zařízení je zaveden postup aktualizace dokladů shromažďovaných v osobních spisech pracovníků.

12. Řízení lidských zdrojů

- ***Standard 12.3 Povinnosti každého pracovníka zařízení jsou stanoveny v platné náplni práce***
- ***Účel a naplnění standardu***
- Povinnosti a pravomoci každého pracovníka (včetně těch, kteří pracují na podkladě jiného než pracovněprávního vztahu) je třeba přesně definovat. Stanovené povinnosti a pravomoci pracovníků musí odpovídat jejich skutečné činnosti (nestačí tedy například formální citace z katalogu prací) a musí být definovány písemně tak, aby byly pro pracovníky závazné (například jako příloha pracovní smlouvy nebo přímo jako součást dodavatelské smlouvy u externích pracovníků). Při určování náplně práce je třeba postihnout i situace, kdy se pravomoci a povinnosti pracovníka mění, například při službě mimo pracovní dobu apod. Pokud se na některé činnosti vztahují zvláštní požadavky na odbornou kvalifikaci (dosažené vzdělání, praxe), náplň práce musí být v souladu s těmito požadavky

12. Řízení lidských zdrojů

- ***Standard 12.3. Povinnosti každého pracovníka zařízení jsou stanoveny v platné náplni práce***
- ***Indikátory standardu***
- 1. Každý pracovník zařízení má písemně stanovenou náplň práce.
- 2. Náplň práce každého pracovníka odpovídá jeho dosaženému vzdělání, kvalifikaci a předchozí odborné praxi.
- 3. Náplň práce každého pracovníka je aktuální a odpovídá realitě, všichni pracovníci znají svoje povinnosti a pravomoci vyplývající z náplně práce.

12. Řízení lidských zdrojů

- ***Standard 12.4 Všichni pracovníci jsou při nástupu zapracováni (adaptační proces) dle potřeb zařízení a s ohledem na jejich náplň práce a požadavky legislativy***
- ***Účel a naplnění standardu***
- Nový pracovník, chce-li dobře plnit svoji funkci, potřebuje porozumět organizační struktuře zařízení a svému zapojení v ní. Toho dosáhne tím, že se seznámí s novým pracovištěm a svou vlastní pracovní náplní. Jako součást takového uvedení do provozu musí být pracovník seznámen se všemi vnitřními předpisy, které se vztahují k jeho práci a musí si osvojit veškeré postupy, které bude provádět. U některých takových činností je s výhodou požadovat po proškoleném pracovníkovi, aby prokázal potřebné znalosti a dovednosti před tím, než je mu umožněno provádět je samostatně. Je rovněž nutné pamatovat na školení, která jsou povinná z platné legislativy (například školení v bezpečnosti a ochraně zdraví při práci, protipožární ochraně a podobně). Povinnost řádného zapracování se v přiměřeném rozsahu vztahuje i na smluvní/externí pracovníky, stážisty a další osoby, které provádějí pracovní činnost v zařízení. I v jejich případě platí, že rozsah zapracování odpovídá jejich pracovnímu zařazení

12. Řízení lidských zdrojů

- ***Standard 12.4 Všichni pracovníci jsou při nástupu zapracováni (adaptační proces) dle potřeb zařízení a s ohledem na jejich náplň práce a požadavky legislativy***
- ***Indikátory standardu***
- 1. Všichni pracovníci zařízení jsou při nástupu zapracováni.
- 2. Délka, rozsah a náplň zapracování odpovídá pracovnímu místu, které pracovník zastává.
- 3. Všichni pracovníci jsou v rozsahu stanoveném zařízením zapracováni v oblastech, které požaduje platná legislativa.
- 4. O zapracování každého pracovníka je veden písemný záznam.

12. Řízení lidských zdrojů

- ***Standard 12.5 Všichni pracovníci zařízení, kteří poskytují zdravotní péči, mají stanovenou aktuální spektrum svých kompetencí. Kompetence každého pracovníka jsou pravidelně hodnoceny***
- ***Účel a naplnění standardu***
- Každý pracovník poskytující zdravotní péči musí mít stanovené spektrum kompetencí (činnosti, které smí provádět v souvislosti s péčí o pacienty). Ty jsou mu přidělovány nejen na základě jeho vzdělání, ale také na základě poslání zařízení, spektra pacientů a jejich potřeb, specifických úkolů konkrétního pracoviště a v neposlední řadě osobních znalostí a dovedností, zdravotního stavu a hodnotového systému daného pracovníka. Vzhledem k tomu, že tyto kvality se v čase mění, kompetence všech pracovníků musí být průběžně přehodnocovány. Při stanovování kompetencí je nutné vycházet z platné legislativy a je možné přihlídnout například k doporučením odborných společností.

12. Řízení lidských zdrojů

- *Standard 12.5 Všichni pracovníci zařízení, kteří poskytují zdravotní péči, mají stanoveno aktuální spektrum svých kompetencí. Kompetence každého pracovníka jsou pravidelně hodnoceny*
- **Indikátory standardu**
- 1. Každý pracovník zařízení, který poskytuje zdravotní péči, má stanoveno spektrum svých kompetencí.
- 2. Informace o spektru kompetencí zdravotnických pracovníků jsou uvedeny v jejich osobních spisech, všichni zdravotničtí pracovníci jsou se svými kompetencemi seznámeni.
- 3. Kompetence každého zdravotnického pracovníka jsou průběžně hodnoceny a aktualizovány vždy při změně a minimálně jednou za dva roky, pracovníci jsou s výsledky hodnocení seznámeni
- 4. Hodnocení a aktualizace kompetencí, tam, kde je to možné, jsou založeny na jasně definovaných kritériích nebo datech o kvalitě práce hodnoceného pracovníka, všichni pracovníci jsou s těmito kritérii seznámeni.
- 5. Pokud z hodnocení kompetencí pracovníka vyplyne potřeba dalšího vzdělávání či školení, jsou tyto u daného pracovníka plánovány.
- 6. Spektrum kompetencí každého zdravotnického pracovníka je aktuální a odpovídá skutečnosti

12. Řízení lidských zdrojů

- ***Standard 12.6 Zařízení má vypracován plán bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) pro všechna pracoviště včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek.***
- ***Účel a naplnění standardu***
- Zařízení musí identifikovat jednotlivá rizika na všech svých klinických i ostatních pracovištích, především rizika biologických činitelů, ale i další, např. RTG záření, neionizující záření při práci s lasery, poranění injekční jehlou, pády na pracovišti atd., a s přihlédnutím k těmto rizikům musí stanovit frekvenci pravidelných preventivních prohlídek pracovníků, přiřadit jim osobní ochranné pracovní pomůcky a přizpůsobit jim školení v BOZP na příslušných pracovištích. Zařízení vytvoří vnitřní předpis, ve kterém pro různá pracoviště (standardní oddělení, intenzivní péče, operační sály, komplement atd.) stanoví úroveň protiepidemických opatření a s tím související vybavení pracovníků osobními ochrannými pracovními pomůckami (viz standardy č. 10.2 a 10.3). Zařízení provádí vstupní a periodická školení, týkající se BOZP a hygienických předpisů, jejichž součástí je i ověření znalostí školeného personálu.

12. Řízení lidských zdrojů

- **Standard 12.6 Zařízení má vypracován plán bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) pro všechna pracoviště včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek**
- **Indikátory standardu**
- 1. Zařízení má vypracovány vnitřní předpisy upravující oblast BOZP v souladu s platnou legislativou.(viz § 101 až 108 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce; zákon č. 309/2006 Sb. Zákon o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci; nařízení vlády č. 93/2012 Sb., podmínky ochrany zdraví při práci)
- 2. Zařízení má záznamy o proškolení personálu v souladu s vnitřním předpisem včetně ověření a zhodnocení jejich znalostí.
- 3. Vnitřní předpisy jsou v zařízení dodržovány.

Standardy využívané pro udržování a zlepšování kvality v IKEM- case study

- Předpoklad maximalizace bezpečnosti a kvality služeb pro pacienty.
- **IKEM (Institut klinické a experimentální medicíny) má v Úseku ošetrovatelské péče a kvality vyhrazeno Oddělení Kvality, které se zabývá kvalitou poskytované zdravotní péče a poskytováním bezpeční péče o pacienta. Oddělení kvality řídí manažer kvality IKEM, který je přímo podřízen náměstkovi pro ošetrovatelskou péči a kvalitu – hlavní sestře**
- Dále se pracovníci oddělení podílí na tvorbě organizačních směrnic a standardů IKEM, sledování spokojenosti pacientů, plánují a realizují vnitřní audity, stanovují jejich harmonogram a jejich podrobné programy. Dále probíhá sledování a analýza výskytu nežádoucích událostí, stanovení rizik a přijímání nápravních opatření směřujících ke zvýšení kvality a bezpečí.

Spojená akreditační komise, o.p.s., IČ: 284 88 946

1383

Evidenční číslo

CERTIFIKÁT

26.11.2021

Datum vydání

O UDĚLENÍ

AKREDITACE

Institut klinické a experimentální medicíny

Videňská 1958/9, 140 21 Praha 4

Název akreditovaného zdravotnického zařízení

Výše uvedený poskytovatel zdravotních služeb úspěšně absolvoval akreditační šetření a splnil požadavky akreditačních standardů Spojené akreditační komise, o.p.s. Současně tento poskytovatel splnil požadavky všech minimálních hodnotících standardů řízení kvality a bezpečí v souladu s ustanovením § 105 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a s vyhláškou č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

Certifikát udělen pro formu lůžkové zdravotní péče v rozsahu druhů zdravotní péče dle § 5 odst. 2, písm. f) - g) zákona č. 372/2011 Sb.

Platnost certifikátu do: **25.11.2024**

Ředitel SAK, o.p.s.

Předseda Správní rady SAK, o.p.s.



Řízení kvality v IKEM

Činnosti/funkce	Náměstek pro Ošetr. Péči a kvalitu	Manažer kvality IKEM	Rada kvality	Rada pro rozvoj ošetrovatelské péče	Manažer kvality pracoviště
Stanovení zásadní strategie a cílů	O	S	S	S	I
Přímé vedení v rámci řízení systému kvality a bezpečí	O	S	S	I	I
Metodické vedení v rámci řízení systému kvality a bezpečí	O	O	S	S	I
Metodické vedení v rámci ošetrovatelské péče	O	S	S	S	I
Legenda: S – spolupráce O – odpovědnost I – Informace					

Měření spokojenosti pacientů- metodika <https://spokojenost.mzcr.cz/>



NÁRODNÍ HODNOCENÍ
SPOKOJENOSTI PACIENTŮ

[Úvod](#) [Pro pacienty ▾](#) [Pro poskytovatele ▾](#) [Zapojená zdravotnická zařízení](#)

Pro pacienty

O projektu
Role Ministerstva zdravotnictví
Role poskytovatele zdravotních služeb
Účel projektu
Průběh projektu
Dotazník
Přínos projektu a vize do budoucna
Důležitost každého hlasu

Pro poskytovatele

Průvodní informace
Metodika projektu - lůžková péče (PDF)
Metodika projektu - ambulantní péče (PDF)
Generátor dotazníku
Kalendář
Marketingové materiály
Časté dotazy
Vyhodnocení

Kontakt



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

E-mail: spokojenost@mzcr.cz

- **Sledování spokojenosti zaměstnanců IKEM**
- personálního 1x za rok, též za použití anonymního dotazníku. Zaměstnanec IKEM má možnost dotazník anonymně odevzdat do označených uzamykatelných schránek. Vyhodnocení průzkumu zajišťuje externí firma. O výsledcích průzkumu informuje vedení IKEM
- **Program prevence a kontroly infekcí (Program PCI)**
- Systém prevence a kontroly infekcí včetně postupu při sledování a vyhodnocování infekcí spojených s poskytováním zdravotních služeb upravuje OS 325 Program prevence a kontroly infekcí v IKEM. Program PCI má mezioborový charakter a přímo navazuje na Program Kontinuálního zvyšování kvality

Pojetí kvality

(Zdroj: IPN Úvod k metodikám, RAIS, K. a MÜNSTEROVÁ, E. , 2014)

- ✓ Kvalita jako standard
- ✓ Kvalita jako excellence
- ✓ Kvalita jako shoda (míra odchýlky od standardu)
- ✓ Kvalita jako vhodnost k účelu, naplnění účelu
- ✓ Kvalita jako uspokojení zákazníků
- ✓ Kvalita jako transformace (proces přeměny zákazníka)
- ✓ Kvalita jako zlepšování (proces přeměny instituce)
- ✓ Kvalita jako proces postihů nebo odměn

Dva obecné přístupy k vymezení kvality ve sportu (Nová, 2013)

- **Organizační perspektiva kvality ; a**
- **Kvalita služeb které organizace poskytuje**

Versus - dva současné přístupy ke kvalitě

- **Soustředění na kvalitu výstupů**- kvalita jako míra v jaké bylo dosaženo předem stanovených cílů - „fitness for/of purpose“, míra uspokojení požadavků a očekávání zákazníků, efektivita, excellence
- **Soustředění na analýzu a popis procesů** – procesy hlavní, vedlejší, podpůrné – činnosti, které zabezpečují výsledky organizace , kvalita jako míra jejich efektivity

ISO

(International Organization for Standardization)

- je největším světovým tvůrcem a vydavatelem mezinárodních norem (cca 17 tis.). Je to síť certifikačních společností, které působí ve 157 zemích světa, a jejichž centrální sekretariát sídlí v Ženevě.
- Tato nevládní organizace se snaží pomocí standardů kvality poskytovaných služeb o propojení veřejného a soukromého sektoru právě na úrovni kvality.
- **ISO je tedy souborem norem, který představuje rámec vývoje organizace a který podporuje moderní praktiky řízení.**
- **Nezávisle na velikosti a druhu, všechny organizace cítí shodu mezi svými potřebami v konkurenčním boji a požadavky této normy.** Normy řady ISO 9000 jsou tvořeny třemi mezinárodními standardy, které obsahují základní zásady, požadavky, návod k vypracování a realizaci systému řízení kvality a směrnici pro zlepšování systému řízení kvality. Stěžejní normou je ISO 9001,

Řízení kvality pomocí norem ISO

- **Při řízení kvality pomocí norem ISO se vychází z osmi základních principů** orientace na zákazníka, vedení, zapojování lidí, procesní přístup, systémový přístup k řízení, kontinuální zdokonalování, faktický přístup k procesu rozhodování a vzájemně prospěšné dodavatelské vztahy.
- **Model procesně orientovaného systému managementu jakosti**
(http://csnonlinefirmy.unmz.cz/html_nahledy/56/66786/66786_nahled.htm)

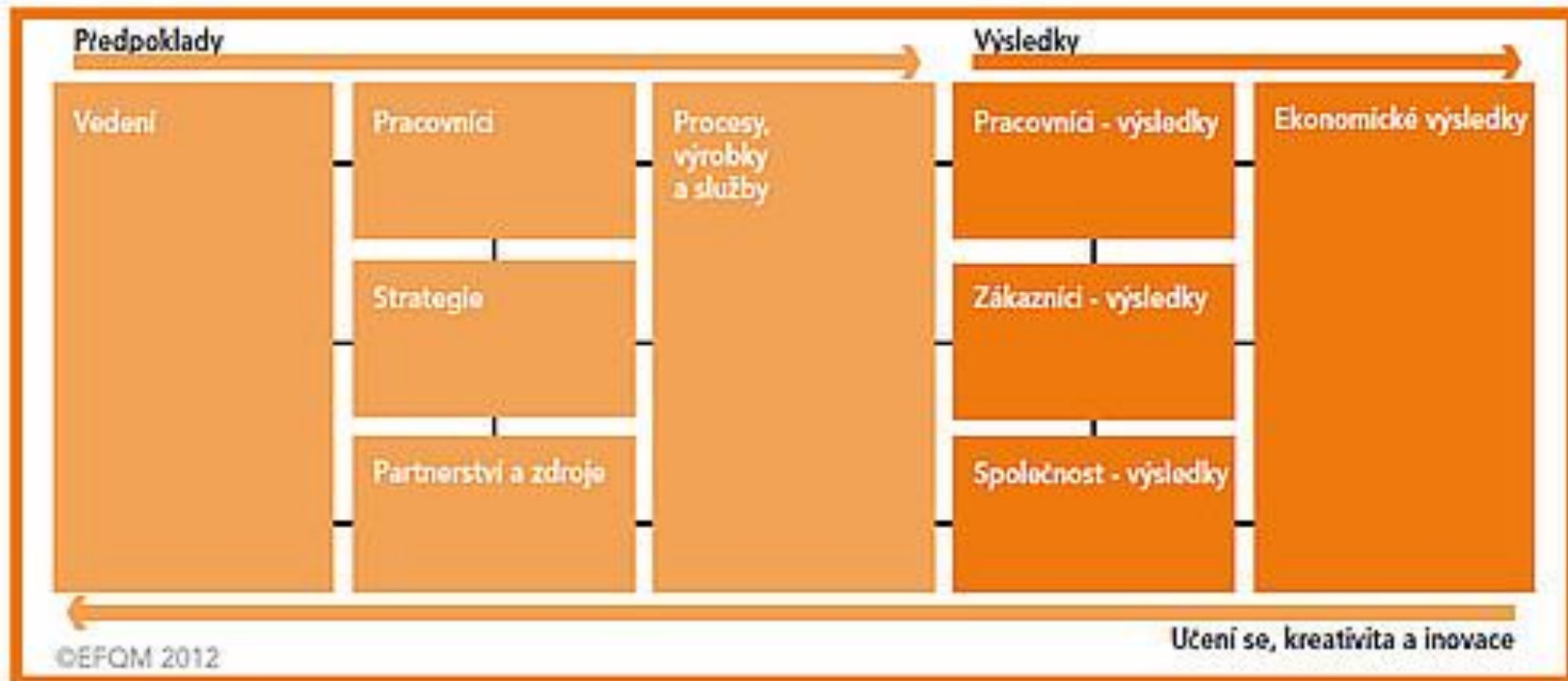


EFQM model

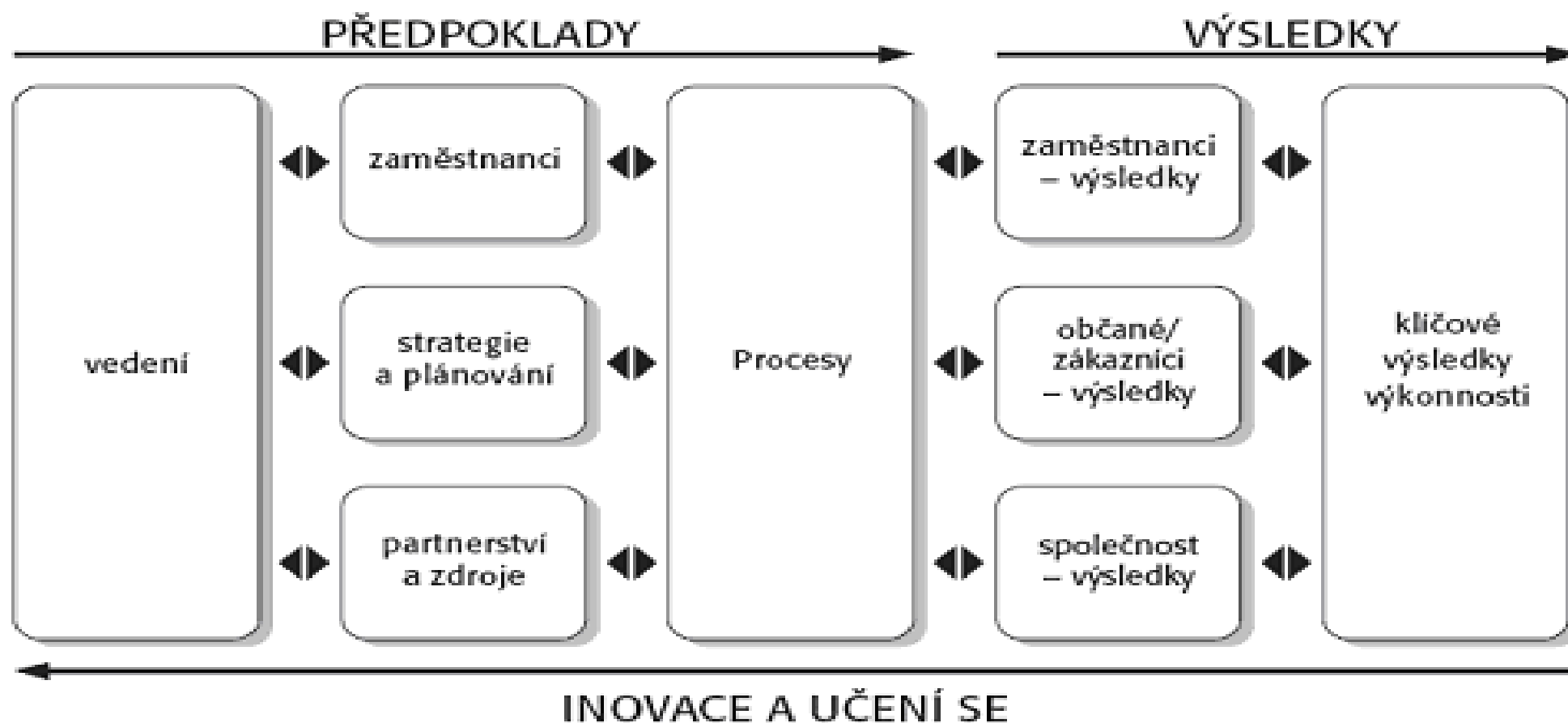
Šipky zdůrazňují dynamický charakter Modelu.

Znázorňují, jak učení se, kreativita a inovace

napomáhají zlepšovat předpoklady, které zpětně vedou ke zlepšeným výsledkům



Struktura modelu CAF



Common Assessment Framework

– CAF

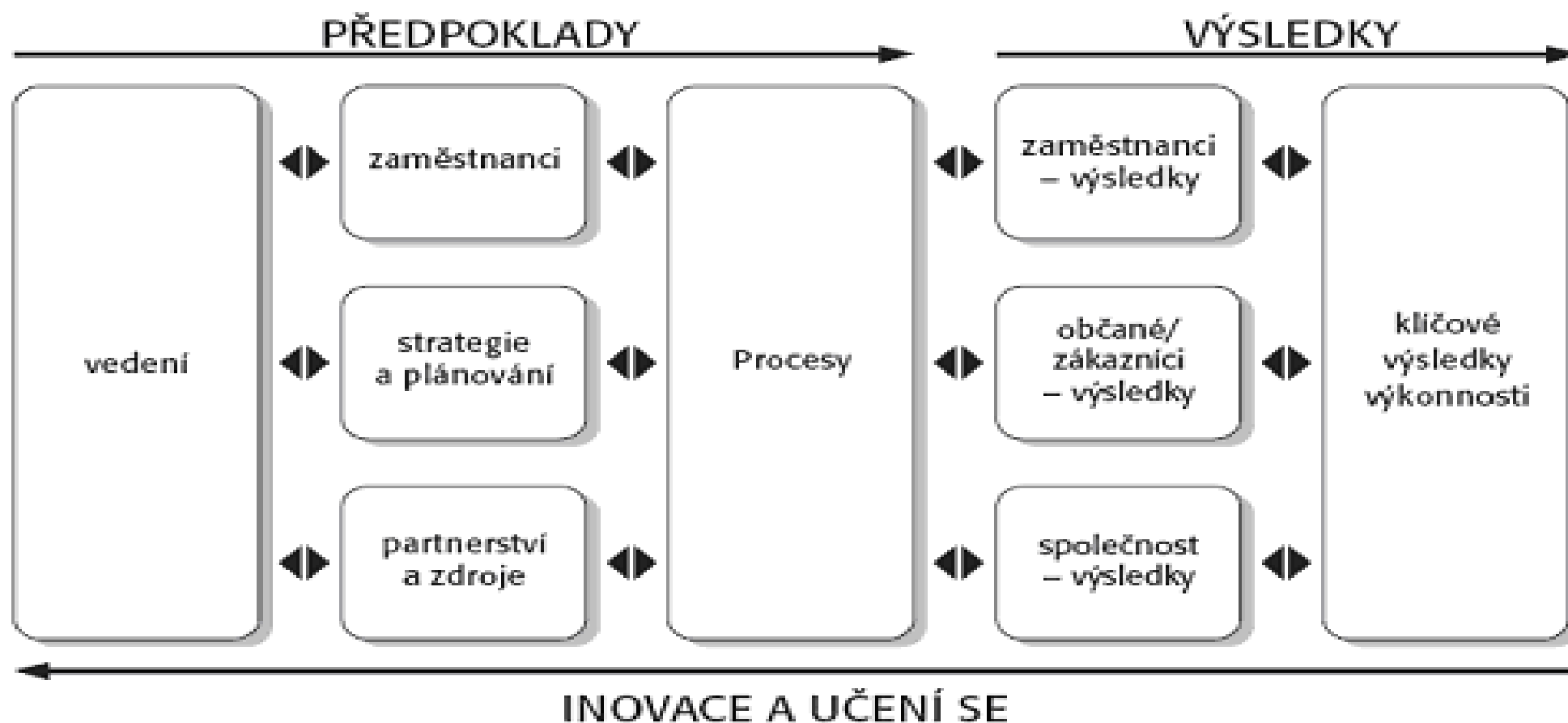
(<https://www.eipa.eu/>)

- Poslední revize CAF v roce 2013 (EIPA, 2013) silně podpořila koncepty orientované na uživatele, veřejnou výkonnost, inovaci, etiku, efektivní partnerství s ostatními organizacemi a sociální odpovědnost, což jsou koncepty, o které usilují všechny organizace fungující v rámci veřejného sektoru.
- CAF jako celkové řízení kvality bylo inspirováno EFQM a proto funguje v souladu s myšlenkou výkonnosti organizace, které lze dosáhnout pomocí prostředků (vedení, lidé, strategie a plánování, partnerství a zdroje, procesy) a výsledků (výsledky lidí, výsledky orientované na občany/zákazníky, výsledky sociální odpovědnosti a výsledky klíčových výkonů).

Akronym CAF – význam

- je společný (**Common**) nástroj pro inovace a zlepšování (kvality, efektivnosti a výkonnosti úřadu, stejně jako spokojenosti jeho zákazníků a zaměstnanců) všech druhů organizací veřejného sektoru v rámci EU.
- Je sebehodnotící (**Assessment**) metodou – umožňuje provést bodové hodnocení dosahovaných cílů (výsledků), které úřad dosahuje k občanům – zákazníkům (např. jejich spokojenost), k zaměstnancům (produktivita, spokojenost atd.), k výsledkům vlivu na životní prostředí a vlivu na společnost, ke klíčovým výsledkům výkonnosti. Stejně tak umožňuje provést i hodnocení předpokladů pro dosahování těchto výsledků.
- Je rámcem (**Framework**) pro efektivní, kvalitní, výkonné vedení a řízení úřadu, pro strategické i operativní plánování, pro řízení lidských zdrojů, řízení partnerství a zdrojů, procesů, inovací i změn. CAF je také rámcem pro hledání a dosahování klíčových cílů (výsledků)

Struktura modelu CAF

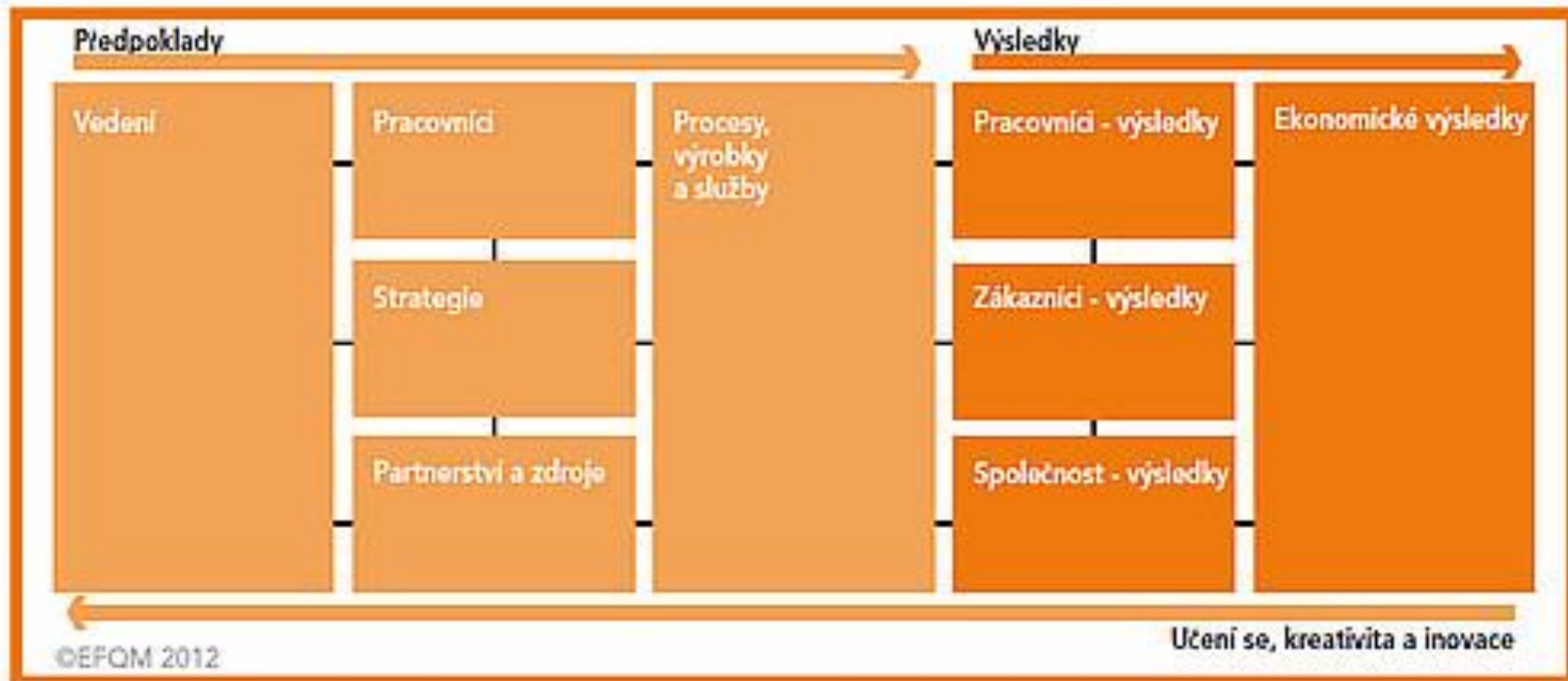


EFQM model

Šipky zdůrazňují dynamický charakter Modelu.

Znázorňují, jak učení se, kreativita a inovace

napomáhají zlepšovat předpoklady, které zpětně vedou ke zlepšeným výsledkům



kritéria pro oblasti Kritérium 1: VEDENÍ

Excelentní organizace mají vůdčí osobnosti, formující a poté i naplňující budoucnost, když zároveň vystupují jako modelové vzory při dodržování hodnot, etiky a vzájemné důvěry. Jsou však i natolik flexibilní, aby umožnili předvídat budoucí trendy vývoje a rychle reagovat na nejrůznější podněty v zájmu zajištění trvalého úspěchu organizace

- ***Dílčí kritérium : Vůdčí osobnosti rozvíjejí misi, vizi, hodnoty a etiku a jednají jako vzory***
- **Vůdčí osobnosti excelentních organizací :**
 - ✓ zabezpečují budoucnost organizace definováním a sdělováním smyslu její existence, který je zároveň základem pro jejich vizi, hodnoty, etiku a chování vůči společnosti (okolí),
 - ✓ prosazují hodnoty organizace a jsou pozitivním příkladem v oblasti společenské odpovědnosti a etického chování s cílem zlepšovat dobré jméno organizace ,
 - ✓ stanovují a sdělují strategické směřování organizace a motivují své pracovníky tak, aby se ztotožnili s misí, vizí a cíli organizace apod.
- **Důkazy: popis a umístění**
- **Vazba na kritéria výsledků**
- **Silné / slabé stránky**

Kritérium 2: STRATEGIE

Excelentní organizace uplatňují svou misi a vizi vypracováním strategie zaměřené na zainteresované strany. Politiky, plány, cíle a procesy jsou rozvíjeny a šířeny tak, aby umožnily naplňování této strategie.

- **Dílčí kritérium : Strategie organizace je založena na pochopení potřeb a očekávání jak zainteresovaných stran, tak i externího prostředí**

Excelentní organizace :

- ✓ shromažďují informace o potřebách a očekáváních zainteresovaných stran, jež pak slouží jako vstupy k rozvoji a přezkoumávání své strategie a podpůrných politik,
- ✓ identifikují, analyzují a chápou externí ukazatele, jako jsou např. trendy v globální a lokální ekonomice i ve společnosti, které mohou ovlivnit budoucí vývoj organizace,
- ✓ chápou a předvídají dlouhodobé i krátkodobé dopady změn v politických, zákonných a regulatorních požadavcích,
- ✓ používají vhodné přístupy k identifikování změn v externím prostředí a jejich zohledňování v budoucích scénářích svého rozvoje,
- ✓ systematicky přezkoumávají vhodnost a účinnost shromažďování a analýzy informací o požadavcích zainteresovaných stran.

- **Důkazy: popis a umístění ; Vazba na kritéria výsledků ; Silné / slabé stránky**

Kritérium 3: PRACOVNÍCI

Excelentní organizace si váží svých pracovníků a vytvářejí prostředí, umožňující vzájemně prospěšné plnění cílů organizace i cílů osobních.. Rozvíjejí schopnosti svých pracovníků a podporují spravedlnost a rovnost. Pečují o pracovníky, komunikují s nimi, oceňují je a uznávají je způsobem, který je motivuje, vzbuzuje angažovanost a umožňuje pracovníkům využívat jejich znalosti a dovednosti ve prospěch organizace .

Dílčí kritérium : Plánování lidských zdrojů podporuje strategii organizace

Excelentní organizace :

- ✓ jasně definují úroveň výkonnosti svých pracovníků, vyžadovanou v zájmu dosahování strategických cílů,
- ✓ sladují plány rozvoje svých pracovníků se strategií, organizační strukturou, novými technologiemi a přístupy, jakož i s klíčovými procesy,
- ✓ přizpůsobují svou organizační strukturu dosahování strategických cílů,
- ✓ zapojují pracovníky do rozvoje personální strategie, politik a plánů v oblasti lidských zdrojů a pokud je to vhodné, zavádějí kreativní a inovativní přístupy,
- ✓ řídí nábor, kariérní rozvoj, mobilitu a nástupnictví prostřednictvím vhodných politik s cílem zajištění spravedlivého zacházení i rovnosti příležitostí,
- ✓ -využívají přehledy o názorech pracovníků a jiné formy zpětné vazby od pracovníků ke zlepšování
- ✓ **Důkazy: popis a umístění ; Vazba na kritéria výsledků ; Silné / slabé stránky**

Kritérium 4: PARTNERSTVÍ A ZDROJE

Excelentní organizace plánují a řídí externí partnerské vztahy i vztahy s dodavateli a rovněž interní zdroje s cílem podpořit strategii, politiky a efektivní fungování procesů. Zároveň zajišťují efektivní řízení environmentálních a společenských dopadů

Dílčí kritérium 4.1: Partneři a dodavatelé jsou řízeni s ohledem na trvale udržitelný úspěch

Excelentní organizace:

- ✓ identifikují a segmentují své partnery a dodavatele v souladu se svou strategií a přijímají vhodné politiky a aktivity podporující celkovou strategii organizace ,
 - ✓ budují trvale udržitelné vztahy s partnery a dodavateli, založené na vzájemné důvěře, úctě a otevřenosti,
 - ✓ chápou partnerství jako bázi pro vzájemně prospěšnou spolupráci, jež bude zároveň i pro organizaci respektovanou hodnotou,
 - ✓ systematicky sledují ukazatele výkonnosti těch organizací z vnějšího okolí , ze kterých do organizace přichází většina zájemců o poskytované služby ,
 - ✓ spolupracují s partnery na dosahování vzájemného prospěchu, podporujíc se navzájem i svými znalostmi a zdroji.
- ✓ **Důkazy: popis a umístění ; Vazba na kritéria výsledků ; Silné / slabé stránky**

Dílčí kritérium 4.2: Znalosti a informace jsou řízeny s cílem podporovat efektivní rozhodování i celkovou výkonnost organizace

Excelentní organizace :

- ✓ zabezpečují, aby jejich řídicí pracovníci měli dostatek přesných, spolehlivých a aktuálních informací, které by umožňovaly efektivní a rychlé rozhodování,
- ✓ mění údaje na informace a tam kde je to vhodné i na znalosti tak, aby poté byly efektivně sdíleny a využívány, - zajišťují pro své pracovníky a externí uživatele přístup k důležitým informacím a znalostem, přičemž současně zajišťují bezpečnost informací
- ✓ systematicky přezkoumávají vhodnost a účinnost svých přístupů k řízení znalostí a informací,
- ✓ převádějí nápady do reality časového rámce, který maximalizuje možné výhody z toho plynoucí

Důkazy: popis a umístění ; Vazba na kritéria výsledků ; Silné / slabé stránky

Kritérium 5: PROCESY, PRODUKTY A SLUŽBY organizace

Excelentní organizace navrhují, řídí a zlepšují procesy, produkty a služby s cílem generovat zvyšující se hodnotu pro zákazníky a další zainteresované strany

- **Dílčí kritérium 5: Procesy poskytování služeb jsou navrhovány, realizovány a zlepšovány tak, aby optimalizovaly hodnotu pro zainteresované strany**
- **Excelentní organizace :**
 - ✓ využívají výsledky průzkumu požadavků zainteresovaných stran jako vstupy pro návrh a zlepšování procesů služeb,
 - ✓ rozšiřují svou nabídku služeb s ohledem na budoucí potřeby zainteresovaných stran,
 - ✓ v procesech služeb kladou důraz na aplikaci, rozvoj a vnitřní přezkoumávání účinnosti inovací ,
 - ✓ určují vlastníky procesů služeb a jejich role, odpovědnosti i pravomoci při navrhování, realizaci i zlepšování těchto procesů,
 - ✓ vhodným způsobem dokumentují procesy služeb a měří jejich výkonnost vhodně nastavenými ukazateli,
 - ✓ poskytují své vzdělávací programy ve formě a jazykových mutacích, odpovídajících rozsahu akreditace tak, aby splňovaly, resp. převyšovaly požadavky zainteresovaných stran,
 - ✓ vhodným a objektivním způsobem prověřují vědomosti a dovednosti svých zaměstnanců ,
 - ✓ využívají benchmarking procesů služeb s cílem inspirovat se lepší praxí a tak podporují kreativitu, inovace a zlepšování vlastních procesů ,
 - ✓ systematicky hodnotí kvalitu svých služeb a to i za spoluúčasti zástupců zainteresovaných stran,

Kritérium 6: ZÁKAZNÍCI: VÝSLEDKY

Excelentní organizace dosahují a trvale udržují vynikající výsledky splňující nebo překračující potřeby a očekávání jejich zákazníků

V praxi excelentní organizace obvykle:

- ✓ **využívají soubor vhodných ukazatelů** s cílem dosáhnout úspěšné aplikace strategie a podpůrných politik, které jsou založeny na potřebách a očekáváních jejich zákazníků,
- ✓ **definují cíle klíčových výsledků vůči zákazníkům** založené na potřebách a očekáváních zákazníků a v souladu s celkovou strategií,
- ✓ **člení výsledky tak, aby pochopily zkušenosti, potřeby a očekávání jednotlivých skupin zákazníků**, - vykazují pozitivní a udržitelné výsledky vzhledem k zákazníkům za více než tříleté období,
- ✓ **chápu zásadní důvody a příčiny sledovaných trendů a dopad těchto výsledků i na jiné ukazatele výkonnosti a související výstupy**,
- ✓ **chápu klíčové výsledky vůči zákazníkům v porovnání s jinými podobnými organizacemi** a je-li to vhodné, využívají tyto údaje pro definování, resp. úpravu vlastních cílů

Dílčí kritérium 6.1: Měřítko vnímání

Dílčí kritérium 6.2: Ukazatele výkonnosti

Konkrétní ukazatele :

- ve vztahu ke klientům
- ve vztahu k rodinným příslušníkům
- ve vztahu k jiným skupinám zákazníků (???)

Možné zdroje informací: - Výstupy z dotazníkových průzkumů spokojenosti mezi jednotlivými skupinami zákazníků organizace . - Záznamy z předání výstupů projektů odběratelům. – Dokumentace.

Kritérium 7: PRACOVNÍCI: VÝSLEDKY

Excelentní organizace dosahují a trvale udržují vynikající výsledky splňující nebo překračující potřeby a očekávání jejich pracovníků.

V praxi excelentní organizace obvykle:

- ✓ využívají soubor vhodných ukazatelů s cílem dosáhnout úspěšné aplikace strategie a podpůrných politik, které jsou založeny na potřebách a očekáváních jejich pracovníků,***
- ✓ definují cíle klíčových výsledků vůči pracovníkům založené na potřebách a očekáváních pracovníků a v souladu s celkovou strategií,***
- ✓ člení výsledky tak, aby pochopily zkušenosti, potřeby a očekávání jednotlivých skupin pracovníků,***
- ✓ vykazují pozitivní a udržitelné výsledky vzhledem k pracovníkům za více než tříleté období,***
- ✓ chápou zásadní důvody a příčiny sledovaných trendů a dopad těchto výsledků i na jiné ukazatele výkonnosti a související výstupy,***
- ✓ chápou klíčové výsledky vůči pracovníkům v porovnání s jinými podobnými organizacemi a je-li to vhodné, využívají tyto údaje pro definování, resp. úpravu vlastních cílů***

Dílčí kritérium 7.1: Měřítko vnímání

Dílčí kritérium 7.2: Ukazatele výkonnosti

Měřítko vnímání

- ✓ Tato měřítko jsou obrazem vnímání organizace pracovníky, které může být zjištěno z mnoha různých zdrojů, včetně přehledů názorů pracovníků, diskusí ve fokusních skupinách, rozhovorů a strukturovaných hodnocení apod.
- ✓ Tato měřítko by měla zajistit jednoznačné pochopení toho, jaká je z pohledu pracovníků efektivnost aplikace a výstupů personální strategie, podpůrných politik a procesů organizace .

Ukazatele výkonnosti

- ✓ Jsou to interní ukazatele používané vedením organizace pro monitorování, pochopení, předvídání a zlepšování výkonnosti pracovníků a pro předvídání toho, jak je tato výkonnost pracovníky vnímána.
- ✓ Tyto ukazatele by měly umožnit pochopení aplikace a dopadu personální strategie, podpůrných politik a procesů

Možné zdroje informací: - Výstupy z dotazníkových průzkumů spokojenosti pracovníků . - Záznamy ze setkání skupin pracovníků s vedením organizace . - Výsledky diskusních fór . Výroční zpráva o činnosti . - Informační systém . - Záznamy o řešení stížností ze strany pracovníků . - Záznamy o realizovaných programech rozvoje znalostí pracovníků . - Zpráva o hospodaření . - Zpráva o výsledcích rozvoje lidských zdrojů na apod

Kritérium 8: OKOLÍ: VÝSLEDKY

Excelentní organizace dosahují a trvale udržují vynikající výsledky splňující nebo překračující potřeby a očekávání relevantních externích zainteresovaných stran včetně životního prostředí.

V praxi excelentní organizace obvykle:

- ✓ využívají soubor vhodných ukazatelů s cílem dosáhnout úspěšné aplikace strategie a podpůrných politik, které jsou založeny na potřebách a očekáváních relevantních externích zainteresovaných stran,***
- ✓ definují cíle klíčových výsledků vůči okolí založené na potřebách a očekáváních relevantních externích zainteresovaných stran a v souladu s celkovou strategií,***
- ✓ člení výsledky tak, aby pochopily zkušenosti, potřeby a očekávání jednotlivých skupin relevantních externích zainteresovaných stran,***
- ✓ vykazují pozitivní a udržitelné výsledky vzhledem k okolí za více než tříleté období,***
- ✓ chápou zásadní důvody a příčiny sledovaných trendů a dopad těchto výsledků i na jiné ukazatele výkonnosti a související výstupy,***
- ✓ chápou klíčové výsledky vůči okolí v porovnání s jinými podobnými organizacemi a je-li to vhodné, využívají tyto údaje pro definování, resp. úpravu vlastních cílů***

Dílčí kritérium 8.1: Měřítko vnímání

Dílčí kritérium 8.2: Ukazatele výkonnosti

Měřítko vnímání

- Tato měřítko (ukazatele) jsou obrazem vnímání organizace okolím, které může být zjištěno z mnoha různých zdrojů, včetně přehledů názorů, diskusí ve fokusních skupinách, zpráv z médií, rozhovorů a strukturovaných hodnocení od nevládních organizací, představitelů veřejnosti apod.
- Tato měřítko by měla zajistit jednoznačné pochopení toho, jaká je z pohledu společnosti efektivnost aplikace a výstupů společenské a environmentální strategie, podpůrných politik a procesů organizace

Ukazatele výkonnosti

- Tato měřítko (ukazatele) jsou obrazem vnímání organizace okolím, které může být zjištěno z mnoha různých zdrojů, včetně přehledů názorů, diskusí v ohniskových skupinách, zpráv z médií, rozhovorů a strukturovaných hodnocení od nevládních organizací, představitelů veřejnosti apod.
- Tato měřítko by měla zajistit jednoznačné pochopení toho, jaká je z pohledu společnosti efektivnost aplikace a výstupů společenské a environmentální strategie, podpůrných politik a procesů organizace

Možné zdroje informací: - Výsledky terénních šetření mezi zainteresovanými stranami. - Výsledky analýzy názorů partnerů. - Informační systém . - Výroční zpráva o činnosti . - Výsledky kontrol orgánů státní správy apod.; - Výroční zpráva o činnosti . - Certifikáty a externí ocenění . - Analýzy zpráv o organizaci z médií. - Záznamy o zapojení pracovníků do dobrovolnických projektů a aktivit.

Kritérium 9:: KLÍČOVÉ VÝSLEDKY

Excelentní organizace dosahují a trvale udržují vynikající výsledky splňující nebo překračující potřeby a očekávání jejich zainteresovaných stran.

V praxi excelentní organizace obvykle:

- ✓ ***využívají soubor klíčových finančních i nefinančních ukazatelů s cílem dosáhnout úspěšné aplikace strategie a podpůrných politik, které jsou založeny na potřebách a očekáváních zainteresovaných stran,***
- ✓ ***definují cíle klíčových výsledků, založené na potřebách a očekáváních svých zainteresovaných stran a v souladu s celkovou strategií,***
- ✓ ***člení celkové výsledky tak, aby pochopily výkonnost jednotlivých oblastí své činnosti a zkušenosti, potřeby a očekávání zainteresovaných stran,***
- ✓ ***vykazují pozitivní nebo trvale dobré celkové výsledky za více než tříleté období,***
- ✓ ***chápu zásadní důvody a příčiny sledovaných trendů a dopad celkových výsledků i na jiné ukazatele výkonnosti a související výstupy,***
- ✓ ***chápu klíčové celkové výsledky v porovnání s jinými podobnými organizacemi a je-li to vhodné, využívají tyto údaje pro definování, resp. úpravu vlastních cílů***

Dílčí kritérium 9.1: Klíčové strategické výsledky

Dílčí kritérium 9.2 : Klíčové ukazatele výkonnosti

Klíčové strategické výsledky

- Tato měřítka jsou klíčovými finančními i nefinančními výsledky, které prokazují úspěšnost aplikace strategie organizace . (finanční/ nefinanční ukazatele)

Klíčové ukazatele výkonnosti

- Tato měřítka jsou klíčovými finančními i nefinančními ukazateli a jsou vedením organizace používána k měření provozní výkonnosti.
- Pomáhají monitorovat, chápat, předvídat a zlepšovat výstupy činností dané organizace .

Možné zdroje informací: - Výroční zpráva o činnosti - Rozhodnutí o registraci . - Informační systém . - Zpráva o hospodaření - Záznamy o výsledcích finančních kontrol a auditů. - - Výroční zpráva o činnosti .

Hodnocení podle modelu EFQM - sumář

OBLASTI EFQM	OTÁZKY K HODNOCENÍ
VEDENÍ	Jak kvalitně nás vedení organizace řídí a vede?
STRATEGIE	Kam kráčí naše organizace , proč a jak?
PRACOVNÍCI	Jak kvalitně řídíme a motivujeme své lidi, a jak využíváme a zdokonalujeme jejich lidský potenciál?
PARTNERSTVÍ A ZDROJE	Děláme vždy to, co je požadované a máme/ alokujeme pro to potřebné zdroje?
PROCESY	Zajišťujeme služby pro naše klienty s ohledem na jejich současné i budoucí požadavky?
ZÁKAZNÍCI – VÝSLEDKY	Jsou naši klienti spokojení a nechtějí od nás víc? Co chtějí?
PRACOVNÍCI – VÝSLEDKY	Jsou naši zaměstnanci spokojení s tím, co pro ně vedení dělá? Co si přejí?
SPOLEČNOST - VÝSLEDKY	Jsou naše výsledky v souladu s našim okolím, a ve vztahu k očekáváním společnosti?
KLÍČOVÉ VÝSLEDKY VÝKONNOSTI	Dosahujeme toho, co jsme si naplánovali? Dosahujeme toho, co můžeme? Můžeme dosáhnout víc?

Rozdíly mezi systémy kvality –

Rozdíl mezi ISO 9000 a TQM

- ✓ ISO 9000 je jasně definovaný systém, model TQM je filosofií
- ✓ ISO je preventivní, zatímco TQM slouží k nápravě
- ✓ Zatímco ISO 9000 vyžaduje veškeré dokumentace a evidence, v TQM takový požadavek neexistuje
- ✓ **ISO se systematicky zabývá každou oblastí podnikání, kde se mohou objevit problémy s kvalitou.** Vyžaduje, aby management definoval potencionální problémy a implementoval vhodné postupy k jejich prevenci. To dává širokou volnost manažerům při určování jejich politik a postupů, z nichž mnohé jsou neformální a již existují, ale musí být jednoduše dokumentovány a důsledně sledovány
- ✓ **Teorie TQM- je založena na tom, že se do při řešení zahrnou všechny problémy s kvalitou a ty budou nakonec odstraněny, V TQM velmi záleží na stylu vedení**

Data a jejich disponibilnost výhrada z EUA reportu 2011

- **Koncept Byznys Inteligence**
- **Byznys intelligence je definovaná jako systematické a nepřetržité shromažďování a analýza relevantních údajů s cílem rozvíjet organizaci .**
- **Business Intelligence je přístup k managementu založený na myšlence, že úspěšný rozvoj výkonnosti v organizacích si vyžaduje profesionální řízení aplikované s řešeními z byznys intelligence, které jsou zaměřené na zákazníky, partnery a kompetence organizace**

Význam informací

Hodnocení kvality, míra kvality

- **Hodnocení kvality** spočívá hlavně ve sběru dat a informací, které umožní vyjádřit a popsat reálný stav a vztáhnout ho k stanoveným (žádoucím) cílům, tedy porovnat skutečný výsledný stav se stavem zamýšleným, žádoucím, očekávaným.
- Na základě dat si každý zákazník ohodnotí „svou kvalitu“ – podle toho, jaké jsou jeho představy a požadavky.
- **Mírou kvality** je stupeň přiblížení se reálného stavu ke stavu plánovanému, žádoucímu (ideálnímu), stupeň splnění požadavků, očekávání.
- Na tomto místě je vhodné znovu připomenout, že různí zákazníci mohou mít odlišné představy o žádoucím stavu, různá očekávání a požadavky.

Komplexní hodnocení kvality - rozumíme shromáždění dat a informací zahrnujících hlavní i vedlejší (podpůrné) činnosti a procesy dané instituce

Zjištěným a získaným informacím proto mohou přisoudit jinou, „svou“ míru kvality

Význam informací

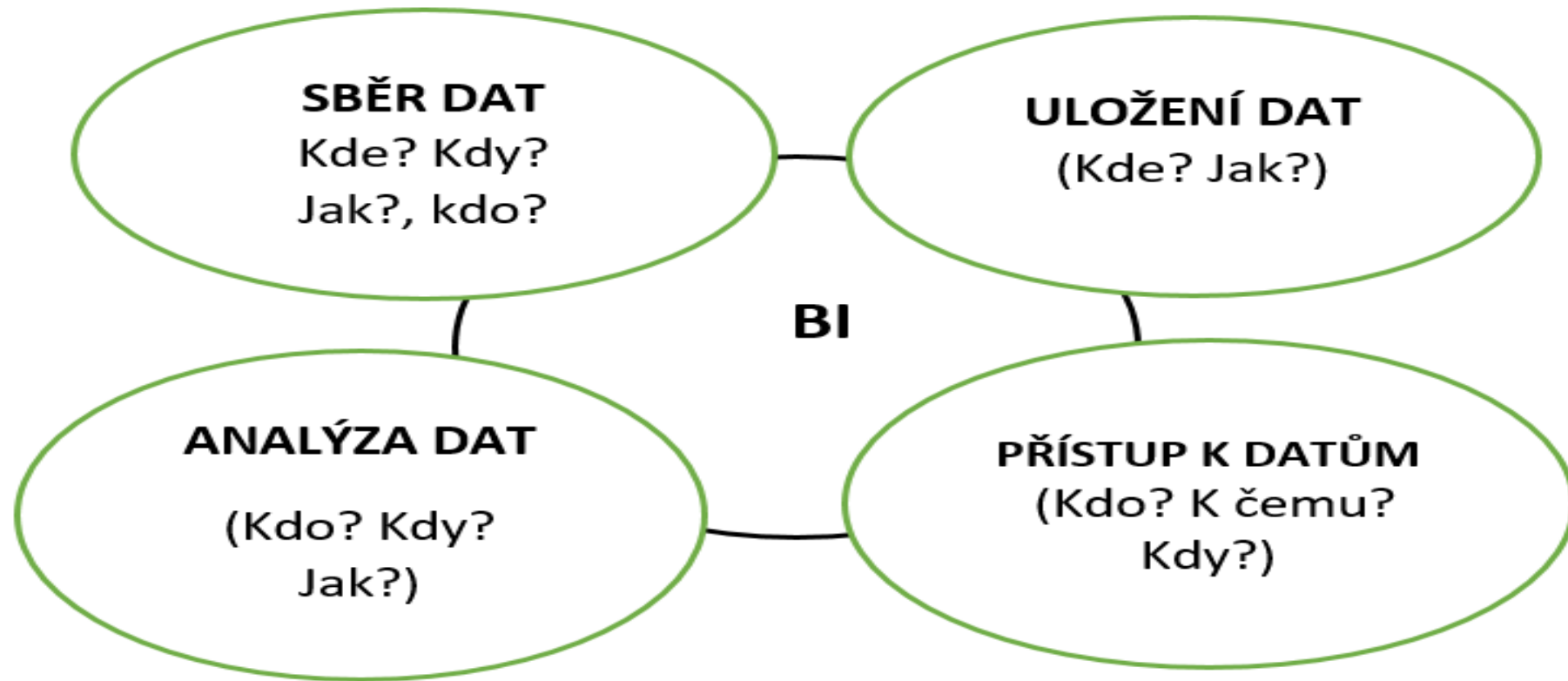
„ V oblasti hodnocení kvality se IPN KVALITA setkával s nepochopením škol ve vztahu k účelu hodnocení, zejména v případě jejich vnitřního hodnocení (sebehodnocení).

- Byla jim cizí myšlenka, že toto hodnocení provádějí především ve svém vlastním zájmu jako součást strategického řízení instituce, jako zpětnou vazbu mezi současným a budoucím strategickým plánem.
- Odtud se odvíjely i diskuse o nutné (zvenku předepsané) periodicitě vnitřního hodnocení; **bez pochopení, že potřebný sběr dat a informací by měl v podstatě probíhat stále, s vytvořením zprávy o vnitřním hodnocení s periodicitou jednoho roku.** „
- (viz následující cvičení – která data ? a jaký na to máme nástroj ?)

BI model-

cvičení co sbíráme u nás ke kvalitě ?

V oblastech modelu kvality ?



<https://www.projectmodelcanvas.eu/>

**Pomůcka pro rychlé řešení problémů a prezentaci návrhů
projektů**

Název projektuVlastník /řešitel projektu

Smysl / účel / záměr	Rozsah	Kritéria úspěšnosti
Milníky		Výstupy
Aktivity:		
Tým	Zájemové skupiny	Uživatelé
Zdroje	Omezení	Rizika
	Jana Nova	

STANOVENÍ CÍLŮ	
Smysl / účel / záměr	Definice: Příčina proč se projekt má realizovat a záměr řešitele (1 -2 prohlášení) Proč děláme tento projekt? Co je záměr řešitele? Co bude vytvořeno, změněno nebo zlepšeno?
Rozsah	Definice: Rozsah reprezentuje co je součástí projektu a co je mimo hranic projektu (hloubka, šířka a délka projektu) Které oblasti mají být/ by měla být pokryty tímto projektem? Které oblasti nemají /by neměli být pokryty tímto projektem?
Kritéria úspěšnosti	Definice: Měřitelná kritéria na určení toho, zda projekt dosáhl požadované výsledky (zahrň a jasný časový plán v rámci kterých by kritéria mohla být splněna). Jaké cíle by měli být splněny, aby byl projekt úspěšný? Jaké jsou přínosy projektu? Jak se přínosy projektu budou měřit?
Výstupy	Definice: Výstup je popis požadovaných výsledků dosažených realizací projektu. (pokus se být tak specifický jak to jenom jde) Jak si uvědomíme účel projektu? Co chceme dodat, abychom získali účel?
ČASOVÝ RÁMEC	
Aktivity	Definice: Projektové aktivity jsou úkoly, akce anebo práce, která pomáhá dosáhnout výsledky projektu. (při definici aktivit je nutno rozdělit je na manažovatelné části+ využíváme slovesa jako – vytvořit, zajistit, poskytnout, organizovat, testovat, vyrobit, vytvořit, předložit, předvést Jaký je nejlepší způsob jak popsat potřebné aktivity? Má každá aktivita přímou souvislost s jedním, nebo více výstupy projektu? Jsou aktivity dostatečně detailizované, aby se mohl vytvořit plán projektu?
Milníky	Definice: Milníky jsou významné události během projektu, které rozdělují projekt na manažovatelné části (rozhodnutí např. o přechodu z jedné fáze do druhé; koordinace – práce ve vícerozličných oblastech musí být hotova ve stanoveném čase; Souhlas – interní, externí; plnění závazků Kdy začíná projekt? Kdy projekt končí? Kdy nastanou milníky? Jak se měří úspěch milníku?

LIDSKÉ ZDROJE	
Tým	<p>Definice: Skupina jedinců, kteří pracují společně na implementaci projektu a dosahují požadovaný výsledek. (při tvorbě týme se doporučuje vybrat si lidi z různých prostředí / různou zkušeností.</p> <p>Kdo jsou účastníci? Kdo je projektový manažér? Jaké jiné role existují v týmu?</p>
Zájmové skupiny	<p>Definice: Skupiny nebo jedinci, kromě týmu, kteří ovlivňují, nebo mohou být ovlivněny výsledky projektu.(vytvoř plán na zaangažování a komunikaci se zájmovými skupinami)</p> <p>Kdo se zajímá o /nebo je dotčen projektem? Jaká je jejich role v projektu? Které znalosti nebo informace chybí uvnitř týmu? Jaká externí pomoc je potřebná pro dosažení požadovaného výsledku?</p>
Uživatelé	<p>Definice: Příjemce dosažených / požadovaných výsledků projektu, nebo skupiny či jedinci, kteří jsou dotčeni jeho výsledkem. (při definici uživatelů sbírej hloubkové informace a vyhni se předpokladům)</p> <p>Kdo jsou cílení uživatelé projektu? Kdo bude benefitovat/ mít užitek z výsledku projektu? Reprezentují lidi z projektového týmu též uživatele?</p>
PROSTŘEDÍ	
Zdroje	<p>Definice: Všechno co je potřebné pro realizaci a dokončení projektové aktivity (čas je jeden z nejdůležitějších zdrojů na které se nesmí zapomenout)</p> <p>Jaké zdroje jsou potřebné pro projekt? Jaké zdroje v projektu chybí? Kde se dají najít chybějící znalosti/ zručnosti/ dovednosti/ materiál? Bude potřebovat některé úkoly outsourcovat ?</p>
Omezení	<p>Definice: Limity jakými jsou události, zdroje a jiné komplikace které zasahují do projektu (např. limity z vnějšího prostředí – pravidla, procedury nebo standardy; ale i jiné aspekty jako čas, peníze, technologie, znalosti; nezapomeň na triádu omezení: čas, zdroje, kvalita).</p> <p>Jaké jsou současné bariéry a omezení projektu? Které restrikce ovlivňují rozvoj projektu?</p>
Rizika	<p>Definice: Pravděpodobnost událostí nebo podmínek, které mohou mít pozitivní nebo negativní vliv na projekt a jeho výsledek.) Všechny rizika mají pravděpodobnost a účinek, které jsou na zvážení.</p> <p>Jaké jsou možné události, nebo podmínky které mohou ovlivnit projekt? Jaké jsou hrozby a příležitosti projektu? Jak rizika ovlivní projekt? Co můžeme udělat pro redukci nebo zvýšení pravděpodobnosti rizika?</p>

Reference

- Metodika IPN KVALITA, Úvod k metodikám, RAIS, K. a MÜNSTEROVÁ, E. , 2014 © MŠMT, 2014 ISBN: 978-80-87601-22-8
- NOVÁ, Jana. Current Concepts of the Quality in Sport and their Utilization in the Czech Republic. Ekonomika a management, Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2013, roč. 2013, č. 4, s. nestránkováno. ISSN 1802-8934
- Metodika IPN KVALITA : Systém managementu kvality IJV/VŠ (Metodická příručka pro vnitřní a vnější hodnocení kvality vzdělávacího procesu) [online]. © MŠMT ISBN: 978-80-87601-22-8. Praha 2014.
- Metodika IPN Kvalita: Systém managementu kvality ITV/VŠ (Metodika pro stanovení ukazatelů výkonnosti procesů v ITV) [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2014. 30 s. [cit. 2014-04-09]. ISBN 978-80-87601-28-0. Dostupné z: <http://kvalita.reformy-msmt.cz/>
- ISO 9001:2008. Systémy managementu kvality – Požadavky. Zavedena jako ČSN EN ISO 9001:2009. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, ©2010. 56 s.
- EFQM Excellence Model 2010. Brusel: EFQM, 2009. 32 s. ISBN 978-90-5236-501-5.
- <https://www.projectmodelcanvas.eu/>
- + všechny ostatní reference uváděné na snímcích této prezentace