



# NÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDY PRIMÁRNÍ PÉČE

Výchozí materiál

Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.  
a kolektiv



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

**Národní  
akreditační standardy  
primární péče**

Výchozí materiál



# **Národní akreditační standardy primární péče**

Výchozí materiál

Bohumil Seifert  
a kolektiv

# Autorský kolektiv

**Autor:**

Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

**Spoluautoři:**

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Mgr. Jakub Uher

MUDr. Jarmila Seifertová

**Recenzenti:**

MUDr. Jana Uhrová

Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.

Bohumil Seifert a kolektiv

**Národní akreditační standardy primární péče**

Vydal: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Ruská 85, Praha 10

Technická redakce: Jiřina Studničková

Grafická úprava: Jindřiška Moulisová

Praha 2015

## Abstrakt

Zatímco proces externího hodnocení kvality a akreditace primární péče byl dosud jen součástí modelových projektů, s uvedením nové legislativy se stává součástí praxe. Národní akreditační standardy primární péče jsou základním nástrojem k posuzování kvality a bezpečí poskytovatelů zdravotních služeb v primární péči. Jsou podkladem pro externí hodnocení organizační úrovně praxí, kvality poskytované péče a bezpečí pacienta a vodítkem pro akreditační řízení v ordinacích primární péče.

Ve dvanácti doménách je uvedeno 30 akreditačních standardů, každý z nich v plném znění, s popisem jeho naplnění, indikátory k posouzení a způsobem externí kontroly. U standardů jsou uvedeny právní normy, z kterých standard vychází nebo s kterými standard souvisí.

Národní akreditační standardy obsahují komentáře, zohledňující možné využití v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost.

Národní akreditační standardy jsou výchozím materiálem, na který navazují a který rozvíjejí další účelové publikace; Návod na hodnocení kvality primární péče pro potřebu hodnotitele, Manuál k přípravě akreditace poskytovatele zdravotních služeb primární péče a Terminologie pro hodnocení kvality primární péče.

# Obsah

<b>Předmluva</b> .....	9
<b>1 Úvod</b> .....	12
<b>2 Žádost o zahájení akreditačního řízení podle národních akreditačních standardů pro poskytovatele zdravotních služeb v oborech</b> .....	14
<b>3 Národní akreditační standardy</b> .....	15
<b>4 Příloha 1 – Kvalita poskytované péče a bezpečí pacientů</b> .....	45
4.1 Systematické nástroje rozvoje kvality .....	46
4.2 Motivace pro celoživotní profesionální rozvoj všeobecného praktického lékaře ....	47
4.3 Spokojenost pacientů jako indikátor kvality .....	48
4.4 Pochybení ve všeobecné praxi .....	49
4.5 Přínos sledování a hodnocení lékařských chyb .....	51
4.6 Akreditace v primární péči .....	51
4.7 Jaké mohou být motivace praktických lékařů k získání akreditace? .....	53
<b>5 Příloha 2 – Akreditace v primární péči z mezinárodní perspektivy</b> .....	55
<b>6 Příloha 3 – Evropské hodnocení praxe (European Practice Assessment – EPA) – soupis položek</b> .....	58
<b>7 Příloha 4 – Principy kvality definované Mezinárodní společností pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua)</b> .....	67
7.1 Požadavky na standardy managementu poskytovatele zdravotních služeb (dále organizace) .....	68
7.1.1 Řízení organizace a strategické plánování .....	68
7.1.2 Řízení zdrojů .....	72
7.1.3 Řízení procesů a změn .....	76
7.2 Požadavky na standardy výkonu zdravotních služeb .....	79
7.2.1 Dostupnost .....	79
7.2.2 Práva pacienta a jeho rodiny .....	79
7.2.3 Péče o pacienty .....	81
7.2.4 Kontinuita péče .....	84
7.2.5 Propuštění a další sledování .....	85
7.3 Požadavky na analýzu a výsledky .....	85
7.3.1 Monitorování dat a průběžné analýzy .....	85
7.3.2 Analýzy výsledků a opatření .....	87

## Seznam použitých zkratek

ATB	Antibiotika
EFQM	European Foundation for Quality Management / Evropská nadace pro management kvality
EUROPEP	Standardizovaný dotazník ke zjišťování spokojenosti pacientů v primární péči
ICPC 2	Mezinárodní klasifikace primární péče 2
IGA	Interní grantová agentura MZ ČR
IPVZ	Institut pro postgraduální vzdělávání zdravotníků
ISQua	Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví
MKN	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí SZO
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
MZD/EBM	Medicína založená na důkazech / Evidence-Based Medicine
NAS	Národní akreditační standardy
NAS-PZS-VPL	Národní akreditační standardy pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství
OPLZZ ESF	Operační program rozvoje lidských zdrojů a zaměstnanosti Evropského sociálního fondu
PDCA	Cyklus kvality (zkratka za angl. Plan, Do, Check, Act)
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb
SZO/WHO	Světová zdravotnická organizace / World Health Organization
VPL	Všeobecný praktický lékař/všeobecné praktické lékařství
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZZ	Zdravotnické zařízení
Z	Zákoník práce
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZD	Zdravotní dokumentace



## Klíčová slova

Kvalita péče a bezpečí pacientů, akreditační standardy, akreditace, indikátory kvality, primární péče, poskytovatel zdravotních služeb, praktické dětské lékařství, všeobecné praktické lékařství, vnitřní předpis, spokojenost pacientů, práva pacientů.

# Předmluva

V současné době velmi významně narůstají požadavky na zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb včetně primární péče. Zatímco sledování kvality a akreditace lůžkové péče je již běžně zavedeným postupem a poskytovatelé zdravotních služeb (PZS), kteří neprošli externím hodnocením kvality poskytované péče jsou výjimkou, situace v oblasti primární péče je odlišná. Proces externího hodnocení kvality a akreditace primární péče byl zatím součástí modelových projektů. Teprve nově přijímaná legislativa má akreditaci primární péče zakotvit. Akreditace je pro praktické lékaře novinkou, terminologie hodnocení kvality je bez hlubšího seznámení s příslušnou tematikou nesrozumitelná, zavedení akreditace primární péče, přes evidentní potenciál pro zvyšování kvality péče, její bezpečnost a v dlouhodobější perspektivě i pro její nákladovou efektivitu, je někdy přijímaná kriticky. Může se jevit jako zbytečná, v praxi neprůchodná, zejména pro obavy ze značné administrativní zátěže procesu akreditace. Z tohoto důvodu je nutno poskytnout praktickým lékařům v České republice odpovídající informace a vzdělání, k čemuž napomáhá i vzdělávací program „Sledování kvality v primární péči“ (součást projektu IPVZ „Vzdělávání lékařů a nelékařů III.“ programu OPLZZ ESF).

Par. 15 zákona č. 95/2004 Sb o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k oprávnění k uskutečňování vzdělávacího programu specializačního vzdělávání nebo doplňující odborné praxe uvedl do praxe **akreditaci** pro vzdělávání. Akreditační řízení zde je zaměřeno na jeden aspekt činnosti zařízení, a to způsobilost poskytování vzdělávání. Akreditaci pro poskytování vzdělávání posuzují příslušné akreditační komise oborů, ustanovené Ministerstvem zdravotnictví ČR (MZ) a MZ je také institucí, která akreditaci uděluje.

Oproti tomu **externí hodnocení kvality v rámci akreditačního řízení** ve smyslu předkládaného materiálu je komplexní pohled na kvalitu, orientaci na proces, konzistentnost celého zdravotnického zařízení, součinnost mezi zdravotnickými zařízeními, respektování práv pacientů, ochranu zdravotnických dat a vysoce specializovanou odbornost ve své činnosti pro zajištění jejich způsobilosti. Je dobrovolným aktem a vychází z iniciativy poskytovatele zdravotních služeb, který chce prokázat kvalitu podle existujících standardů. Oba uvedené procesy, terminologicky podobné, je třeba vnímat odděleně a chápat zásadní rozdíl v jejich metodice, technickém rozsahu i významu.

V roce 2008–2009 byl realizován projekt Akreditace všeobecných ambulancí s cílem vytvořit kritéria pro posuzování kvality poskytovatelů zdravotních služeb, poskytujících zdravotní péči v oboru všeobecné praktické lékařství. Adaptací mezinárodních předloh

vznikla sada standardů a příslušných indikátorů. Pozitivní zkušenost přineslo provedení třiceti pilotních akreditací u vybraných poskytovatelů zdravotních služeb. V mezidobí došlo k celé řadě změn v právních normách a zdravotnických předpisech, které si vynutily přepracování původních akreditačních standardů a navazujících materiálů. Výstupem tohoto procesu jsou aktualizované materiály ve formě účelových publikací pro čtyři podoblasti vzdělávacího programu „Sledování kvality v primární péči“.

Výchozí publikací z uvedené řady účelových publikací jsou **„Národní akreditační standardy primární péče“**. Ty představují základní nástroj k posuzování kvality a bezpečí poskytovatelů zdravotních služeb v primární péči. Další publikace na tento materiál navazují a rozvíjejí ho pro potřebu hodnotitele nebo ho uvádějí a interpretují do praxe formou manuálu k přípravě akreditace. Konečně je součástí vzdělávacího programu výklad termínů z oblasti kvality a jejího hodnocení.

Základní podoblasti vzdělávacího programu:

- **Národní akreditační standardy primární péče:** inovace, aktualizace základních standardů dle současných poznatků, platné legislativy a dopracování metodologie externí kontroly praxe praktických lékařů.
- **Návod na hodnocení kvality primární péče:** který bude vytvořen jako instruktivní návod pro hodnotitele a jejich přípravu na hodnocení kvality péče v ordinaci praktického lékaře, včetně potřebných podkladových materiálů.
- **Manuál k přípravě akreditace poskytovatele zdravotních služeb primární péče:** soubor inovovaných akreditačních standardů, zpracovaný do podoby názorného manuálu pro praktické lékaře, kteří se chystají na akreditaci své praxe. Manuál je členěn na předmluvu, obsah s popisem a přehledem 12 domén, do kterých je celkem rozděleno 30 standardů. U každého standardu je uvedeno jeho přesné znění, účel a obsah naplnění, indikátory k posuzování jeho naplnění a způsob kontroly, případně právní normy jako podklad.
- **Terminologie pro hodnocení kvality primární péče – vzdělávací příručka:** abecedně sestavený soubor – slovník – popisů základních pojmů, používaných pro posuzování a hodnocení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče a přehled terminologie aktuální zdravotnické legislativy.

Původní akreditační standardy byly zaměřeny specificky na poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství. Aktuálně předkládané materiály obsahují komentáře, zohledňující možné využití i u dalších poskytovatelů v primární péči, v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD).

Praktické lékařství pro děti a dorost je v České republice oborem s tradičním důsledným přístupem k metodice péče, jejímiž základními příklady jsou jednotné preventivní prohlídky, propracovaný systém očkování i týmový přístup k péči o chronicky nemocné děti. Základy tohoto systému byly položeny v období centralizovaného zdravotnictví, které mělo na péči o děti vcelku dobrý dopad. S liberalizací zdravotnictví od 90. let dochá-

zí ke vzniku individuálních praxí PLDD, často i teritoriálně izolovanějších než v období předcházejícím. Objevuje se tak, zatím nijak významněji vnímaná potřeba vyššího důrazu na kvalitu péče, a tím také na její standardizaci s možností následného ověřování, tedy na certifikaci či akreditaci. V praxi PLDD není akreditace neznámým pojmem. Byla již zavedena pro zajišťování způsobilosti PLDD k provozování rezidenčních míst pro mladé lékaře v procesu jejich odborné přípravy. Analogický postup je používán pro výchovu v oboru všeobecného praktického lékařství. V tomto oboru je v posledním desetiletí připravován všeobecný systém sledování kvality a bezpečí poskytované péče v rámci akreditací ordinací s využitím sady standardů kvality. Protože péče PLDD a VPL má mnoho společného, bylo v rámci programu „Sledování kvality v primární péči“ (součástí projektu IPVZ „Vzdělávání lékařů a nelékařů III.“ programu OPLPZS ESF) navržena a realizována úprava národních akreditačních standardů v pro VPL i pro potřeby PLDD. Tato úprava odrážela zejména omezenou samostatnost dítěte v rámci zdravotní péče, a naopak významné postavení rodiče dítěte. Obecně lze uvést, že tam, kde je uváděn kontakt s pacientem, mají autoři na mysli v případě péče poskytované PLDD kontakt s jeho rodiči, případně se zákonným zástupcem. Odlišné je také vybavení ordinace PLDD, požadované podle standardu diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů. Standard, zaměřený na péči VPL o bolest, byl pro potřeby PLDD reformulován a zaměřen na správnou léčbu a kontrolu léčby alergií, čímž lépe vystihuje povahu dětské nemocnosti. Spokojenost pacienta s péčí je pro potřeby PLDD v příslušném standardu přeformulována na spokojenost dětí a rodičů pacienta. Ve standardu dodržování práv pacientů byla z hlediska PLDD mezi směrodatné normy přidána Charta práv dítěte.

Po odborném posouzení původních standardů, jejich úpravy týmem zkušených PLDD a recenzního řízení jsou tak formou publikací připraveny metodické podklady jako základní a výchozí předpoklad postupného zavádění standardizace a akreditace i pro činnosti PLDD.

# 1 Úvod

Pro zajištění kvality poskytované péče a bezpečí pacientů je nutné, aby poskytovatel zdravotních služeb realizoval celou řadu opatření a postupů. To platí jak pro poskytovatele zdravotních služeb s více ordinacemi, tak pro individuálně pracujícího praktického lékaře. Akreditační řízení slouží k hodnocení toho, jak je formálně i prakticky tento proces zajištění kvality a bezpečí pacientů naplňován a jak odpovídá standardům kvality.

Předkládaná publikaci je výchozím materiálem pro akreditační řízení. Přináší **„Národní akreditační standardy pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství, případně v oboru praktické lékařství pro děti a dorost (dále NAS-PZS-VPL/PLDD)“**. Standardy popisují stav, postupy a činnosti, které charakterizují poskytování zdravotních služeb na odpovídající úrovni kvality, definují ukazatele jejich naplnění a způsob jejich kontroly. V publikaci je i informace o experimentální přípravě akreditačního řízení a ukázka prezentace modelového vzdělávání všeobecných praktických lékařů.

Obecným problémem všech akreditačních procesů je jejich administrativní náročnost. Autoři vycházejí z předpokladu, že všechny vyžadované písemné materiály mohou být zpracovány v přiměřeném rozsahu ve třech dokumentech; vnitřním řádu PZS-VPL/PLDD), sešitu (složce) pracovních porad a v přílohách. Návodem k administrativní přípravě PZS-VPL/PLDD) na akreditační proces je souběžně připraven a bude publikován **„Manuál k přípravě akreditace primární péče“**. V individuálních déle působících praxích, kde pracují stejné týmy po řadu let, jsou postupy a činnosti standardizovány, aniž by byly popsány a definovány. Hodnocení tomu bude přizpůsobeno. Nicméně, v nově zakládaných praxích a zejména u PZS s více ordinacemi nebo ve vznikajících řetězcích praxí, jsou psané postupy základním předpokladem standardizace a zajištění kvality. Manuál k přípravě akreditace primární péče nabízí, poskytuje makety, příklady nebo vzory pro splnění většiny administrativních nároků akreditačního procesu. Např. ve formě šanonu může obsahovat jak všechny základní dokumenty praxe, tak periodicky obměňovatelnou část s aktuálními projekty, pravidly a jinými materiály. Do vysoké míry může být veden i v elektronické formě, pokud jsou základní dokumenty praxe naskenovány. Pro hodnotitele praxí VPL/PLDD je rovněž souběžně připraven a bude publikován **„Návod pro hodnocení praxí primární péče“**. Řadu publikací ještě doplňuje **„Terminologie pro akreditaci praxí primární péče“**.

NAS-PZS-VPL/PLDD jsou připraveny k použití jak pro individuální ordinaci VPL/PLDD, tak pro sdružené praxe nebo řetězec praxí. V druhém a třetím případě je hodnocena kvalita řízení organizace i kvalita jednotlivých pracovišť.

Všichni poskytovatelé zdravotních služeb nedosahují takové organizační úrovně, aby dosáhla naplnění všech předkládaných standardů. NAS jsou nadčasové a jejich cílem je ukázat směr zlepšování kvality.

Pro vyhodnocení každého standardu byly zvoleny indikátory. Pro hodnocení jednotlivých indikátorů bude externí hodnotitel využívat následující škálu:

1. PZS naplňuje daný indikátor v celém rozsahu.
2. PZS naplňuje daný indikátor částečně.
3. PZS nenaplňuje daný indikátor.

V celkovém hodnocení bude zohledněna váha (indexace) jednotlivých indikátorů, a tím celkové naplnění standardu. Podmínkou udělení akreditace tedy není splnění všech indikátorů. Za nepodkročitelné jsou považovány standardy, které jsou součástí návrhu vyhlášky o hodnocení kvality a bezpečí ambulantní zdravotní péče z roku 2014.

PZS, který má zájem o externí zhodnocení kvality a získání akreditace podle NAS-PZS-VPL/PLDD využívá k přípravě metodických materiálů, které jsou součástí výstupu tohoto projektu, zejména Manuálu k přípravě akreditace primární péče. Vlastní akreditační proces zahajuje PZS podáním žádosti o akreditaci, která je součástí tohoto materiálu. V další fázi je naplánována a realizována návštěva pracoviště/pracovišť externími hodnotiteli/auditory. Po této návštěvě PZS obdrží do 3 měsíců komplexní vyhodnocení úrovně kvality pracoviště s rozhodnutím o udělení nebo neudělení akreditace. Pokud PZS akreditaci nezíská, může opakovat celý proces v rozmezí 6–12 měsíců po prvním hodnocení za finančně zvýhodněných podmínek. Akreditované pracoviště musí po 4 letech znovu o akreditaci zažádat. Maximální platnost akreditace je 54 měsíců.

Akreditace je dynamický proces, jehož cílem není jen hodnocení kvality, ale také motivace a podpora k jejímu zvyšování. Teprve periodické opakování akreditační procedury může prokázat, zda bylo tohoto cíle dosaženo.

NAS nejsou neměnné. Budou se každoročně přizpůsobovat právním, metodickým i odborným změnám a upravovat podle zpětné vazby a připomínek z praxí. Autoři budou rádi za připomínky vedoucí ke zkvalitnění a vysoké funkcionalitě tohoto nástroje kvality. Věříme, že akreditační proces přispěje ke zvýšení kvality v ordinacích praktických lékařů.

# 2 Žádost o zahájení akreditačního řízení podle národních akreditačních standardů pro poskytovatele zdravotních služeb v oborech

## VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ – PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ PRO DĚTI A DOROST

Název a adresa PZS				
Právní forma				
Zahájení provozu PZS				
Telefon	E-mail	Web. stránka		
Vedoucí pracovník				
Osoba odpovědná za akreditační proces (pokud se liší)				
Zaměstnanci / pracovníci	Titul, jméno, příjmení	Odbornost (atestace)	Úvazek	Roky praxe v oboru
Hlavní obor činnosti PZS				
Počet registrovaných pacientů	Počet ošetřených pacientů/rok	Počet dom. návštěv/rok	Počet pacientů v prac.-lék.péči/rok	
Akreditace k poskytování specializačního vzdělání v oboru VPL/PLDD	Platná do			
PZS aktuálně školí	lékaře			
	studenta			
Seznámil jsem se s podmínkami akreditačního řízení a souhlasím s externí kontrolou praxe.				
Datum, podpis statutárního zástupce poskytovatele				

# 3 Národní akreditační standardy

Standardy a indikátory označené \* v textu se vztahují jen na PZS, která mají více pracovišť.

<b>I. Standardy kvality</b>	
<b>Znění standardu 1</b>	<b>1. Poskytovatel zdravotních služeb, poskytující péči v oboru všeobecné praktické lékařství, případně praktické lékařství pro děti a dorost (dále PZS, resp. PZS-VPL/PLDD má zavedený program zvyšování kvality a bezpečí péče. Výsledky svého úsilí sleduje a vyhodnocuje.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	<p>PZS kontinuálně uplatňuje zásady a činnosti vedoucí ke zvyšování kvality a bezpečí svých služeb, jako nedílné součásti systému řízení zdravotní péče. Využívá metod na podporu kvality (<i>audit, cyklus kvality</i>).</p> <p>PZS má systém vyhodnocování priorit pro zvyšování kvality. Do projektů zvyšování kvality jsou zapojeni všichni členové <i>týmu PZS</i>. Praxe se systematicky věnuje bezpečí pacientů. Mimořádné události jsou zaznamenávány, analyzovány a jsou z nich odvozována preventivní opatření.</p>
<b>Indikátory standardu</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. PZS má zavedený program zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče a tento program je aktualizován. Existuje vyhodnocení, zda loňské cíle byly splněny.</li> <li>1.2. V PZS jsou určeny osoby odpovědné za plnění programu zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče.</li> <li>1.3. Zásady a činnosti vedoucí ke zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče jsou zahrnuty v provozních postupech zavedených do praxe, které jsou nejméně jednou za tři roky aktualizovány.</li> <li>1.4. Osoby podílející se na poskytování zdravotní péče jsou aktivně zapojeny do programu zvyšování její kvality a bezpečí.</li> <li>1.5. PZS realizovalo v minulém roce alespoň 1 klinický audit.</li> <li>1.6. PZS realizovalo a popsalo v minulém roce alespoň 1 projekt na podporu kvality z oblasti klinické a 1 projekt z oblasti organizace (každé*) praxe.</li> <li>1.7. Otázky kvality jsou pravidelnou náplní porad týmu PZS. Existují zápisy ze schůzek. O plánovaných opatřeních na podporu kvality a jejich plnění existuje písemný záznam nejméně 1x za rok.</li> </ol>



<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zápisy z porad, výstupy projektů,</li> <li>- provozní postupy,</li> <li>- náplně práce zaměstnance,</li> <li>- pohovory s vedoucími pracovníky* a zaměstnanci.</li> </ul>
<b>Právní normy</b>	<p><b>Povinnost zdravotnického zařízení sledovat kvalitu a bezpečí poskytované péče:</b> Obecná povinnost předcházet škodám dle §§ 2900–2903 Občanského zákoníku (NOZ) a dle čl. 4 Úmluvy o biomedicině, viz Obecná část, bod 1.</p> <p><b>Pravomoci vedoucích pracovníků:</b> dle definice v §11 zákoníku práce (ZP)</p> <p>Vedoucími zaměstnanci zaměstnavatele se rozumějí zaměstnanci, kteří jsou na jednotlivých stupních řízení zaměstnavatele oprávněni stanovit a ukládat podřízeným zaměstnancům pracovní úkoly, organizovat, řídit a kontrolovat jejich práci a dávat jim k tomu účelu závazné pokyny. Vedoucím zaměstnancem je nebo se za vedoucího zaměstnance považuje rovněž vedoucí organizační složky státu.</p> <p>Takovými „závaznými pokyny“ jsou právě písemné směrnice naplňující tento standard. Je třeba mít na paměti, že tyto „závazné pokyny“ jsou pouze interními normami, zavazují tedy pouze pracovníky organizace v rámci vztahů nadřízenosti a podřízenosti, nikoliv třetí osoby, například pacienty nebo jejich příbuzné.</p> <p><b>Povinnosti zaměstnavatele zajišťovat bezpečnost procesů:</b> Tyto povinnosti zaměstnavatele je možno rozdělit na povinnosti vůči zaměstnancům (upravené zejména v §101 a násl. ZP o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci), a na povinnosti vůči třetím osobám (týkající se zejména oblastí náhrady majetkové a nemajetkové újmy, upravené zejména v § 2894 a násl. občanského zákoníku).</p> <p><b>Povinnosti zaměstnance:</b></p> <p>Na zaměstnance se kromě obecné prevenční odpovědnosti vztahuje též povinnost předcházet škodám a oznamovat možné podmínky jejich vzniku vedoucím pracovníkům dle §249 ZP, kde je výslovně stanoveno, že: <i>„Zaměstnanec je povinen počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví, majetku ani k bezdůvodnému obohacení. Hrozí-li škoda, je povinen na ni upozornit nadřízeného vedoucího zaměstnance. Je-li k odvrácení škody hrozící zaměstnavateli neodkladně třeba zákroku, je zaměstnanec povinen zakročit; nemusí tak učinit, brání-li mu v tom důležitá okolnost nebo jestliže by tím vystavil vážnému ohrožení sebe nebo ostatní zaměstnance, popřípadě osoby blízké.</i></p> <p><i>Zjistí-li zaměstnanec, že nemá vytvořeny potřebné pracovní podmínky, je povinen oznámit tuto skutečnost nadřízenému vedoucímu zaměstnanci.“</i></p>

<b>Znění standardu 2</b>	<b>2. PZS eviduje a vyhodnocuje nežádoucí události, které se vyskytnou při poskytování zdravotní péče.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	Nežádoucí událostí je událost, která mohla vyústit nebo vyústila ve fyzickou nebo psychickou újmu pacienta a které bylo možné se vyhnout. Cílem standardu je evidence a vyhodnocování nežádoucích událostí (NÚ), se záměrem jim předcházet, a tím zvyšovat kvalitu péče a bezpečí pacientů.
<b>Indikátory standardu</b>	2.1 PZS má zaveden systém evidence NÚ, které se vyskytnou při poskytování péče, a to minimálně NÚ spojených s prováděním léčebných či diagnostických výkonů a podáváním léčebných přípravků. 2.2 PZS provádí vyhodnocení jednotlivých NÚ včetně zjišťování jejich příčin. 2.3 PZS přijímá potřebná nápravná opatření.
<b>Způsob kontroly</b>	– zápisy z porad, – evidence NÚ, – náplně práce zaměstnanců, – pohovory s vedoucími pracovníky* a zaměstnanci.
<b>Právní normy</b>	Např. zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech.

## II. Standardy diagnostických a léčebných postupů

<b>Znění standardu 3</b>	<b>3. Všichni pacienti při převzetí do péče mají provedeno vstupní vyšetření, ve kterém jsou zhodnoceny jejich potřeby medicínské, ošetrovatelské, psychologické i sociální. Vnitřní předpis stanoví dobu, do které je vstupní vyšetření provedeno.*</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	Vstupní vyšetření je stěžejním procesem v primární péči, umožňuje porozumět pacientovi a jeho potřebám a efektivně je zhodnotit. Vstupní vyšetření musí být dokumentováno. Jeho součástí je zaznamenání všech kontaktních údajů pro budoucí komunikaci s pacientem nebo jeho rodinou. Vstupní vyšetření musí zhodnotit pacientovy medicínské, ošetrovatelské, psychologické i sociální potřeby; zahrnuje rodinnou, osobní, pracovní a sociální anamnézu, fyzikální vyšetření, seznam pacientovy současné medikace a potřebná komplementární vyšetření, minimálně v rozsahu daném platnou normou a smlouvou s pojišťovnou.

<b>Účel a naplnění standardu</b>	Součástí závěru vstupního vyšetření je plán kontrol a/nebo uvedení do systému periodických preventivních prohlídek. PZS stanoví, do jaké doby od přijetí do péče musí být vstupní vyšetření vyhotoveno. Dokumentace vyšetření je provedena bezprostředně po jeho provedení.
<b>Indikátory standardu</b>	3.1 PZS provádí vstupní vyšetření u pacientů převzatých do péče. 3.2 Vstupní vyšetření zahrnuje anamnézu, pacientovu současnou medikaci, fyzikální vyšetření, diagnostický souhrn a zhodnocení, psychosociálních potřeb pacienta, plán a cíle péče. 3.3 PZS má systém úkolů a kompetencí jednotlivých zaměstnanců při přebírání pacienta do péče. 3.4 Vstupní vyšetření je provedeno do 1 měsíce od převzetí pacienta do péče. 3.5 Termín příští prohlídky je stanoven. 3.6 PZS kontroluje dodržení očkovacího kalendáře u dítěte převzatého do péče (PLDD).
<b>Způsob kontroly</b>	– vnitřní předpis PZS*, – náplně práce zaměstnanců, – kontrola zdravotnické dokumentace.
<b>Právní normy</b>	Pro povinnost provádět vyšetření řádně a včas a řádně je dokumentovat platí výše uvedené, právní úpravu je možno nalézt v § 53, a násl. zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a ve vyhlášce č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci.

<b>Znění standardu 4</b>	<b>4. PZS využívá doporučené diagnostické, léčebné postupy a ošetrovatelské postupy.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	Lékařská a ošetrovatelská péče v praxích by měla být poskytována podle aktuálních doporučených postupů (DP), vytvořených odbornými a profesními organizacemi zdravotnických a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví. Pokud se PZS rozhodne vytvářet si vlastní postupy i přes existenci doporučených klinických postupů odborných společností, musí mít vypracovanou metodiku těchto postupů a vytvořené postupy musí respektovat postupy odborných společností jako minimální. Psané postupy jsou vytvářeny nebo používány i pro náročnější diagnostické, terapeutické a ošetrovatelské výkony prováděné přímo v praxi (přístrojová vyšetření, jako např. CRP, INR, EKG, 24 hod.

<b>Účel a naplnění standardu</b>	AMKT, vyšetřování ABL, spirometrie, Doppler, infuzní terapie, fyzikální léčba) a pro naléhavé situace. Z hlediska ošetrovatelských postupů PZS* naplní standard, pokud prokáže, že má stanovený systém ošetrovatelských činností přizpůsobitelný potřebám zvláštních skupin pacientů (pokud o ně pečuje). Jedná se zejména o seniory, pacienty s fyzickým handicapem, pacienty zmatené, agresivní, pacienty nevidomé, se ztrátou sluchu či pacienty nehovořící česky.
<b>Indikátory standardu</b>	4.1 V PZS jsou využívány diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy doporučené odbornými a profesními organizacemi zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví. 4.2 DP jsou dostupné v ordinaci (v psané nebo elektronické formě). 4.3 Doporučené postupy jsou průběžně aktualizovány. 4.4 Existují psané postupy (návod) k přístrojovým vyšetřením a jiným náročnějším výkonům a jsou k dispozici. 4.5 Ve všech praxích je poskytována stejná péče.*
<b>Způsob kontroly</b>	– posouzení provozu, – pohovor s členy týmu, – kontrola zdravotnické dokumentace a příslušných dokumentů (doporučené postupy).
<b>Právní normy</b>	čl. 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.
<b>PLDD</b>	Vybavení PLDD viz příloha.

<b>Znění standardu 5</b>	<b>5. PZS splňuje požadavky pro zajištění kardiopulmonální resuscitace a jiných neodkladných stavů.</b> <b>PZS má specifikováno vybavení přístroji, léčivy a pomůckami pro urgentní stavy. Personál PZS je školen k podávání léčiv a užívání přístrojů a pomůcek neodkladné péče. Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná, počet balení a expirační doby kontroluje pověřený pracovník minimálně 1x měsíčně a po provedené kontrole činí zápis.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	Cílem standardu je plnění požadavků pro zajištění kardiopulmonální resuscitace a jiných neodkladných stavů v praxi. Frekvence urgentních stavů v PZS primární péče je nízká, nicméně PZS musí být připraven neodkladnou péčí standardně poskytnout. Proto je nezbytné vytvářet psané postupy a tyto postupy periodicky testovat.

<b>Účel a naplnění standardu</b>	PZS stanovuje vnitřním předpisem, jaké přístroje, zdravotní prostředky a léčiva k neodkladné kardiopulmonální resuscitaci (KPR) jsou dostupná na pracovišti a jaká jsou pravidla zabezpečení uplatnění tohoto předpisu v praxi, včetně potřeby teoretického školení členů týmu a praktického nácviku.
<b>Indikátory standardu</b>	<p>5.1 V PZS jsou prováděny pravidelné kontroly funkčnosti pomůcek pro KPR včetně kontrol expirace léčivých přípravků a o provedených kontrolách jsou vedeny zápisy.</p> <p>5.2 Ve PZS je zpracován periodický plán proškolení všech zaměstnanců v poskytování první pomoci a zdravotnických pracovníků v KPR minimálně na základní úrovni.</p> <p>5.3 Proškolení zaměstnanců a zdravotnických pracovníků PZS je prováděno minimálně 1x ročně a v souladu s doporučenými aktuálními postupy KPR.</p> <p>5.4 V PZS je stanoven postup pro přivolání odborné pomoci a na viditelném místě jsou umístěny informace o číslech tísňového volání 155 a 112.</p> <p>5.5 V ordinaci existují a jsou lehce dostupné psané postupy pro nejzávažnější neodkladné stavy v praxi.</p>
<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kontrola vybavení a funkčnosti pomůcek a přípravků pro KPR,</li> <li>– analýza vnitřních předpisů praxe,</li> <li>– rozhovory s členy týmu,</li> <li>– analýza neočekávaných událostí.</li> </ul>
<b>Právní normy</b>	Obecná povinnost předcházet škodám, mimo jiné na zdraví (zejm. §§ 2900–2903 nového občanského zákoníku – NOZ), vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

<b>Znění standardu 6</b>	<b>6. Každý pacient s bolestí má zhodnocenou potřebu léčby bolesti a bolest je přiměřeně léčena.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	Praktický lékař dbá na to, aby jeho pacienti netrpěli zbytečně bolestí. Cílem léčby bolesti je stav, kdy je pacient bez bolesti, nebo je bolest přiměřená s ohledem na vedlejší účinky léčby. PZS musí zajistit i léčbu opiáty v případě potřeby. PZS musí znát kontakty na pracoviště, která řeší léčbu bolesti, a v případě potřeby využívat jejich služeb.
<b>Indikátory standardu</b>	6.1 Každý pacient s chronickou (např. nádorovou) bolestí, má zhodnocenou potřebu léčby.

<b>Indikátory standardu</b>	6.2 PZS zná postupy léčby bolesti a zná řešení pro případ, kdy je léčba v rámci jeho kompetencí nedostatečná (např. kontakt na pracoviště léčby bolesti). 6.3 PZS má přístup k léčbě opiáty a dodržuje všechna pravidla pro jejich skladování a předepisování.
<b>Způsob kontroly</b>	– kontrola dokumentace, – rozbor případů, – pohovor se zaměstnanci, – pohovor s vedoucími pracovníky PZS*.
<b>Právní normy</b>	Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, a dále vyhl. č. 123/2006 a vyhl. č. 243/2009.
<b>PLDD</b>	Standard vyměnit za: Každý pacient s alergií má zhodnocenou potřebu léčby a kontrolu léčby.
<b>Indikátor standardu</b>	6.1 Každý pacient s alergií má zhodnocenou léčbu. 6.2 PZS zná postupy léčby alergie.
<b>Kontrola zabezpečení</b>	Zajišťuje se rozбором případů a analýzou zdravotnické dokumentace.

<b>Znění standardu 7</b>	<b>7. PZS řeší potřeby chronických pacientů a pacientů se zdravotním a mentálním postižením a věnuje zvláštní pozornost umírajícím pacientům a jejich rodině. V případě potřeby je PZS schopen zajistit paliativní péči v domácím prostředí vlastními silami nebo ve spolupráci se specializovanými poskytovateli paliativní péče.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	K zajištění péče o pacienty s chronickým onemocněním je třeba spolupráce s jednotlivými specialisty i v rámci formálních či neformálních multidisciplinárních týmů. V případě potřeby je PZS schopno uspořádat nebo se podílet na případové konferenci u individuálního pacienta v domácí péči. PZS zná a spolupracuje s organizacemi, které se daným typem péče zabývají: agentury domácí péče, organizace zaměřené na poskytování paliativní péče, zařízení hospicového typu, sociální odbory, psychologické a psychotherapeutické poradny, patientská sdružení a spolky apod. O umírajícího pacienta a jeho rodinu se zdravotníci starají se zvláštní ohleduplností a s respektem k psychosociálním, náboženským a spirituálním potřebám a snaží se zohledňovat jeho přání a vytváří pro to podmínky.

<b>Indikátory standardu</b>	<p>7.1 Dlouhodobě léčený pacient v domácím prostředí má zhodnocenou a dokumentovanou potřebu péče (např. ve formě indikace služeb domácí péče podle metodiky VZP).</p> <p>7.2 PZS má k dispozici kontakty na poskytovatele zdravotní i sociální péče v komunitě, včetně hospicové, a zná možnosti sociální pomoci pacientům.</p> <p>7.3 PZS provádí a dokumentuje <i>případové konference</i> a má seznam a kontakty na vzdělávací zařízení (např. speciální školy – PLDD) v komunitě.</p>
<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– rozhovory se zaměstnanci,</li> <li>– rozhovory s pacienty,</li> <li>– rozbor případů,</li> <li>– rozhovory s poskytovateli zdravotní a sociální péče v komunitě,</li> <li>– kontakty na pracovišti.</li> </ul>
<b>Právní normy</b>	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

<b>Znění standardu 8</b>	<b>8. PZS má stanovena pravidla bezpečného zacházení s léčivými přípravky.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	Cílem standardu je definovat činnosti, které mají bezprostřední vliv na bezpečné zacházení s léčivými přípravky.
<b>Indikátory standardu</b>	<p>8.1 PZS má stanoveny, dodržuje a vyhodnocuje postupy při objednávání, příjmu, skladování, podávání léčivých přípravků a očkovacích látek, odstraňování nepoužitelných léčivých přípravků včetně dokumentace postupů a jejich kontroly.</p> <p>8.2 PZS má stanoven a dodržuje postup při používání neregistrovaných léčivých přípravků.</p> <p>8.3 PZS má stanoven postup hlášení nežádoucích účinků léčivých přípravků a očkovacích látek.</p> <p>8.4 Zaměstnanci PZS mají povinnosti a oprávnění při zajišťování těchto činností.</p> <p>8.5 PZS monitoruje teplotu v lednici, kde jsou uloženy očkovací látky, a provádí o měření denní záznamy.</p> <p>8.6 PZS má stanoven a dodržuje postup evidence šarží při použití očkovacích látek.</p>

<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kontrola psaných postupů,</li> <li>- rozbor případů,</li> <li>- pohovor se zaměstnanci,</li> <li>- pohovor s vedoucími pracovníky PZS*.</li> </ul>
<b>Právní normy</b>	Zák. č. 378/2007 Sb., o léčivech, vyhl. č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi a zacházení s léčivy, vyhl. č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů.

<b>Znění standardu 9</b>	<b>9. PZS se angažuje v podpoře zdraví a prevenci nemocí.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	Cílem standardu je definovat činnosti zaměřené na podporu zdraví a prevenci nemocí ve vztahu k pacientům a zaměstnancům.
<b>Indikátory standardu</b>	<p>9.1 Pacientům (a jejich rodičům) jsou poskytovány informace o významu fyzické aktivity a správné výživy pro udržení a zlepšení zdravotního stavu a o prevenci nemocí, zejména v souvislosti se zneužíváním alkoholu, tabáku a jiných návykových látek.</p> <p>9.2 PZS poskytuje pacientům a zaměstnancům přístup k dalším informacím na podporu zdraví.</p> <p>9.3 PZS-PLDD poskytuje rodičům přístup k aktuálním doporučením pro výživu s důrazem na kojeneckou výživu.</p>
<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kontrola dokumentace,</li> <li>- rozbor případů,</li> <li>- pohovor se zaměstnanci,</li> <li>- pohovor s vedoucími pracovníky PZS*.</li> </ul>
<b>Právní normy</b>	Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, a dále vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 123/2006, č. 243/2009.

### III. Standardy péče o pacienty

<b>Znění standardu 10</b>	<b>10. Procesy u PZS a běžné postupy jsou organizovány tak, aby byly co nejvstřícnější pro pacienty.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	PZS zavádí takovou organizaci poskytování péče, aby byla vstřícná a srozumitelná pacientům a aby zajišťovala co nejlepší dostupnost péče pro všechny kategorie pacientů.



<p><b>Účel a naplnění standardu</b></p>	<p>PZS má zavedený objednávací systém, který je zároveň dostatečně flexibilní, aby umožnil ošetření akutních případů a přizpůsobil se pacientům, kteří potřebují delší nebo kratší čas ke konzultaci. PZS zajišťuje návštěvní službu pacientům.</p> <p>Informace od pacienta jsou získávány za podmínek dostatečného soukromí a jsou zaznamenávány takovým způsobem, aby v rámci PZS nebo při předání do jiného PZS nemusela být již informace od pacienta vyžadována.</p> <p>Informace pacientovi jsou poskytovány srozumitelně, v případě potřeby jsou klíčové informace poskytnuty v písemné nebo elektronické formě. Edukace je podpořena tištěnými materiály nebo odkazem na internet. Jestliže je pacient odeslán mimo PZS do další péče, PZS pomáhá v orientaci v této péči a vysvětlí další postup.</p> <p>Následné kontroly, telefonické konzultace a oznamování výsledků jsou vedeny tak, aby jim pacient porozuměl a byla podpořena jeho compliance.</p>
<p><b>Indikátory standardu</b></p>	<p>10.1 PZS hodnotí organizaci poskytování péče a v případě potřeby ji upravuje.</p> <p>10.2 PZS je dostupný telefonicky, případně jiným distančním způsobem pro objednání a poskytnutí informací.</p> <p>10.3 PZS má vyhrazenou dobu pro telefonické konzultace s lékařem a informace o výsledcích vyšetření.</p> <p>10.4 PZS má (psaná*) pravidla, jaká informace může být kterým členem týmu podávána.</p> <p>10.5 PZS má objednávací systém a tento systém je v osobní, telefonické, příp. také elektronické formě dostupný pacientům.</p> <p>10.6 PZS má objednávací systém pro chronické pacienty (např. diabetiky, u PLDD alergiky), pro preventivní prohlídky, screening a pro specifické problémy (lázně, dýchodny).</p> <p>10.7 Čekací doba pro pacienty je přijatelná; je sledována a minimalizována.</p> <p>10.8 Návštěvní služba lékaře a k ošetrovatelským činnostem je poskytována.</p> <p>10.9 PZS, který registruje nebo ošetřuje cizince, má pro případ potřeby kontakt na tlumočnicka.</p> <p>10.10 PZS má kontakt na koordinátora v komunitě pro romskou problematiku.</p>
<p><b>Způsob kontroly</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- písemné organizační podklady pro pacienty,</li> <li>- webová stránka,</li> <li>- organizační informace v praxi (tabulky, nástěnky),</li> <li>- pohovory s členy týmu PZS,</li> <li>- pozorování v praxi.</li> </ul>

<b>Právní normy</b>	Nepřímo zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v praxi pak bonifikační programy zdravotních pojišťoven.
<b>Znění standardu 11</b>	<b>11. PZS poskytuje dostatečné informace svým pacientům, jejich rodinám, organizacím v komunitě a jiným poskytovatelům o své péči, její dostupnosti, organizaci a rozsahu služeb.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	Informace, které o sobě poskytuje PZS, zahrnují kontaktní údaje, ordináční dobu, způsob, jakým komunikovat s poskytovatelem zdravotních služeb, jak se objednat apod. Informace o spektru poskytovaných služeb, jejich časovém vymezení, personálním obsazení a důležitých kontaktech jsou zveřejňovány pro potřeby současných i potenciálních pacientů PZS, a to vhodnou formou pro pacienty dostupnou a srozumitelnou, jako jsou například v místních tiskovínách, na nástěnce, v letáčích, brožurách, cestou telefonického informačního centra nebo internetových stránek.
<b>Indikátory standardu</b>	11.1 PZS poskytuje potřebné informace pacientům a jejich rodičům v případě PLDD o své organizaci, personálním složení a spektru poskytovaných služeb a tyto informace jsou dostupné v místě ordinace i distančním způsobem; zejména informace pacientům a rodičům o ordináční době a kontaktech zastupujícího PZS, o pohotovostní službě a o přivolání rychlé záchranné služby. 11.2 Informace jsou poskytovány vhodnou a srozumitelnou formou. 11.3 Informace jsou pravidelně aktualizovány.
<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– písemné podklady, www stránky PZS,</li> <li>– rozhovor s vedoucími pracovníky PZS,</li> <li>– rozhovory se zaměstnanci,</li> <li>– pozorování v PZS,</li> <li>– rozhovory s pacienty.</li> </ul>
<b>Právní normy standardu</b>	Základní definice druhu a rozsahu činností péče poskytované zdravotnickým zařízením, resp. jeho jednotlivými pracovišti, bude vymezena jednak ve smlouvách se zdravotními pojišťovnami, jednak v oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., který rovněž ukládá povinné zveřejňované údaje.

<b>Znění standardu 12</b>	<b>12. PZS má zaveden systém sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů a jejich rodičů v případě LSPP se zdravotní péčí a s podmínkami jejího poskytování. PZS má zaveden systém sledování a vyhodnocování stížností a podnětů týkajících se poskytované péče.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	<p>Cílem standardu je sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů se zdravotní péčí a s podmínkami jejich poskytování, sledování vyhodnocování stížností a podnětů týkajících se poskytování péče a využívání získaných poznatků pro zvyšování kvality a bezpečí. Spokojenost může být sledována např. pomocí standardizovaného dotazníku (EUROPEP, <a href="http://www.akva-pl.cz">www.akva-pl.cz</a>) nebo formou dostupné schránky na podněty a stížnosti, případně aplikací na webových stránkách.</p> <p>Tyto formy zpětné vazby využívá PZS ke kontinuálnímu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb. V případě stížnosti pak aktivně navazuje dialog se stěžovatelem. Proces řešení stížností a podnětů je definován včetně rolí a odpovědností všech členů týmu. Praxe sbírá a pravidelně vyhodnocuje data o spokojenosti pacientů. Sběr lze provádět kontinuálně (na všech místech péče*) nebo nárazově a pouze na vzorku pacientů. V případě, že PZS sleduje pouze vybraný vzorek pacientů, pak ukáže metodiku výběru takového vzorku. Výsledky měření spokojenosti jsou námětem pracovních porad a vedou k opatřením ke zvyšování kvality poskytovaných služeb či k nápravě zjištěných nedostatků.</p> <p>Proces řešení stížností* může být upraven vnitřním předpisem.</p>
<b>Indikátory standardu</b>	<p>12.1 PZS sleduje spokojenost pacientů a jejich rodičů, v případě PLDD minimálně s přístupem zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků k pacientům, poskytováním informací pacientům a jejich rodičům – v případě PLDD o jejich zdravotním stavu a léčbě –, se způsobem objednávání pacientů k poskytnutí zdravotní péče a ordinační dobou.</p> <p>12.2 PZS vyhodnocuje spokojenost pacientů a jejich rodičů v případě PLDD přijímá opatření k odstranění zjištěných nedostatků a zvýšení kvality poskytované péče.</p> <p>12.3 PZS má zavedený systém evidence všech stížností a podnětů pacientů, jejich rodičů v případě PLDD a dalších osob podaných v souvislosti s poskytovanou péčí, včetně způsobu jejich vyřízení,</p> <p>12.4 PZS vyhodnocuje stížnosti a podněty, včetně zjišťování příčin a přijímá opatření k odstranění zjištěných nedostatků a zvýšení kvality poskytované péče.</p>

<b>Indikátory standardu</b>	<p>12.5 PZS má definovanou metodiku periodického sledování spokojenosti pacientů pacientů a jejich rodičů v případě PLDD, např. formou dotazníku spokojenosti EUROPEP.</p> <p>12.6 Ve PZS je snadno dostupná schránka na stížnosti, připomínky a návrhy pacientů a jejich rodičů v případě PLDD, případně je vytvořena webová aplikace</p> <p>12.7 PZS má zavedený systém komunikace s pacienty a jejich rodiči v případě PLDD příp. se skupinami pacientů ke zjišťování spokojenosti, stížností nebo podnětů.</p>
<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– revize písemných organizačních podkladů PZS,</li> <li>– metodické nástroje hodnocení spokojenosti,</li> <li>– <i>kontrola pracoviště: schránka, webové aplikace,</i></li> <li>– rozhovor s vedoucími pracovníky PZS,</li> <li>– rozhovory se zaměstnanci PZS.</li> </ul>
<b>Právní normy</b>	<p>Povinnost sledovat spokojenost pacientů, event. rodičů pacientů v případě PLDD, je v současné době legislativně upravena pouze nepřímo. Příslušnost k řešení stížností v oblasti zdravotnictví je dána § 93 a násl. zák. č. 372/2011 Sb., které uvádí:</p> <p><i>„Proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem souvisejícím se zdravotními službami může podat stížnost pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta, osoba blízká v případě, že pacient tak nemůže učinit s ohledem na svůj zdravotní stav nebo pokud zemřel, nebo osoba zmocněná pacientem. Stížnost se podává poskytovateli, proti kterému směřuje; tím není dotčena možnost podat stížnost podle jiných právních předpisů. Podání stížnosti nesmí být osobě, která ji podala, nebo pacientovi, jehož se stížnost týká, na újmu.“</i></p> <p>Samostatnou kapitolou je pak podání návrhu na přezkoumání lékařského posudku, které je zakotveno v ust. § 46, zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.</p> <p>Vedle výše uvedeného lze rovněž podat podnět dle zák. č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře. Bližší podmínky řízení pak upravují vnitřní předpisy komor, např. pro lékařskou komoru Stavovský předpis č. 4, Disciplinární řád ČLK.</p>

#### IV. Standardy kontinuity zdravotní péče

<b>Znění Standardu 13</b>	<b>13. PZS zajišťuje kontinuální péči o pacienta a její návaznost v rámci spolupráce s dalšími poskytovateli zdravotních a sociálních služeb.</b>
---------------------------	---

<b>Účel a naplnění standardu</b>	<p>Účelem standardu je zajištění jednoho ze základních pilířů primární péče, kontinuální péče o pacienta a její návaznosti na péči sekundární a terciární, případně sociální. Kontinuita a návaznost péče je prokazatelná ve zdravotnické dokumentaci.</p> <p>Všeobecný praktický lékař, případně praktický lékař pro děti a dorost je koordinátorem péče o pacienta. V případě, že odkazuje pacienty do další péče, odesílá je s náležitou dokumentací.</p> <p>PZS má aktuální kontakty na pracoviště potřebných konsiliárních a specializovaných služeb.</p> <p>PZS vede seznam dispenzarizovaných/sledovaných pacientů podle vybraných diagnóz, zajišťuje jejich sledování, léčbu a potřebná odborná vyšetření.</p>
<b>Indikátory standardu</b>	<p>13.1 PZS má stanovený postup pro spolupráci s dalšími poskytovateli zdravotních a sociálních služeb.</p> <p>13.2 V případě odesílání pacienta poskytuje PZS dalším poskytovatelům péče dostatečné informace pro zajištění návazné péče.</p> <p>13.3 PZS má k dispozici seznam spolupracujících pracovišť komplementární a specializované péče a příslušné kontaktní informace.</p> <p>13.4 PZS má k dispozici kontakty na pracoviště sociálních služeb, u PLDD kontakt na Oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD).</p> <p>13.5 PZS má k dispozici seznamy dispenzarizovaných pacientů.</p> <p>13.6 PZS-PLDD má k dispozici kontakty na vzdělávací zařízení (zvl. Speciální školství) a pedagogicko-psychologické pracoviště.</p> <p>13.7 PZS-PLDD má k dispozici kontakty na všeobecné praktické lékaře v komunitě a dbá na řádné předání pacienta v 18–19 letech.</p>
<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kontrola dokumentace pacientů,</li> <li>– doporučující lístky na odborná vyšetření,</li> <li>– analýza vnitřních předpisů PZS,</li> <li>– rozhovory s pacienty.</li> </ul>
<b>Právní normy</b>	<p>Ust. §§ 45, 46, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.</p>
<b>Znění standardu 14</b>	<p><b>14. Pacientům na základě propouštěcí zprávy z nemocnice nebo na základě doporučení specialistů je zabezpečena příslušná lékařská a ošetrovatelská péče.</b></p>

<b>Účel a naplnění standardu</b>	Zabezpečení kontinuity péče při předávání z péče sekundární nebo terciární do péče primární. Pacienti často přicházejí od jiných specialistů bez výsledků, které jsou nutné k dalšímu správnému rozhodnutí o péči o pacienta. PZS má proto systém, jak se dozvědět o výsledcích vyšetření provedených v jiném PZS (komplement, specialista, nemocnice).
<b>Indikátory standardu</b>	14.1 PZS má systém, jak pracovat s výsledky vyšetření provedených u jiného PZS (komplement, specialista, nemocnice). 14.2 Výsledky jsou vhodnou formou včleňovány do dokumentace. 14.3 Doporučení specialistů jsou realizována, příp. je zdůvodněn zásadně jiný postup.
<b>Způsob kontroly</b>	– analýza dokumentace, realizace opatření, – pohovory se zaměstnanci, – pohovory s vedoucími pracovníky PZS*.
<b>Právní normy</b>	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

### V. Standardy dodržování práv pacientů

<b>Znění standardu 15</b>	<b>15. PZS zajišťuje dodržování práv pacientů, jejich rodičů a osob pacientům blízkých při poskytování péče. Každý pacient a jeho rodič/rodiče v případě PLDD je seznámen/jsou seznámeni vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace. Pacienti a jejich rodiče jsou edukováni s ohledem na jejich schopnosti informacím porozumět. PZS nediskriminuje žádnou minoritu.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	Péče o dodržování práv pacientů je jednou ze stěžejních oblastí procesu kontinuálního zvyšování kvality. Povinností PZS je stanovit, kdo odpovídá za seznámení přijímaného pacienta, event. jeho rodiče v případě PLDD, s jeho právy (lékař či sestra). Osoba, která seznamuje pacienta s jeho právy, o tom činí záznam do dokumentace. Pacient nebo jeho rodiče v případě PLDD musí být se svými právy seznámen/seznámeni průkazně – pro případ, že pacient neovládá český jazyk nebo má jiné komunikační bariéry, má PZS stanoven postup (například dostupnost tlumočnické služby). Zvláštní zřetel klade PZS na informování osob neslyšících, nevidomých a osob s jinými komunikačními problémy. PZS má k dispozici práva pacientů v písemné podobě, zřetelně vyvěšené nebo k dispozici pacientům jiným způsobem.

<b>Účel a naplnění standardu</b>	PZS dbá na to, aby zaměstnanci žádným způsobem nediskriminovali jakoukoli etnickou, náboženskou, kulturní nebo jinou minoritu, a na to, aby pacientovy hodnoty a přesvědčení byly respektovány. Pacienti nebo jejich rodiče v případě PLDD vykazují různou míru schopnosti předkládaným informacím porozumět. Pacienty nebo jejich rodiče v případě PLDD proto zaměstnanci PZS informují podle jejich schopnosti informacím porozumět.
<b>Indikátory standardu</b>	<p>15.1 V PZS je prováděno sledování a vyhodnocování dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých a jsou přijímána opatření k odstranění zjištěných nedostatků.</p> <p>15.2 PZS má k dispozici psaná práva pacientů, dostupná pro pacienty.</p> <p>15.3 PZS má postup, jak každého pacienta, event. jeho rodiče v případě PLDD, při přijetí do péče a kdykoliv to situace vyžaduje vhodnou formou seznámit s jeho právy. O tomto seznámení je učiněn zápis do pacientovy dokumentace. V dokumentaci PLDD je zápis, kdo má právní odpovědnost za dítě.</p> <p>15.4 Pacienti a jejich rodiny jsou informováni dle jejich schopnosti informacím porozumět.</p> <p>15.5 PZS má postup, jak informovat pacienty a jejich rodiče v případě PLDD, kteří neovládají český jazyk nebo pacienty s komunikačními bariérami.</p>
<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– analýza vnitřních předpisů praxe,</li> <li>– psaná práva pacientů,</li> <li>– kontrola dokumentace pacientů,</li> <li>– rozhovory se zaměstnanci a pacienty.</li> </ul>
<b>Právní normy</b>	<p>Úmluva o lidských právech a biomedicině, zejm. čl. 5, Charta práv dítěte. Poučení a souhlas – ust. § 28 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.</p>

<b>Znění standardu 16</b>	<b>16. PZS respektuje právo pacienta nahlížet do zdravotní dokumentace, právo určit osobu nebo osoby, kterým mohou být poskytnuty informace, a zná náležitosti informovaného souhlasu.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	V českém právním řádu je zakotveno právo pacienta na informovaný souhlas a také ošetřeno, kdo, v jakém rozsahu a za jakých podmínek může do zdravotnické dokumentace (ZD) nahlížet.

<b>Účel a naplnění standardu</b>	<p>PZS zná náležitosti informovaného souhlasu a v případě potřeby použije písemnou formu. Ta pak splňuje všechny náležitosti dané legislativou. U poskytovatele zdravotních služeb v primární péči je možná, ale není obvykle poskytovaná péče, která pro pacienta představuje významnější riziko, a která by vyžadovala informovaný souhlas.</p> <p>PZS informuje pacienty o jejich právech v souvislosti s nahlížením osob do ZD a při přijetí do péče od pacientů vyžaduje souhlas s nahlížením do ZD jinými osobami než zaměstnanci PZS (stážisté, studenti). Při přijetí do péče vyžaduje od pacienta určení osoby/osob, kterým mohou být poskytovány informace o jeho zdravotním stavu.</p>
<b>Indikátory standardu</b>	<p>16.1 Zaměstnanci PZS znají pravidla, kterými se řídí v případě žádosti pacientů nahlížet do ZD.</p> <p>16.2 PZS poskytuje při přijetí do péče pacientům formulář, ve kterém určují osobu/osoby, kterým mohou být poskytnuty informace.</p> <p>16.3 PZS stanovuje seznam výkonů, pro které připadá v úvahu informovaný souhlas, u dětí eventuálně souhlas jednoho či obou rodičů.</p> <p>16.4 PZS zná pravidla ošetření dětí v nepřítomnosti rodiče nebo zákonného zástupce.</p>
<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– rozhovory s pracovníky PZS,</li> <li>– rozhovory s pacienty,</li> <li>– kontrola zdravotnické dokumentace pacientů,</li> <li>– kontrola vnitřního předpisu*.</li> </ul>
<b>Právní normy</b>	<p>Článek 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně – Obecné pravidlo: Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.</p> <p>Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.</p> <p>Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.</p> <p>Další specifikace v §§ 28, 65, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a ve vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.</p>

## VI. Standardy podmínek poskytované péče

<b>Znění standardu 17</b>	<p>17. Zdravotnické zařízení PZS je uspořádáno ve shodě s příslušnými stavebními a hygienickými předpisy (ČSN) a dodržuje obecně závazné předpisy, směrnice (instrukce) a metodické listy vydané v resortu zdravotnictví ČR. Umožňuje bezbariérový přístup všem pacientům a je uspořádáno tak, aby poskytovalo dostatečné zázemí pacientům. PZS registruje jednotlivosti, které aktuálním normám nevyhovují.</p>
-----------------------------------	--



<b>Účel a naplnění standardu</b>	PZS naplní tento standard pokud prokáže, že stavební a provozní uspořádání odpovídá daným normám a existuje funkční systém zapracování obecné a oborové legislativy do vnitřních předpisů praxe a příslušná legislativa se dodržuje. PZS pravidelně školí své zaměstnance o požární bezpečnosti a všichni znají své povinnosti v případě požáru či nutné evakuace PZS.
<b>Indikátory Standardu</b>	17.1 PZS má k dispozici zřizovací listinu/statut a doklady nutné k registraci. 17.2 PZS má k dispozici schválený provozní řád, se kterým jsou seznámeni všichni zaměstnanci, a výsledky proběhlých kontrol orgánů veřejného zdraví. 17.3 Pokud některá pracoviště PZS nebo jednotlivosti nevyhovují stavebním či hygienickým předpisům, předloží PZS při zahájení akreditačního šetření seznam těchto nedostatků i s plánem nápravných opatření. 17.4 Zdravotnické zařízení PZS je dobře dostupné MHD nebo autem (např. parkování). 17.5 Zdravotnické zařízení PZS je bezbariérové. 17.6 PZS má požární, havarijní a evakuační řád a personál je s ním seznámen. 17.7 PZS pravidelně kontroluje dodržování stavu protipožární ochrany v souladu s příslušným zákonem.
<b>Způsob Kontroly</b>	– doklady o vzniku PZS a podmínkách poskytování péče, – provozní řád, – zápisy z kontrol pracoviště, – kontrola pracoviště, – posouzení místní situace, – pohovory s členy týmu PZS.
<b>Právní normy</b>	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách., vyhl. č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

<b>Znění standardu 18</b>	<b>18. PZS má zavedený postup pro udržování a kontrolu správné funkce a bezpečnosti zdravotnických i nezdravotnických přístrojů a tento postup dodržuje.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	PZS naplní tento standard v případě, že bude dodržovat postup pro udržování a kontrolu funkce a bezpečnosti přístrojů, včetně zapojení do systému externí kontroly kvality (POCT laboratorní přístroje) a periodické kalibrace (tonometry, EKG atd.). PZS naplní tento standard předložením seznamu přístrojů a jejich plánu údržby a kontrol.

<b>Indikátory standardu</b>	18.1 PZS má seznam přístrojů, které jsou začleněny do systému externí kontroly kvality a termíny periodických kontrol. Periodické kontroly probíhají. 18.2 PZS má seznam přístrojů, které vyžadují údržbu, kontrolu bezpečnosti a/nebo kalibraci a termíny periodických kontrol. Periodické kontroly probíhají.
<b>Způsob kontroly</b>	– seznamy přístrojů a termíny kontrol, – doklady o externí kontrole POCT techniky, – doklady o údržbě, kontrole a/nebo kalibraci přístrojů, – kontrola pracoviště.
<b>Právní normy</b>	Nakládání se zdravotnickými prostředky stanoví zákon č. 123/2000 Sb. , o zdravotnických prostředcích, relevantní je dále vyhláška MZ č. 11/2005 Sb., kterou se stanoví druhy zdravotnických prostředků se zvýšeným rizikem pro uživatele nebo třetí osoby a o sledování těchto prostředků po jejich uvedení na trh.

## VII. Standardy managementu

<b>Znění standardu 19</b>	<b>19 Vedoucí pracovník PZS vydává organizační řád PZS, ve kterém jasně definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti a rozsah pravomocí jednotlivých pracovníků.*</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	Struktura PZS, tedy vztahy nadřízenosti a podřízenosti, je jasně definována v organizačním řádu PZS, nejlépe pak graficky znázorněna v přiloženém diagramu. Organizační řád PZS jasně definuje pravomoci a povinnosti jednotlivých vedoucích pracovníků nebo jejich skupin. Organizační řád PZS jasně definuje formy vertikální i horizontální komunikace mezi jednotlivými funkčními skupinami pracovníků. Jsou vymezeny především písemné formy této komunikace (příkazy, směrnice, zápisy atd.) PZS přizpůsobuje svou organizační strukturu tak, aby stále co nejlépe splňovala potřeby komunity, které poskytuje zdravotní péči. Všechny strukturální a personální změny jsou reflektovány v organizačním řádu. Vedoucí pracovník PZS určí nejdelší časový interval, po který je organizační řád platný, aniž by byl revidován. PZS má k dispozici tabulku s přehledem pracovníků (viz příloha).

<b>Indikátory standardu</b>	19.1 V organizačním řádu PZS je definována její organizační struktura.* 19.2 V organizačním řádu PZS jsou definovány pravomoci a povinnosti vedoucích pracovníků.* 19.3 V organizačním řádu PZS jsou definovány formy komunikace.* 19.4 Organizační řád PZS je pravidelně aktualizován.*
<b>Způsob kontroly</b>	– revize písemných organizačních podkladů PZS, – pohovor s vedoucími pracovníky PZS, – posouzení provozu.
<b>Právní normy</b>	Nepřímo zák. č. 262/2006 Sb., zákoník práce.
<b>Znění standardu 20</b>	<b>20. PZS má zajištěn zástup v době nepřítomnosti z důvodu dovolených, nemoci a kontinuálního vzdělávání, vnitřními personálními silami nebo ve spolupráci s partnerskými PZS. Pacienti PZS mají zajištěnou péči nebo mají včasné informace o tom, jak je zajištěna péče mimo ordinální hodiny PZS.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	Cílem standardu je zajištění kontinuity a dostupnosti péče v případě nepřítomnosti zdravotnických pracovníků PZS. Toto zajištění je schopno PZS zvládnout vlastními silami nebo ve spolupráci s partnerskými PZS formou zástupů. Tyto zástupy mohou mít formální nebo neformální charakter. Důležité je zajištění včasné informace registrované populaci PZS.
<b>Indikátory standardu</b>	20.1 Existuje systém zástupu PZS, např. formou spolupráce s partnerskými PZS. 20.2 Pacienti jsou informováni včas o zajištění zdravotní péče mimo ordinální hodiny místním i distančním způsobem.
<b>Způsob kontroly</b>	– informace pro pacienty (nástěnka, tabule, www stránky), – rozhovory s pacienty, – rozhovor s vedoucími pracovníky*, – psané dohody s partnerskými PZS.
<b>Právní normy</b>	Metodika VZP, ust. § 45, odst. 1, písm. e) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.
<b>Znění standardu 21</b>	<b>21 PZS dodržuje obecně závazné předpisy, směrnice (instrukce) a metodické listy vydané v resortu zdravotnictví ČR a má stanovenou metodiku zapracování změn v oborové legislativě do fungování/vnitřních předpisů* PZS.</b>

<b>Účel a naplnění standardu</b>	Aby činnost PZS mohla probíhat v souladu s platnou legislativou, musí se orientovat v nových, aktualizovaných a doplněných zákonech, které se k její činnosti vztahují, a tyto změny promítat do svého fungování, případně do svých vnitřních předpisů.
<b>Indikátory standardu</b>	21.1 PZS prokáže, že má funkční systém získávání (např. formou Appelu) a zapracování obecných a oborových právních norem do fungování/vnitřních předpisů* PZS a že se normy dodržují. 21.2 Vedoucí pracovníci* tento systém umějí popsat a řadoví zaměstnanci jsou schopni prokázat, že jsou informováni o nových normách, které se vztahují k jejich kompetencím a pracovní náplni.
<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pohovor s vedoucími pracovníky PZS*,</li> <li>- revize písemných organizačních podkladů PZS,</li> <li>- dostupné zdroje informací (Appel),</li> <li>- rozhovory se zaměstnanci PZS,</li> <li>- posouzení provozu.</li> </ul>
<b>Právní normy</b>	<p>Provozovatel ZZ odpovídá za zaměstnance při výkonu jejich pracovní činnosti. Z hlediska právní ochrany ZZ je tedy žádoucí, aby všichni zaměstnanci byli prostřednictvím vnitřních předpisů seznamováni s povinnostmi vyplývajícími z aktuální legislativy.</p> <p>Interní řídicí pokyny ministerstva zdravotnictví vydávané jinak než formou obecně závazného právního předpisu nezakládají přímo práva a povinnosti jiným než přímo řízeným zdravotnickým zařízením. To se týká typicky směrníc a metodických listů MZ, které obecně závaznými právními předpisy nejsou; tyto předpisy mají proto charakter pouhých zásad či doporučení.</p> <p>Ohledně aplikace veškerých předpisů je třeba respektovat hierarchii právních norem, tedy ústavní zákony a mezinárodní smlouvy mají aplikační přednost před zákonem, který s nimi musí být v souladu. Podzákonné právní předpisy (vyhlášky, nařízení) musí být v souladu se zákony i nadzákonnými předpisy. Zmíněná doporučení, pokyny a interní směrnice MZ mohou být aplikovány pouze tehdy, nejsou-li v rozporu s kterýmkoliv obecně závazným právním předpisem. Nesoulad norem různé síly, zejména rozpor mezi nekvalitně připravenými resortními předpisy a doporučeními s moderní nadzákonnou úpravou patientských práv, je obvykle chybou zákonodárce. Zdravotnickému zařízení nicméně není dostatečnou obranou, hájí-li svůj protizákonný postup odvoláním na metodický pokyn či vyhlášku MZ či svůj postup v rozporu s Úmluvou o biomedicině či Listinou základních práv a svobod odkazem na zastaralý zákon.</p>

<b>VIII. Standardy péče o zaměstnance</b>	
<b>Znění standardu 22</b>	<b>22. PZS má personálně zabezpečené poskytování péče.</b> PZS má písemně vypracovanou náplň práce a kompetence pro všechny typy zaměstnanců. Je stanoven počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky.*
<b>Účel a naplnění standardu</b>	<p>V návaznosti na poslání PZS, spektrum a rozsah poskytované péče a potřeby pacientů a jejich blízkých, stanoví vedoucí pracovník* počty potřebného personálu, jejich požadovanou kvalifikaci a náplň práce a kompetence každého zaměstnance. V souladu s takto stanovenými personálními požadavky přijímá a zapracovává nové zaměstnance. Zaměstnancům jsou poskytnuty podmínky k tomu, aby se mohli dále profesně rozvíjet. K tomu je stanoven plán rozvoje kvalifikace personálu.</p> <p>Práce každého zaměstnance je písemně hodnocena po jeho zapracování a dále pravidelně v intervalu nejméně jednou za dva roky*.</p> <p>Noví zaměstnanci, zastupující lékaři, stážisté nebo studenti představují riziko, neboť ještě nemají dostatečné znalosti a neorientují se v činnostech, které jsou v PZS považovány za rutinní. Toto prostředí představuje prostor pro vznik pochybení.</p> <p>PZS zapracovává nové zaměstnance tak, aby byla minimalizována možnost pochybení. PZS má zpracovaný adaptační proces, minimálně formou pracovní náplně, do které jsou průběžně doplňovány průběžně získávané kompetence zaměstnance. Zaměstnanec pracuje pod dohledem kompetentní osoby tak, jak je stanoveno zákonem.</p> <p>V případě, že PZS sjednává zástup, je takovýto zástup ošetřen smlouvou a zastupující lékař musí být schopen práci vykonávat tak, aby byly splněny všechny příslušné standardy.</p> <p>PZS má vytvořen vnitřní předpis, ve kterém je ošetřen adaptační proces nových zaměstnanců/stážistů.</p>
<b>Indikátory standardu</b>	<p>22.1 PZS má pravidla zapracování nových zaměstnanců při jejich zařazení na pracovní místo, pro zastupování, působení stážistů a studentů a jejich zapojování do poskytování péče (pokud je to relevantní).</p> <p>22.2 PZS má zpracovány popisy pracovních činností a kompetence jednotlivých zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka.</p>

<b>Indikátory standardu</b>	<p>22.3 Náplň práce a kompetence zaměstnanců souhlasí se skutečností.</p> <p>22.4 PZS má stanovena pravidla celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků. Vzdělání a školení je poskytováno jak v rámci praxe, tak mimo ni, na akreditovaných akcích kontinuálního vzdělávání.</p> <p>22.5 Práce každého zaměstnance je hodnocena písemně po jeho zapracování a dále pravidelně v intervalu nejméně jednou za dva roky.*</p>
<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- analýza personálních složek zaměstnanců,*</li> <li>- pracovní náplně zaměstnanců,</li> <li>- pravidla pro stážisty a studenty,</li> <li>- pohovor s vedoucím pracovníkem,</li> <li>- rozhovor se zaměstnanci.</li> </ul>
<b>Právní normy</b>	<p>Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, zákon č. 95/2004 Sb., zákon č. 96/2004 Sb., zák. č. 262/2006 Sb., zákoník práce, vyhl. č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb</p>

<b>Znění Standardu 23</b>	<p><b>23. PZS má vypracován plán zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance.</b></p>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	<p>Cílem standardu je snižovat bezpečnostní riziko související s poskytováním zdravotní péče pro pacienty i poskytovatele.</p> <p>Ve zdravotnickém zařízení PZS je třeba účinně zamezovat vzniku a přenosu nozokomiálních infekcí a chránit tak pacienty i personál PZS. Samotní zaměstnanci PZS se musejí chránit před poraněními a infekcemi spojenými s některými pracovními postupy. PZS má vytvořena pravidla protiepidemických opatření, a případně s tím související vybavení ochranným oděvem a pomůckami. Předpis dále stanoví povinné ochranné pomůcky u rizikových činností (manipulace s biologickým materiálem, manipulace s chemickými látkami atd.) Předpis může být součástí vnitřního řádu.</p>
	<p>23.1 PZS má zaveden program zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance, jehož součástí je zejména identifikace rizikových míst a činností z hlediska bezpečnosti pacientů a zaměstnanců.</p>

<b>Indikátory standardu</b>	23.2 PZS má stanoven způsob zajištění elektrické energie, pitné vody a medicijnálních plynů, a to jak v obvyklém režimu dodávek, tak při přerušení dodávek. 23.3 PZS definuje povinné ochranné pomůcky a rizikové postupy v daném PZS. 23.4 Směrnice jsou personálem PZS dodržovány.
<b>Způsob kontroly</b>	– posouzení písemných podkladů, – posouzení provozu, – rozhovor se zaměstnanci, – kontrola bezpečnostních pomůcek.
<b>Právní normy</b>	Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, zák. č. 262/2006 Sb., zákoník práce.

<b>Znění standardu 24</b>	<b>24. PZS sleduje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců.</b>
<b>Účel naplnění standardu</b>	Sledování spokojenosti zaměstnanců a systematické odstraňování zjištěných nedostatků patří k základním pilířům personálního řízení PZS. PZS sleduje spokojenost zaměstnanců pravidelně. Vhodné je použít dotazníkovou formu měření, která umožňuje statistické zpracování dat a určování trendů. Zároveň je dobré dát zaměstnancům příležitost slovního vyjádření. Sledování spokojenosti je anonymní.*
<b>Indikátory standardu</b>	24.1 U PZS existuje způsob zjišťování spokojenosti zaměstnanců.
<b>Způsob kontroly</b>	– posouzení písemných podkladů, – rozhovor se zaměstnanci.

### **IX. Standardy pro sběr a zpracování informací**

<b>Znění standardu 25</b>	<b>25. PZS má stanovené interní postupy pro vedení zdravotnické dokumentace (ZD). ZD je vedena dle platné legislativy. Obsahuje náležitě osobní údaje k jednoznačné identifikaci pacienta, anamnestické údaje, dg. souhrn a zápisy o jednotlivých epizodách péče.</b>
---------------------------	---

<p><b>Účel a naplnění standardu</b></p>	<p>Zdravotní dokumentace (ZD) musí obsahovat všechny relevantní informace k zajištění kontinuity péče a mezioborové spolupráce, a to jak v rámci pracoviště (lékař – sestra, lékař – lékař), tak mezi jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb (odeslání do péče, žádost o vyšetření, předání pacienta do péče...). Průkaznost dokumentace je důležitá i pro možnost zpětné rekonstrukce poskytnuté péče, pro potřebu PZS, posudkovou činnost nebo při soudních sporech.</p> <p>PZS zavede způsob pravidelné kontroly a pravidelně vyhodnocuje výsledky kontrol ZD, s výsledky pracuje a jednotlivá pracoviště jsou průběžně informována o výsledcích takové kontroly.*</p> <p>PZS zajistí nakládání se zdravotnickou dokumentací, které odpovídá legislativním požadavkům: PZS zajistí ZD před nepovolanými osobami, poškozením, ztrátou nebo zničením a ukládá ji dle stanovených lhůt. Zabezpečení ZD pacienta se týká i její elektronické formy. V případě vedení dokumentace v elektronické formě je třeba ji pravidelně zálohovat.</p> <p>Pro poskytování péče je nutné, aby ZD pacienta byla vždy dostupná všem kompetentním osobám v PZS, které poskytují péči pacientovi. Dokumentace obsahuje základní osobní a anamnestické údaje pacienta, kontakt na něj, případně na jiné osoby, aktuální diagnostický souhrn a pravidelnou medikaci. Zápis epizody péče má náležitou strukturu: subjektivní potíže – objektivní nález – vyhodnocení (pracovní diagnóza) – opatření (diagnostika, léčba) – plán. Ordinované léky a jiné léčebné metody jsou řádně zdokumentovány.</p> <p>Poskytuje-li u PZS péči pacientovi více lékařů či sester, jsou všechny aktivity a zjištění zaznamenávány do jednotné dokumentace a ze zápisu je možné identifikovat poskytovatele péče.</p> <p>Preventivní prohlídky jsou řádně zdokumentovány a svým obsahem odpovídají normám.</p> <p>Všichni pacienti, kteří jsou v PZS dlouhodobě registrováni, mají vyhotovenou souhrnnou zprávu, která obsahuje minimálně všechny významné diagnózy, lékové alergie, současnou medikaci a údaje o všech proběhlých chirurgických výkonech a hospitalizacích, zpravidla v rámci periodické preventivní prohlídky.</p> <p>Jestliže pacient přechází do péče jiného PZS (registruje se u jiného PL), PZS pacientovi předá kompletní zprávu, která obsahuje všechny relevantní údaje o jeho zdravotním stavu; minimálně anamnézu, diagnostický souhrn, užívané léky. Ve vnitřním předpisu jsou jasně stanovena pravidla pro vedení dokumentace a odpovědnost jednotlivých pracovníků respektující příslušné relevantní zákonné a podzákonné normy. Praxe prokáže, jakým způsobem identifikuje pacienty (systém identifikace), a to jak při osobních, tak telefonických konzultacích.</p>
---	--



<b>Indikátory standardu</b>	<p>25.1 PZS má stanoveny a dodržuje zásady vedení ZD v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování péče a organizační strukturu PZS.</p> <p>25.2 PZS má stanoveny a dodržuje zásady pro nahlížení do ZD v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování péče.</p> <p>25.3 PZS má stanoveny a dodržuje postupy při ukládání ZD a její ochraně před zneužitím, ztrátou nebo poškozením.</p> <p>25.4 ZD obsahuje osobní údaje k identifikaci pacienta, potřebné kontakty, anamnestické údaje, dg souhrn, pravidelnou medikaci a zápisy o jednotlivých epizodách péče.</p> <p>25.5 Zápis epizody péče je čitelný a odpovídá požadované struktuře.</p> <p>25.6 Ze zápisu ve ZD je možno identifikovat poskytovatele péče.</p> <p>25.7 Elektronicky vedená dokumentace je systematicky zálohována.</p> <p>25.8 PZS má zavedený systém dokumentace preventivních prohlídek.</p> <p>25.9 Praxe má zaveden a dodržuje postup pro jednoznačnou nezaměnitelnou identifikaci pacientů.</p>
<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- posouzení dokumentace podle náhodného výběru,</li> <li>- zálohování ZD,</li> <li>- rozhovor se zaměstnanci.</li> </ul>
<b>Právní normy</b>	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, vyhl. č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.
<b>PLDD</b>	Beze změny.

<b>Znění standardu 26</b>	<b>26. PZS poskytuje pravidelně, včas a kvalitně podklady orgánům státní správy a statistiky za účelem analýzy a možnosti srovnávání jednotlivých poskytovatelů. PZS shromažďuje informace o počtu pacientů, diagnózách a výkonech ve stanovené struktuře a využívá je pro vlastní potřebu i pro statistické účely, případně informační systémy v péči o zdraví.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	PZS sbírá a zasílá požadovaná data orgánům státní správy. PZS sbírá data o pacientech, diagnózách a výkonech pro řízení praxe a porovnávání s jinými praxemi.
<b>Indikátory standardu</b>	<p>26.1 PZS poskytuje dle požadavků včasně a kvalitně podklady orgánům státní správy a statistiky za účelem analýzy a možnosti srovnávání jednotlivých poskytovatelů.</p> <p>26.2 PZS shromažďuje data o počtech pacientů, poskytované léčebně preventivní péči, výkonech a tato data využívá k vyhodnocování své činnosti a řízení praxe.</p>

<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- analýza písemných podkladů, event. elektronických dat,</li> <li>- analýza kopií dokumentů předaných ÚZIS,</li> <li>- pohovor s vedením nebo zaměstnanci PZS.</li> </ul>
<b>Právní normy</b>	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů.
<b>PLDD</b>	Beze změny.

## X. Standardy protiepidemických opatření

<b>Znění standardu 27</b>	<b>27. PZS hlásí výskyt infekcí a chorob, pro které platí povinné hlášení dle platné legislativy. Ve zdravotnickém zařízení PZS jsou dodržovány zásady hygieny rukou.</b>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	<p>PZS tento standard naplní řádným hlášením infekčních chorob v souladu s platnými právními předpisy a dodržováním protiepidemických opatření.</p> <p>PZS dbá na správnou hygienu rukou.</p> <p>V PZS je určena minimálně jedna osoba, která koordinuje veškerá opatření související s přenosem infekcí, informuje zaměstnance, event. vytváří metodiky pro snižování výskytu infekcí.*</p>
<b>Indikátory standardu</b>	<p>27.1 PZS zasílá povinná hlášení infekčních nemocí.</p> <p>27.2 Zaměstnanci PZS znají a dodržují zásady hygieny rukou.</p> <p>27.3 U PZS je určena minimálně jedna osoba, která koordinuje veškerá opatření související s přenosem infekcí.*</p>
<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- analýza vnitřních předpisů,</li> <li>- kontrola příslušných tiskopisů/e-formátů,</li> <li>- místní šetření,</li> <li>- pohovor s epidemiologem či osobou s podobnou náplní práce.</li> </ul>
<b>Právní normy</b>	Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.
<b>PLDD</b>	Beze změny.

<b>Znění standardu 28</b>	<b>28. PZS a jeho zaměstnanci znají a dodržují postup při manipulaci s biologickým materiálem, jeho skladování a likvidaci, včetně likvidace používaných pomůcek.</b>
<b>Naplnění standardu</b>	PZS naplní tento standard zapracováním postupu manipulace s biologickým materiálem, jeho skladování a likvidace, včetně likvidace používaných pomůcek do provozního řádu a jeho dodržováním.
<b>Indikátory standardu</b>	28.1 PZS má provozní řád, který uvedenou problematiku v celém rozsahu řeší. 28.2 Provozní řád je dodržován.
<b>Způsob kontroly</b>	– analýza vnitřních předpisů, – zápis hygienické kontroly pracoviště, – doklady o likvidaci biologického materiálu, – kontrola pracoviště.
<b>Právní normy</b>	Zák. č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví., zák. č. 185/2001 Sb., o odpadech.
<b>PLDD</b>	Beze změny.

### **XI. Standardy komunitní péče**

<b>Znění standardu 29</b>	<b>29. PZS spolupracuje v rámci komunity a koordinuje své služby s ostatními organizacemi v komunitě.</b>
<b>Naplnění standardu</b>	Všeobecná praxe je autonomním článkem v systému zdravotní péče, nejčastěji se samostatnou registrací a smlouvami se zdravotními pojišťovnami. Nemůže ovšem plnit optimální roli v rámci komunitní péče, aniž by spolupracovala s ostatními institucemi a organizacemi v místě svého působení. Tato spolupráce může být různě vyjádřena podle regionálních a místních podmínek. Příklady spolupracujících složek: – zastupitelstvo, – zdravotní rada, – odbor zdravotní a sociální péče, – ústav sociální péče a příslušní poskytovatelé, pečovatelská služba, – agentury domácí péče, – školy mateřské, základní, střední, učňovské.

<b>Indikátory standardu</b>	29.1 PZS má seznam spolupracujících subjektů a kontakty na ně. 29.2 PZS může doložit příklady komunitní spolupráce. 29.3 PZS se podílí na zdravotně výchovné činnosti v komunitě.
<b>Způsob kontroly</b>	– analýza písemných nebo elektronických dokumentů, – rozhovory se členy týmu, – rozhovory se spolupracovníky v komunitě.
<b>Právní normy</b>	Zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

## **XII. Standardy kvality spolupráce se zdravotními pojišťovnami**

<b>Znění standardu 30</b>	<b>30. PZS využívá ke zkvalitnění léčebné a preventivní péče informací zdravotních pojišťoven (ZP) o své činnosti.</b>
<b>Indikátory standardu</b>	30.1 PZS zná kriteria ZP pro sledování efektivity poskytování péče. 30.2 PZS má přehled o aktuálních smlouvách se ZP a dodacích. 30.3 PZS zná svoji nákladovost za určité období (indukovaná péče, využití komplementu, preskripce, apod.) při poskytování zdravotní péče. 30.4 PZS má přehled o bonifikaci nebo regulaci od ZP. 30.5 PZS eviduje vlastní opatření přijatá na základě analýz dat poskytnutých ZP.
<b>Kontrola zabezpečení ve PZS</b>	– data z vlastního softwaru, – kontrola dokumentace od ZP, – zápisy z porad, – rozhovory se členy týmu.
<b>Právní normy</b>	Metodika VZP, Akord, Kapka života.

Fakultativní přílohy k akreditaci.	
Příkládají se, jen pokud PZS dané aktivity realizuje.	
F-Příloha 1: Seznam výkonů, které PZS provádí nad rámec obligatorních výkonů všeobecného praktického lékaře, případně praktického lékaře pro děti a dorost a jejich počet za rok	
Výkon	Oddíl 1.01 Počet
F-Příloha 2: Pedagogická činnost	
Pedagogické zkušenosti (uvedte např. počet studentů nebo lékařů v předatestační přípravě, kteří byli školeni u PZS)	
F-Příloha 3: Seznam výzkumných projektů a odborných aktivit, na kterých se pracoviště hodnoceného PZS podílí/podílelo, včetně publikační činnosti	
Jméno řešitele + pracoviště	Název

## Příloha 1

# 4 Kvalita poskytované péče a bezpečí pacientů

Pracovní skupina QIFM (The WONCA Working Party on Quality Improvement in Family Medicine) stanovila následující definici kvality pro všeobecné praktické/rodinné lékařství: **Dosažení nejlepších možných zdravotních výstupů, při vynaložení dostupných prostředků, které odpovídají hodnotám a preferencím pacienta.**

Tato definice nepracuje s nereálným uspokojováním očekávání a potřeb pacientů. Je orientovaná jak na výsledek, tak i na způsob poskytování péče, její efektivitu, a to v plném respektu k pacientovi jako klientovi. Respektuje to, co nelze postihnout v žádném standardu péče a co je tak obtížně hodnotitelné. To, že péče poskytovaná VPL, byť podložená medicínskými důkazy, je péčí osobní, poskytovanou se zřetelem ke znalosti pacienta, jeho rodiny a prostředí, v celém bio-psycho-sociálním kontextu. Tato péče má své specifické charakteristiky, jakými jsou nevytříděný soubor případů, jiná senzitivita a specificita symptomů, jiné epidemiologické charakteristiky a poměrná rizika, rozdílné klinické přístupy.

Kvalita péče a bezpečnost pacientů ve všeobecném praktickém lékařství v sobě zahrnují nejen dobrou klinickou praxi a komplexní přístup k pacientům, ale také správné vedení zdravotní dokumentace, dostupnost lékaře v čase a prostoru, zajištění akutní péče v době mimo ordinanční hodiny, týmovou spolupráci, profesionalitu ve vztazích s kolegy i pacienty, výuku a výzkum v oboru a další oblasti. Aby lékař dostal současným vysokým nárokům na kvalitu, musí:

- mít dobré teoretické znalosti a praktické dovednosti ve svém oboru činnosti,
- v praxi respektovat doporučené diagnostické a léčebné postupy,
- při klinickém rozhodování vycházet z medicínských důkazů,
- provádět kontinuální klinický i organizační audit své praxe,
- sledovat a analyzovat nákladnost svých klinických postupů,
- mít na mysli spokojenost svých pacientů,
- pracovat celoživotně na svém plánu profesionálního rozvoje,
- vést stejně své spolupracovníky.

V České republice působí více jak 90 % poskytovatelů v primární péči na soukromé bázi. Na nich také leží odpovědnost za kvalitu poskytované péče. Na řízení kvality v procesu poskytování péče VPL se podílí Česká lékařská komora svou zákonnou odpovědností, metodická a revizní činnost pojišťoven, specialisté svým metodickým vedením v příslušných odbornostech a informovaný pacient svou zpětnou vazbou. Velký díl odpovědnosti za sebe přejímají organizace VPL (SVL ČLS JEP a SPL ČR), které pro tuto potřebu vytvářejí informační sítě a realizují program rozvoje systému regionálních center. Odborné společnosti pak zejména přísluší úloha mezioborové a mezinárodní spolupráce ve vzdělávání, rozvoji kvality a výzkumu, prosazování aktuálních klíčových témat, zajištění širokého portfolia námětů, příprava a odborná garance vzdělávacích akcí, jejich hodnocení a podpora metod a iniciativ na podporu a rozvoj kvality. Zajišťování kvality obsahuje kombinaci:

1. systematických nástrojů, vytvářejících rámec pro zajišťování kvality,
2. motivačních prvků, vytvářejících prostor pro kontinuální odborný i osobní rozvoj lékaře.

Až dosud nebyly až na výjimky (stížnosti, forenzní agenda, kontroly plátců) uplatňovány nástroje externí kontroly kvality. Nové právní úpravy, vstupující v platnost v roce 2012, zavádějí požadavky na systematické sledování kvality a bezpečnosti pacientů pro lůžková zařízení, včetně externí kontroly kvality. S ohledem na rostoucí důraz na bezpečnost pacientů lze do budoucna očekávat i jejich uplatnění v ambulantních zdravotnických zařízeních.

#### **4.1 Systematické nástroje rozvoje kvality**

Systematické nástroje kvality zahrnují normy a pravidla různé právní síly vytvářené státem, pojišťovny nebo ČLK a také odborná doporučení vytvářená organizacemi VPL. Patří mezi ně:

- zajištění dostatečné funkční sítě kvalifikovaných odborníků, kteří jsou řádně vybaveni a poskytují péči v zařízeních, které odpovídají daným normám,
- způsob poskytování zdravotní péče, který odpovídá současným poznatkům vědy, je kompetentní, relevantní stavu pacienta, řádně zdokumentovaný a efektivně využívá zdroje,
- hodnocení medicínského efektu poskytnuté péče a uspokojení potřeb a očekávání pacienta.

Systematické závazné strategie oboru všeobecného praktického lékařství jsou formulovány v:

- náplni základního (pregraduálního) lékařského vzdělávání,
- náplni vzdělávacího programu,

- legislativních normách a stavovských předpisech, které stanovují podmínky poskytování péče,
- definovaných úkolech a koncepci oboru, popisu práce, včetně požadavků na prevenci a dispenzarizaci vyjmenovaných chorob,
- požadavcích na kontinuální lékařské vzdělávání a jeho propojení s praxí,
- doporučených diagnostických a léčebných postupech,
- právech pacientů.

## 4.2 Motivace pro celoživotní profesionální rozvoj všeobecného praktického lékaře

Naše historická zkušenost potvrzuje, že pouze přístup shora dolů, tedy administrativní řízení kvality péče, je nedostatečné, neobsahuje-li systém dostatek motivačních prvků a nezahrnuje-li dobrovolné profesionální aktivity poskytovatelů.

**Praktičtí lékaři** jsou v praxi denně konfrontováni s nejrůznějšími klinickými problémy z celého spektra medicíny a sami si nejlépe uvědomují, kde jejich znalosti nejvíce zestárlý a kde je potřeba je doplnit. Je na nich, aby si vytvořili individuální plán systematického doplňování znalostí a dovedností, odpovídající potřebám jejich vlastní praxe. Někdy je potřeba některou z odborných činností praxe nejprve monitorovat, analyzovat a hledat cestu ke zlepšení. Může se jednat o vylepšení praxe samotné, organizaci činností, dělbu práce mezi sestrou a lékařem, zvaní pacientů, naplňování preventivních programů nebo může jít o implementaci aktuálních doporučených postupů, preskripci ATB, psychofarmak, atd. Účast na vzdělávací akci nebo setkáních s kolegy vyvolaná touto potřebou pak nejčastěji přinese efekt, zvláště pokud informace jsou rychle převoditelné do praxe. Největší motivaci má lékař k takovému vzdělávání, které přináší rozvoj kompetencí a má následný ekonomický dopad v praxi. Přání praktika být dobrý a zachovat si při vysokém tempu změn nejvyšší kompetenci k poskytování zdravotní péče je nejvýznamnějším motivačním faktorem pro vzdělávání.

**Zajišťování kvality** je souborem všech činností, při kterých jsou na základě vyhodnocování současné praxe plánovány a prováděny změny vedoucí ke zlepšení výsledků poskytované péče. V praxi se mohou uplatnit různé metody:

- **Cyklus kvality** je metodika práce jednotlivce nebo skupiny, která spočívá ve výběru a identifikaci problému, jeho analýze, sběru potřebných dat, stanovení cílů, v návrhu postupu změn, sledování podle ukazatelů a zhodnocení podle stanovených kritérií. Snaha o další vylepšení otevírá další cyklus.
- **Audit** je systematická kritická analýza různých aspektů (kvality) poskytované péče, na jejímž základě lze plánovat změny k vyšší kvalitě. Je určena pro samohodnocení nebo externí zhodnocení činnosti praxe, její organizace, užívaných klinických postupů a výstupů péče. Auditu lze podrobit organizaci činností v praxi, např. úroveň zdravotní dokumentace nebo rušivé telefony během konzultace. Námětem klinické-



ho auditu může být např. péče o pacienty s astmatem nebo indikace ATB u infekcí horních cest dýchacích. Lékař může provést výše popsanou metodou audit spokojenosti svých pacientů, stejně tak jako auditem analyzovat svoje vlastní uspokojení, např. před a po zavedení některé organizační nebo odborné změny.

- **Peer review** je dobrovolné hodnocení kvality celé praxe nebo některé její dílčí činnosti skupinou kolegů (týmem v případě týmové praxe), kterou obvykle vede zkušený a proškolený lékař. Cílem hodnocení je porovnat různé aspekty praxe s existujícími standardy obecnými, organizačními, příp. odbornými, provést hodnocení a na tomto základě pak plánovat změny k lepšímu.

Popsané metody se u nás uplatňují v dílčích projektech. Lékaři, kteří ještě docela nedávno získali svou nezávislost, nejsou nakloněni otevřít dobrovolně své praxe pro peer review, ani nejsou zvyklí provádět formální audit svých činností. Starší kolegy ještě straší vzpomínky na kontrolní systémy kvality v bývalých OÚNZ. Na mnoha místech republiky ale běžně probíhají pravidelná méně či více formální setkávání lékařů v **malých skupinách**, kde jsou řešeny otázky kvality a neformální audit klinický i organizační se stále více uplatňuje jako cesta k profesionálnímu úspěchu i ekonomické prosperitě praxe.

Silným motivačním prvkem v práci VPL je možnost pracovat nezávisle. Na podporu kvality mohou směřovat od plátců k poskytovatelům různé ekonomické stimuly (bonifikace). Zároveň musí být posilována motivace společenská a profesionální. Ta je dána především možností **celoživotního profesionálního rozvoje VPL**, který zahrnuje všechny atributy moderní lékařské disciplíny, tj. kvalitní pregraduální a postgraduální příprava, možnost rozvoje kompetencí, možnost uplatnění v profesních či odborných organizacích, pedagogická činnost (školitelé, učitelé, lektori kontinuálního vzdělávání), relevantní metody hodnocení a zvyšování kvality, vědecko-výzkumná činnost, teorie a koncepce oboru a mezinárodní spolupráce. Nelze vykládat tak, že všichni VPL musí být výzkumníky publikujícími v impaktovaných časopisech a pedagogy vyučujícími na univerzitách. Na druhou stranu, jestliže VPL dosahuje vysoké kvality poskytované péče, pak je přirozené a potřebné, aby své kompetence a zkušenosti předával, ať už studentům lékařských škol nebo mladým adeptům oboru. A konečně, každý VPL by měl být schopen podívat se na péči, kterou poskytuje, prostřednictvím dat, která sám produkuje a které jsou jen jemu dostupná, případně se podílet na sběru dat a výzkumech, která pomáhají rozvíjet všeobecné praktické lékařství jako vědeckou disciplínu. Jinými slovy, v každém VPL by měla být část učitele a vědce.

### 4.3 Spokojenost pacientů jako indikátor kvality

Kvalita péče je dána nejen respektováním lékařských a profesionálních standardů, ale i respektováním hodnot, potřeb a přání pacienta, individualizací péče. Neporozumění občana moderní medicíně vede k její iracionální spotřebě na straně jedné nebo k odklonu k alternativním metodám nebo nesprávnému užívání volně dostupných pro-

středků léčby na straně druhé. V primární péči, která je velmi osobní, je pacient odkázán na komunikaci s lékařem a jeho sestrou, která nemusí být vždy optimální. Svobodná volba lékaře a zařízení má svoje limity. Jak je tedy na tom pacient, jak vnímáme jeho potřeby a je spokojenost pacienta pro nás významným výsledkem péče?

Spokojenost pacientů je významným aspektem hodnocení jak procesu poskytování péče, tak výstupu poskytované péče. Hodnocení lékaře pacientem má zásadní podíl na celkovém hodnocení kvality poskytované péče a praktickému lékaři může poskytnout významnou zpětnou vazbu pro jeho práci.

Michael Wensing (Nizozemí) publikoval výsledky systematické analýzy 57 studií spokojenosti pacientů s lékaři primární péče. Nejvíce hodnocené položky byly:

- lidský přístup,
- kompetence/preciznost,
- zahrnutí pacienta do rozhodovacího procesu,
- dostatek času na pacienta,
- dostupnost/přístup.

K získání informací o spokojenosti pacientů s péčí poskytovanou všeobecným praktickým lékařem mohou autoři doporučit mezinárodně testovaný a do češtiny přeložený dotazník EUROPEP. Dotazník vychází z toho, že z hlediska kvality poskytované péče jsou znalost a respektování hodnotových žebříčků pacientů stejně významné jako znalost odborných medicínských postupů. Dotazník se skládá z 23 otázek, podle kterých pacient hodnotí svého praktického lékaře podle zkušeností z posledních 12 měsíců s ohledem na to, zda mu poskytuje dostatek času v ordinaci, projevuje zájem, nechává ho dlouho čekat v čekárně, je důkladný, dá se mu dovolat telefonem, dá se u něj objednat, atd. ve škále možností od špatný-spíše špatný-neutrální-spíše dobrý-dobry, event. může použít i odpověď nevím. Dotazník je určen pro pacienty starší 18 let, kteří jsou schopni porozumět dotazníku.

Vhodné je periodické hodnocení, při kterém je dotazník vydáván v ordinaci praktickými lékaři nebo jejich sestrami všem pacientům, přicházejícím postupně do praxe od určitého data. Pacienti vyplňují dotazník anonymně, a buď jej odevzdávají v ordinaci, nebo odesílají v připravené obálce do vyhodnocovacího centra.

Dotazník může do budoucna být dobrým nástrojem pro periodický audit spokojenosti pacientů. Audit spokojenosti se může stát součástí protokolu hodnocení dobré praxe pro dobrovolné zájemce z řad praktických lékařů, ale může být i systematicky využíván, stejně jako v některých evropských zemích, při akreditačním procesu.

#### **4.4 Pochybení ve všeobecné praxi**

Lékaři ani ostatní pracovníci ve zdravotnictví se při poskytování péče nemohou zcela vyhnout neočekávaným událostem a pochybením. Je celosvětovým trendem o těchto

situacích hovořit a hledat opatření k jejich prevenci, což souvisí s globálními snahami zabezpečit bezpečí pacientů, a zkvalitnit poskytovanou péči. Náklady na pochybení zdravotníků narůstají. Jedná se jak o přímé finanční náklady na zdravotní péči, tak o nepřímé náklady na občany ve formě pokračující neschopnosti a různých sociálních dávek.

Navíc je zde cena lidská, kterou je třeba vzít v úvahu. Pacienti trpí bolestí, neschopností, pokračující léčbou a celou řadou psychologických obtíží v důsledku stresu a deprese z onemocnění. Jejich život, rodinné vztahy a sociální a pracovní vazby jsou tím ovlivněny.

Rovněž je třeba zvážit dopady na zdravotní profesionály. Ti mohou zažít pocity studu, viny a stresu po profesionální chybě, což vede ke snížení efektivity jejich práce a snížení sebedůvěry. Tyto pocity se navracují, když si pacienti stěžují, zvláště když stížnost vede k disciplinárnímu trestu.

V současnosti převažuje výzkum lékařských pochybení z nemocnic. To však ignoruje skutečnost, že většina kontaktů s pacienty a zdravotní péče se odehrává v primární péči, kde rovněž může dojít k pochybení, a v důsledku toho k poškození pacientů. Toto nebezpečí se ještě zvyšuje v současnosti, kdy se péče o pacienty v primární praxi stává komplexnější.

Sledování a hodnocení lékařských omylů je nepochybně jednou z možných cest, jak zvyšovat kvalitu a efektivitu péče. Zásadně nesmí jít o postupy, které by lékaře demotivovaly, nebo by dokonce vedly k jejich postihu. Ze zahraničních i domácích studií víme, že v primární péči dochází nejčastěji k chybám v léčbě a administrativě, poměrně časté jsou i chyby zaviněné nedorozuměními (špatnou komunikací). Překvapivě častá jsou však pochybení diagnostická, naopak relativně zřídka jsou chyby v klinických dovednostech.

Aby bylo možné pochybení systematicky sledovat a třídít, byla přijata jednotná klasifikace, která rozděluje pochybení na „procesní chyby“ a „znalosti, dovednosti“:

### **1. Procesní chyby**

- 1.1 Administrativa
- 1.2 Vyšetření
- 1.3 Léčba
- 1.4 Komunikace
- 1.5 Platba
- 1.6 Personál

### **2. Znalosti a dovednosti**

- 2.1 Provádění klinických povinností
- 2.2 Chybná diagnóza
- 2.3 Chybná terapie

Uvedená klasifikace také napomáhá národnímu i mezinárodnímu porovnání četností a povahy chyb. Cílem sledování a hodnocení pochybení je zejména:

- Zvýšit počet hlášení lékařských pochybení zdravotnickými profesionály a vytvořit národní a celoevropský systém, který vytvoří vzor pro hlášení a podpoří informovanost o problému do budoucna.
- Vytvořit mnohostranný přístup k analýze lékařských omylů, který povede k pochopení příčin a důvodů jejich vzniku.
- Definovat rozdíly v typech omylů, které se stávají v lékařské péči v Evropské unii.
- Sdílet informaci o strategiích, které užívají poskytovatelé zdravotní péče, aby se pochybení nestávala.
- Snížit incidenci pochybení cestou tvorby testů, výchovy a strategií, které budou založeny na důkazech z praxe.
- Identifikovat a rozšiřovat standardy (péče) v praxích a monitorovat efekt strategií a výchovných postupů vedoucích ke snížení pochybení v lékařské péči.

#### 4.5 Přínos sledování a hodnocení lékařských chyb

**Na úrovni státu:** Je naděje, že aktivním sledováním svých pochybení bychom mohli nejen zmodernizovat náš (neexistující) systém hlášení pochybení, ale přiblížit jej celoevropským standardům.

**Na úrovni praxí:** Zamyšlení se nad vlastními chybami je polovina cesty k nápravě. Zpětná vazba o chybách, které udělali kolegové, může upozornit na vlastní nedostatky a vést k prevenci. Nejdůležitější je upřímná snaha a zbavení se falešného studu. Chybovat je lidské!

Je třeba vytvářet nejrůznější nástroje, které motivují lékaře ke kritičtějšímu přístupu ke své práci, snaze se zlepšit, a tím odstraňovat možnost poškození pacienta. Je to cesta ke zvýšení kvality péče o pacienta, oboustranné spokojenosti lékaře i jeho klienta. Mnohdy tyto snahy vyústí ve zvýšení efektivity práce, ať již ve smyslu odborném, ale někdy i ekonomickém.

Prevence lékařských pochybení je jak cestou ke zvýšení kvality poskytované péče a zvýšení bezpečnosti péče pro pacienta, ale i možností zefektivnění práce v primární péči.

#### 4.6 Akreditace v primární péči

Akreditace je podle definice Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) veřejné oficiální uznání národním zdravotnickým akreditačním orgánem, konstatujícím, že zdravotnické zařízení splnilo akreditační standardy. Uznání je dosaženo nezávislým, odborným, externím hodnocením úrovně výkonnosti organizace. Základní mezinárodní akreditační principy definované ISQua a Světovou zdravotnickou organizací (WHO) mají být rozpracovány do podoby akreditačních standardů jednotlivých zemí a stanovují pro zdravotnická zařízení plnění následujících požadavků:

- zaměření na klienta a respektování jeho práv,
- odpovědnost poskytovatele za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování,

- optimální využívání zdrojů,
- řízení rizik,
- řízení organizace,
- strategické plánování,
- kontakt s ostatními poskytovateli zdravotní péče v příslušném regionu.

Tyto principiální požadavky platí v primární péči stejně jako v ostatních segmentech systému péče o zdraví. ISQUA stanovila rovněž řadu zásad a požadavků pro zajištění odborné způsobilosti akreditačního orgánu a možnost napojení do mezinárodního akreditačního systému. Tyto zásady jsou vymezeny i v naší nové zdravotnické legislativě. Požadavky na způsob, postupy a personální zabezpečení hodnocení kvality a bezpečí jednodenní, lůžkové a ambulantní péče určuje vyhláška MZ ČR o hodnocení kvality a bezpečí pacientů.

V České republice je akreditace vnímána především v souvislosti s oprávněním pro poskytování specializačního vzdělávání. Podle zákona č. 95 z roku 2004 byla vytvořena Akreditační komise pro obor všeobecné praktické lékařství a byly akreditovány stovky školicích pracovišť všeobecného praktického lékařství. Akreditace pro vzdělávání je také podmínkou pro žádost o rezidenční místo.

Akreditace ve smyslu hodnocení kvality je dobrovolná a opírá se o naplnění daných akreditačních standardů, které jsou vytvářeny pro jednotlivé typy zdravotnických zařízení. Pro zdravotnická zařízení poskytující péči v oboru všeobecné praktické lékařství (ZZ-VPL) byly vytvořeny v rámci projektu MZ v roce 2008 Národní akreditační standardy pro ZZ-VPL. Projektový tým při jejich tvorbě vycházel z akreditačních standardů pro primární péči, platných v USA (Joint Commission International) a z evropského vzoru (EPA = European Practice Assessment). V letech 2009–2010 byly provedeny první pilotní akreditace. Všeobecní praktičtí lékaři u nás dosud neměli, na rozdíl od nemocnic, možnost prokazovat svoji kvalitu v akreditačním procesu. Ve Švýcarsku, Německu, Nizozemí a v některých dalších zemích, tento proces již několik let probíhá. Systémy obsahují hodnocení kvality v nejdůležitějších aspektech všeobecné praxe:

- infrastruktura praxe (budova, zdravotnické vybavení a léky, nezdravotnické vybavení, dostupnost a dosažitelnost),
- lidské zdroje (personál, týmová spolupráce, vzdělávání a příprava, pracovní podmínky),
- informace (klinická data, ochrana osobních údajů, komunikační systém, zpracování informací, informace pro pacienty, vědecké informace pro odborný personál),
- finance (finanční plánování, monitorování finančního plánu, zodpovědnost za management financování, výroční zprávy),
- řízení bezpečnosti a kvality péče (politika kvality praxe, systém detekce poruch kvality péče, bezpečnost pacientů a personálu).

Proces akreditace probíhá obvykle v několika fázích. Proces je zahájen podáním žádosti zdravotnického zařízení akreditační agentuře. Následuje období příprav, ve kterém ZZ-VPL usiluje o organizační změny a opatření, směrem k naplnění požadovaných akreditačních standardů. Toto období obvykle není kratší tří měsíců. Akreditační agentura pak sjedná datum návštěvy auditorského týmu, který na místě porovná skutečnost se standardy. Kromě observace pracoviště a chodu praxe, provádí kontrolu dokumentace, dodržování bezpečnostních zásad, provádí pohovory s lékaři a sestrami, případně s pacienty atd. Návštěva jednotlivé praxe tak zabere zhruba půl pracovního dne. Některá hodnocení jsou diskutována na místě. Výstupem auditu je strukturované hodnocení jednotlivých standardů podle indikátorů.

U každého standardu je uveden způsob kontroly (dokumentace, rozbor případů, pohovor s lékařem, sestrou) a právní normy, ze kterých vychází. K dispozici je příručka pro zpracování dokumentace pro akreditační řízení ve ZZ-VPL, která výrazně snižuje administrativní zátěž přípravy na akreditační řízení.

Podle naplnění indikátorů je standard splněn, částečně splněn nebo nesplněn. Splnění některých standardů je nezbytné pro získání akreditace, některé slouží k navýšení skóre.

Vlastní audity provádí vyškolení auditoři, obvykle ve dvojici. Auditory jsou praktičtí lékaři, i když to není nezbytnou podmínkou. Akreditace se uděluje na určité období, obvykle 3–5 let. Cena za odpovídající akreditační proceduru v Německu je v přepočtu 40 000 Kč, u nás je třeba počítat s cenou zhruba poloviční.

#### **4.7 Jaké mohou být motivace praktických lékařů k získání akreditace?**

Mnozí praktičtí lékaři již dnes v praxi spontánně usilují o zavádění změn pro vyšší kvalitu poskytované péče. Řada z těchto lékařů, stejně jako v sousedním Německu či Nizozemí, bude dobrovolně usilovat o certifikát kvality a absolvuje dobrovolně akreditační proceduru spojenou s externím auditem. Motivací je prokázání dosažené kvality, zpětná vazba a srovnání s ostatními praxemi (tzv. benchmarking).

Některá hodnocení v souvislosti s akreditací mohou do budoucna získat systematický charakter. Mohou například zahrnovat kritéria pro provádění některých výkonů nebo pro výchovu mediků a budoucích praktických lékařů, případně mohou být zohledněny ve smlouvě s pojišťovnou.

Akreditační proces nese i rizika nárůstu administrativy a nákladů. Zda bude akreditační proces přínosem a pomůže rozvoji všeobecného praktického lékařství v České republice si rozhodnou všeobecní praktičtí lékaři a jejich profesní a odborné organizace sami.

Akreditace, pakliže má mít smysl a perspektivu, nemůže být izolovaným, shora nařízeným nebo zdola amatérsky pojatým procesem. Naopak, měla by být vyústěním a propojením dobrovolné, na vysoké odborné úrovni založené spontánní snaze zdravotníků

zlepšovat kvalitu péče, vstřícné a přiměřené motivace ze strany veřejné zdravotní správy a plátců zdravotní péče a aktivního zájmu občanů, ať již jako pacientů či jako daňových poplatníků.

### **Literatura**

Grol R., Dautzenberg M., Brinkmann H. (eds.): *Quality Management in Primary Care – European Practice Assessment*, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gutersloh, 2004.

Chaloupková V.: Příprava systému akreditací zdravotnických zařízení v ČR, text na serveru kvality Ministerstva zdravotnictví ČR a Centra pro řízení kvality ve zdravotnictví SZÚ, [www.szu.cz](http://www.szu.cz) a <http://msz.qmshc.cz>, 2001.

Joint Commission International Accreditation Standards for Primary Care Centers, 2008. PDF book. ISBN: 978-08-6688-884-4.

Národní akreditační standardy zdravotnických zařízení, text na serveru kvality Ministerstva zdravotnictví ČR a Centra pro řízení kvality ve zdravotnictví SZÚ, [www.szu.cz](http://www.szu.cz) a <http://msz.qmshc.cz>, 2001.

Seifert B., Býma S., Struk P.: Akreditace ordinací všeobecných praktických lékařů v České republice, *Praktický lékař* 2009; 89, č. 10, 582-58.

**Příloha 2**

# 5 Akreditace v primární péči z mezinárodní perspektivy

Trend ke standardizaci a hodnocení kvality v primární péči je pozorovatelný už desítky let, zejména v zemích západní Evropy a ve Spojených státech.

Podkladem pro akreditační proceduru ordinací praktických/rodinných lékařů v Německu, Nizozemí, Švýcarsku a některých dalších zemích je sada indikátorů kvality, vytvořených a validizovaných v rámci Evropské skupiny pro kvalitu v primární péči (EQuiP), tzv. European Practice Assessment (EPA). Akreditační procedura podle EPA nepředstavuje jednorázové hodnocení praxe, ale tříletý cyklus, ve kterém je praxe prostřednictvím externího hodnocení motivována ke zvyšování kvality ve všech dimenzích poskytování péče.

EPA je celoevropským nástrojem pro řízení kvality v primární péči. Jedná se o soubor indikátorů, které umožňují praktickým lékařům srovnávat své praxe s praxemi jiných praktických lékařů a zlepšovat organizaci a řízení svých praxí. Nástroj EPA je založen na širokém a zevrubném rozboru mezinárodní literatury, zaměřené na modely hodnocení primární péče a se zvláštním zřetelem k nizozemskému modelu tzv. návštěv praxí (= practice visits).

Klíčovým aspektem EPA je rozvoj a validace souboru indikátorů a nástrojů popisujících organizační složku praxe. Praxe jsou hodnoceny ve tříletých intervalech. Záměrem nástroje EPA jakožto systému řízení kvality je umožnit měření a hodnocení praxí na regionální, národní i mezinárodní úrovni se zvláštním ohledem na vzdělávací přístup.

Vývoj EPA byl založen na výzkumném projektu TOPAS (viz níže) a byl zahájen v roce 2001. V roce 2003 byl nástroj EPA zaveden do praxe v devíti zemích. V rámci výzkumného projektu byla ověřena idea nástroje, založeného na ukazatelích a prokázána jeho mezinárodní platnost, spolehlivost a proveditelnost pro zvyšování kvality primární péče. Výzkumného projektu a dalšího rozvoje se zúčastnili odborníci z Belgie, Francie, Německa, Velké Británie, Nizozemska, Švýcarska, Slovinska, Rakouska a Izraele.

Systém ukazatelů EPA se dělí na domény – INFRASTRUKTURA, LIDSKÉ ZDROJE, INFORMACE, FINANCE a KVALITA A BEZPEČNOST (viz příloha). Složkami procesu hodnocení EPA jsou:

- sebehodnocení,
- hodnocení pacientů,
- týmový dotazník a návštěva školeným odborníkem.



Při návštěvě je pozornost věnována ordinaci a jejímu vybavení a je proveden rozhovor s praktickým lékařem (v případě společných praxí s vedoucím praktickým lékařem). Dále proběhne setkání celého týmu a v něm on-line zpracován týmový dotazník se zaměřením na silnější i slabší stránky hodnoceného poskytovatele zdravotních služeb. O výsledku hodnocení je poskytovateli zdravotních služeb zaslána písemná zpráva a ti poskytovatelé, kteří splní požadavky, obdrží certifikát. Pro potřeby EPA je k dispozici problémově orientovaná příručka, podle které lze identifikovat silné i slabé stránky praxe a provést benchmarking.

Studie EPA podnítila několik organizací použít model Evropského hodnocení praxe jako nástroj zvyšování kvality primární péče na národní úrovni. Vedoucí instituce, zaměřené na řízení kvality primární péče ze šesti zemí spolupracující na projektu Evropského hodnocení praxí jsou:

- Belgie: Flemish Institute of General Practice WWVH, Antwerpen,
- Francie: ANAES, Paris,
- Německo: Applied Quality Improvement and Research in Health Care, Göttingen,
- Nizozemsko: Centre for Quality of Care Research, University of Nijmegen/University Maastricht,
- Švýcarsko: Institute for Quality and Research in Health Care, Gümlingen,
- Velká Británie: Department of General Practice, University of Wales College of Medicine, Cardiff a National Primary Care Research and Development Centre, Manchester.

Velmi aktivní zemí, pokud jde o aplikaci EPA, je Německo. V Německu je kladen důraz na interní složku řízení a zvyšování kvality, je individuální, zaměřené na potřeby zapojených praxí a využívající bechmarking. Osoba provádějící hodnocení (visitor) působí především jako facilitátor dalšího vzdělávání. K dispozici je speciální SW VISITOOOL pro okamžitou zpětnou vazbu. Praxe, které splní požadavky EPA, obdrží certifikát. Hodnocení je zcela transparentní, provádí je s podporou nadace Bertelsmann nezisková organizace STIFTUNG PRAXISTEST, zcela nezávislá na plátcích i poskytovatelích primární péče. V Německu prošlo procesem EPA více jak tisíc praxí praktických lékařů. Reakce praktických lékařů a jejich spolupracovníků jsou vesměs velmi pozitivní a o hodnocení EPA je narůstající zájem. Zavedení nástroje vedlo k četným zlepšením v primární péči v Německu a zvýšilo i veřejný zájem o hodnocení kvality péče praktických lékařů. Do příštích let EPA v Německu plánuje přejít od pilotního projektu k širší aplikaci a s ní spojený průběžný rozvoj nástroje a revize ukazatelů a je zapojeno do systému soustavné mezinárodní spolupráce. Podobně v Nizozemí se rozvinul systém akreditace praxí podle EPA. V současné době je akreditace ve tříletém cyklu povinná pro všechny všeobecné praxe.

Ve Spojených státech se v hodnocení ambulantních pracovišť uplatňuje systém pro primární péči adaptovaných akreditačních standardů podle Joint Commission International (JCI). Národní akreditační standardy pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství, připravené pro použití v České republice vycházejí ze struktury standardů JCI, ale uplatňují se v nich i prvky EPA. Tým, který vytvářel národní

akreditační standardy pro primární péči, měl na mysli kompatibilitu nástroje pro hodnocení všeobecné praxe s nástroji na hodnocení ostatních druhů poskytovatelů zdravotních služeb. Rozsah aplikace JCI standardů v České republice a tradice jejího užití byly akceptovány jako klíčové i za cenu nutné adaptace nástroje, původně určeného pro lůžkové poskytovatele zdravotních služeb pro potřeby primární péče.

#### Literatura:

Szecsényi J., Künzi B., Vodopivec-Jamsek V., Boffin N., Samuelson M.: The European Practice Assessment (EPA) – National Perspectives: Germany, Switzerland, Slovenia, Belgium, France, ppt presentation, Berlin, January 2005

Grol R., Dautzenberg M, Brinkmann H. (eds. 2005). Quality Management in Primary Care. European Practice Assessment. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

#### Webové odkazy:

[http://en.wikipedia.org/wiki/European\\_practice\\_assessment](http://en.wikipedia.org/wiki/European_practice_assessment)

<http://www.topaseurope.eu>

<http://www.praxistest.de>

<http://www.aqua-institut.de>

Stiftung  
Praxistest 

Eine Initiative von  
Bertelsmann Stiftung  
und Topas Germany e. V.

## Zertifikat

Hiermit wird bestätigt, dass die Praxis

**Max Mustermann**  
in 99999 Musterhausen

ein Qualitätsmanagement-System gemäß den Kriterien von  
Stiftung Praxistest e. V. erfolgreich eingeführt hat.

Stiftung Praxistest e. V. bestätigt:

die erfolgreiche Teilnahme am Qualitätsmanagement-System  
„Europäisches Praxisassessment“ mit den Elementen Selbst-  
bewertung der Praxis, Patientenbefragung, Mitarbeiterbefragung,  
Begehung eines externen Visitors, Fremdbewertung und Teambe-  
sprechung sowie die vollständige Erfüllung von Kernanforderungen  
in den Bereichen Sicherheit und Infrastruktur.

Gültigkeitsdauer: April 2007  
Registrier-Nr.: 99999999  
Datum der Ausstellung: XX. April 2004

Dr. med. Thomas Rupprecht      Dr. Brigitte Mohr, MBA

Stiftung Praxistest e. V.  
Carl-Bertelsmann-Strasse 256 - 33311 Gütersloh  
Internet: [www.praxistest.de](http://www.praxistest.de) e-mail: [info@praxistest.de](mailto:info@praxistest.de)

Stiftung Praxistest e. V. fördert Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen und  
ist unabhängig von Verbänden, Kostenträgern, Körperschaften und Industrie.

## Příloha 3

# 6 Evropské hodnocení praxe

## (European Practice Assessment – EPA) – soupis položek

Pracovní překlad dle Grol R, Dautzenberg M, Brinkmann H, 2005. Quality Management in Primary Care. European Practice Assessment. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh – úprava – MUDr. Mgr. Petr Struk

<b>1. INFRASTRUKTURA</b>
<b>1.1 Budovy</b>
1.1.1 Prostor pro parkování je v blízkosti praxe
1.1.2 Prostor pro parkování hendikepovaných osob v blízkosti praxe
1.1.3 Praxe je snadno dostupná pro vozíčkáře
1.1.4 Hlavní vchod do praxe je dostatečně široký pro pojízdné křeslo
1.1.5 Je k dispozici výtah v případě, že praxe je umístěna jinde, než v přízemí
1.1.6 Praxe má WC a umývadlo pro personál
1.1.7 Praxe má WC a umývadlo pro pacienty
1.1.8 Praxe má WC a umývadlo pro hendikepované pacienty
1.1.9 V čekárně je dostatek míst k sezení
1.1.10 Je vyhrazený prostor pro kočárky a vozíky
1.1.11 V čekárně je prostor pro děti na hraní
1.1.12 V prostoru na hraní jsou k dispozici hračky
1.1.13 V praxi je místo na přebalování dětí
1.1.14 Dle mínění pacientů je čekárna pohodlná
1.1.15 Každá ordinace má oddělený prostor k provánění vyšetření
1.1.16 Personál považuje pracovní prostředí za uspokojující
1.1.17 Praxe poskytuje soukromí pro pacienty a další osoby v obtížné situaci
1.1.18 Pacienti považují praxi za dobře vedenou
1.1.19 Pacienti považují praxi za čistou a uklizenou
<b>1.2 Lékařské vybavení včetně léků</b>
1.2.1. Praxe má aktuální inventární list všech položek základního vybavení, jež musí být vždy dostupné na místě
1.2.2 Základní vybavení je dostupné

1.2.3. Praxe má aktuální inventární list všech prostředků pro naléhavé případy a resuscitaci, které musí být vždy dostupné na místě
1.2.4. Základní léky pro naléhavé stavy jsou k dispozici
1.2.5. Praxe má aktuální inventární list všech léků, které musí být vždy k dispozici pro naléhavé stavy
1.2.6 Základní pro naléhavé stavy jsou k dispozici
1.2.7 Praxe má aktuální inventární list položek, které musí být vždy v lékárovi brašně
1.2.8 Praxe má psaný protokol pro dodávky obsahu lékárovi brašny
1.2.9 Praxe má psaný protokol pro kontrolu expirace materiálu a léků v lékárovi brašně
1.2.10 Obsah lékárovi brašny je kompletní
1.2.11 V obsahu lékárovi brašny není materiál a léky s prošlými daty expirace
1.2.12 Praxe má inventární list všech léků, které by měly být na skladě
1.2.13 Praxe má psaný protokol skladovaných léků
1.2.14 Praxe má psaný protokol expiračních dat na skladě
1.2.15 Praxe má protokol pro kontrolu expiračních dat veškerého materiálu, který může expirovat
1.2.16 Každoročně se provádí kalibrace tonometru
1.2.17 Praxe má k dispozici lednici na léky, které musí být udržovány v chladu
1.2.18 Praxe má uloženy sledované léky v zamčené skříni, stavebně fixované
1.2.19 Praxe bezpečně skladuje léky (nepřístupné pro děti a pacienty)
1.2.20 Zařízení na mytí rukou je v každé ordinaci
<b>1.3 Nelékařské vybavení</b>
1.3.1 V praxi je k dispozici funkční fax
1.3.2 V praxi je nejméně jeden počítač pro personál
1.3.3 V praxi je připojení na Internet
1.3.4 Všechny počítače jsou chráněny proti neoprávněnému přístupu (heslo, firewall, antivirový program)
1.3.5 Každý praktický lékař má přístup k e-mailu
1.3.6 Každý praktický lékař má přístup na Internet
1.3.7 Praxe má telefonní systém s dostatečnou vnitřní i vnější kapacitou
1.3.8 Praxe má zvláštní urgentní telefonní linku
1.3.9 Veškeré elektronické zdravotnické vybavení je každoročně kontrolováno
1.3.10 Všechna bezpečnostní zařízení (např. hasicí přístroje) jsou každoročně kontrolovány v souladu s místními předpisy
1.4 Dosažitelnost a dostupnost

1.4.1 Pacienti praxe vědí o možnosti kontaktovat praxi snadno telefonem
1.4.2 Personál poskytuje domácí návštěvy pro pacienty: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Těm, kteří o to požádají</li> <li>2. těm, kteří nejsou fyzicky schopni dostavit se do praxe</li> </ol>
1.4.3 Praxe má psaný protokol zaznamenávající položky informací, které mohou být pacientům telefonicky sdělovány jiným personálem, než lékaři
1.4.4 Pacienti praxe mají možnost kontaktovat praktického lékaře telefonicky
1.4.5 Praxe má zaveden zvací systém
1.4.6 Minimální trvání konzultace pro běžné neurgentní návštěvy je: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5 minut</li> <li>2. 6–9 minut</li> <li>3. 10 a více minut</li> </ol>
1.4.7 Pacienti mohou požádat o neurgentní návštěvu u praktického lékaře: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. za 1 den</li> <li>2. za 2 dny</li> <li>3. za 3 dny</li> <li>4. za 4 a více dní</li> </ol>
Pacient kontaktující praxi mimo ordinální hodiny má jasný a rychlý přístup k pohotovostní službě
1.4.8 Před praxí je umístěn nápis: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. podrobně popisující normální ordinální hodiny každý den v pracovním týdnu</li> <li>2. popisující přístup k pohotovostní službě po ordinálních hodinách</li> </ol>
1.4.9 Personál recepcie je připraven poznat a správně reagovat na náhlé zdravotní obtíže
1.4.10 Praxe má psaný protokol postupu při naléhavých zdravotních obtížích
1.4.11 Pacienti považují čekací dobu v čekárnách za přijatelnou
1.4.12 Praxe má zavedený systém pro objednávání pacientů s chronickými nemocemi, např. diabetiků, astmatiků
1.4.13 Praxe má zavedený zvací systém pro preventivní péči a časnou detekci poruch
1.4.14 V praxi jsou ordinace pro důležité specifické problémy (např. plánování rodičovství, diabetes)
1.4.15 Je zaveden postup odeslání pacienta do služeb sociálního zabezpečení pro pacienty, kteří nemají sociální pojištění
1.4.16 Praxe má zařízení k zajištění dostupnosti asistenta praktického lékaře v případě potřeby
<b>2. LIDSKÉ ZDROJE</b>
<b>2.1 Personál</b>
2.1.1 Veškerý personál (s výjimkou praktických lékařů) má podepsány smlouvy s praxí

2.1.2 Veškerý personál má popis práce
2.1.3 Popis práce obsahuje klíčové úkoly
2.1.4 Veškerý zdravotnický personál a personál recepce podstoupil v minulém roce další vzdělávání
2.1.5 Veškerý personál zapojený v klinické péči má potřebnou kvalifikaci
2.1.6 Veškerý personál zapojený v klinické péči má potřebné zkušenosti
2.1.7 Veškerý personál je každoročně hodnocen
2.1.8 O každém hodnocení je veden písemný záznam
<b>2.2 Tým</b>
2.2.1 Odpovědnosti uvnitř týmu jsou jasně definovány
2.2.2 Odpovědnostem uvnitř týmu rozumějí všichni jeho členové
2.2.3 Pravidelná setkání týmu <ol style="list-style-type: none"> <li>1. V praxi se koná nejméně jednou měsíčně setkání týmu</li> <li>2. Veškerý personál je zván k účasti na těchto setkání</li> <li>3. Na těchto setkáních se vede zápis</li> <li>4. Zápisy ze setkání týmu jsou dostupné veškerému personálu</li> </ol>
<b>2.3 Vzdělávání a příprava</b>
2.3.1 Veškerý nový personál prochází přípravným programem
2.3.2 Veškerý personál má psaný osobní vzdělávací plán
2.3.3 Praxe poskytuje čas k plnění osobního vzdělávacího plánu
<b>2.4. Pracovní podmínky</b>
2.4.1 Praxe monitoruje pracovní zátěž jejího personálu
2.4.2 Praxe monitoruje hladinu stresu jejího personálu
2.4.3 Praxe hodnotí týmovou spolupráci v organizaci
2.4.4 Praxe měla nejméně jeden den . . . . . v minulém roce
2.4.5 Personál považuje pracovní atmosféru za příjemnou
2.4.6 Praxe má zavedeny postupy, které umožňují personálu předkládat návrhy ke zlepšení řízení praxe
<b>3. INFORMACE</b>
<b>3.1 Klinická data</b>
3.1.1 Praxe vede papírovou zdravotnickou dokumentaci
3.1.2 Praxe vede elektronickou zdravotnickou dokumentaci

<p>3.1.3 Každý patientský zdravotní záznam obsahuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osobní údaje: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Jméno pacienta</li> <li>1.2 Datum narození</li> <li>1.3 Telefon</li> <li>1.4 Pohlaví</li> <li>1.5 Plná adresa</li> <li>1.6 Zaměstnání</li> </ol> </li> <li>2. Souhrn včetně problémového listu:</li> <li>3. Rodinná anamnéza</li> <li>4. Kouření</li> <li>5. Ostatní rizikové faktory</li> </ol>
<p>3.1.4 Při každé návštěvě je zaznamenáván:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Důvod návštěvy</li> <li>2. Definovaný problém, diagnóza</li> <li>3. Údaje podporující definovaný problém - diagnózu</li> <li>4. Léčebný plán</li> <li>5. V případě předepsání léčiva, délka, dávka a provádění léčby</li> <li>6. Poznámka, co bylo pacientovi řečeno</li> <li>7. Identifikace ošetřujícího lékaře</li> </ol>
3.1.5 Zdravotnická dokumentace obsahuje výsledky laboratorních vyšetření
3.1.6 Praxe má registr podle věku a pohlaví pacientů
3.1.7 Praxe má registr podle onemocnění (např. ICPC)
3.1.8 Praxe má psaný protokol pro kontrolu opakovaného předepisování
3.1.9 Všichni pacienti, kteří dostávají soustavnou nebo opakovanou medikaci, jsou alespoň jednou ročně zkontrolováni praktickým lékařem
<p>3.1.10 Počítač je užíván pro:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Administraci, financování</li> <li>2. Kontakt s lékárnami</li> <li>3. Zdravotnickou registraci pacientů</li> <li>4. Zvaní pacientů</li> <li>5. Odesílací zprávy</li> <li>6. Předpisy léků</li> <li>7. Připomínkový systém</li> </ol>
<b>3.2 Důvěra a ochrana soukromí</b>
3.2.1 Zdravotnická dokumentace a další soubory obsahující informace o pacientech nejsou ponechány bez dozoru na místech, kde je volný přístup veřejnosti
3.2.2 Rozhovory v recepci by neměly být zaslechnuty ostatními pacienty

3.2.3 Rozhovory v ordinaci by neměly být zaslechnuty jinými pacienty
3.2.4 Praxe informuje pacienta a žádá pacientův souhlas se záznamem patientských osobních zdravotních důvodů
<b>3.3 Komunikační systém/sdílení informací s kolegy a ostatními poskytovateli zdravotní péče</b>
3.3.1 Praxe má protokol pro výměnu informací o pacientovi pro potřeby kontaktů v době mimo ordinaci hodiny
3.3.2 Pohotovostní praktický lékař má přístup ke zdravotnické dokumentaci
3.3.3 Praxe dostává informace o kontaktu s pacienty od službu majícího pohotovostního praktického lékaře do 24 hodin
3.3.4 Praxe má k dispozici aktuální seznam místních poskytovatelů zdravotní péče
3.3.5 Kopie odesílacích zpráv jsou uchovány v patientském záznamu
3.3.6 Odesílací zpráva obsahuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Základní informace a anamnézu</li> <li>2. Problém</li> <li>3. Klíčová vyšetření a nálezy</li> <li>4. Současná léčba</li> <li>5. Důvod k odeslání</li> </ol>
3.3.7 Praxe má kooperační smlouvu s ostatními všeobecnými praxemi Praxe má kooperační smlouvu s lékárníky
3.3.8 Praxe má kooperační smlouvu s komunitními zdravotnickými organizacemi
3.3.9 Praxe má kooperační smlouvu s paramediky
3.3.10 Praxe má kooperační smlouvu se specialisty
3.3.11 Praxe má kooperační smlouvu se službami péče o duševní zdraví
3.3.12 Praxe má kooperační smlouvu s péčí o seniory
3.3.13 Praxe má kooperační smlouvu s domem s pečovatelskou službou
3.3.14 Praxe se aktivně zapojuje do sítě spolupráce při poskytování kontinuální péče pro: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. specifické populační skupiny (např. etnické menšiny, senioři)</li> <li>2. specifická chronická onemocnění (např. diabetes, astma, chronická srdeční nedostatečnost, psychiatrie)</li> <li>3. specifická problematika (např. zneužívání drog, paliativní péče, těhotenství)</li> </ol>
3.3.15 Praxe má kooperační smlouvu s domácí péčí
<b>3.4 Zpracování informací</b>
3.4.1 Praxe má procedury, které zajišťují, že přicházející klinická informace je zkontrolována praktickým lékařem před založením do patientské zdravotnické dokumentace
3.4.2 Praxe má psaný protokol pro zkontrolování, zda vyžádaná informace o pacientovi nebo výsledek testu došly
3.4.3 Praxe má psaný protokol pro záznam patientských informací o všech došlých výsledcích



3.4.4 Praxe kontaktuje pacienty poté, co dojdou abnormální výsledky testů
3.4.5 Praxe má procedury, které zajišťují, že přicházející informace (zprávy, výsledky) jsou založeny do správné zdravotnické dokumentace
<b>3.5 Informace pro pacienta a od pacienta o praxi, postupech praxe a místních podmínkách</b>
3.5.1 Praxe má vlastní informační leták
3.5.2 Informační leták obsahuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jména praktických lékařů pracujících v praxi</li> <li>2. Adresu praxe a telefonní čísla</li> <li>3. Ordinační hodiny</li> <li>4. Informace o zajištění péče mimo ordinační doby včetně příslušných telefonních čísel</li> <li>5. Ostatní služby poskytované v praxi</li> </ol>
3.5.3 Praxe pravidelně monitoruje spokojenost pacientů
3.5.4 Pacienti mají přístup k psané informaci o službách, které nejsou kryty zdravotním pojištěním
3.5.5 Tato informace je vystavena na viditelném místě v recepci
<b>3.6 Odborné informace pro personál</b>
3.6.1 Klinická doporučení jsou k dispozici ordinaci
3.6.2 Praxe má lékařskou knihovnu
3.6.3 Praxe má protokol pro výběr vhodných odborných informací
3.6.4 Praxe má on-line přístup k lékařským časopisům
<b>3.7 Informace pro pacienty o klinické péči</b>
3.7.1 Aktuální výběr knih a video nahrávek pro pacienty je k dispozici
3.7.2 Soubor letáků a brožur pro pacienty je k dispozici ke čtení v praxi, případně možnost odebrání materiálů
3.7.3 Překladačské služby jsou dostupné na požádání
3.7.4 Informační letáky jsou dostupné ve vhodných jazykových verzích
3.7.5 Informační list o praxi je k dispozici v potřebných jazycích
<b>4. FINANCE</b>
<b>4.1. Finanční plánování (prospektivní)</b>
4.1.1 Praxe vydává roční finanční plán, který zahrnuje očekávané příjmy, výdaje a investice
<b>4.2 Monitoring finančního plánu</b>
4.2.1 Praxe vede úplné záznamy financí včetně příjmů, výdajů, drobných transakcí v hotovosti včetně pohledávek
4.2.2 Praxe má psaný protokol pro vedení účtů (s pacienty)

4.2.3 Praxe má počítačový software pro vedení účtů
<b>4.3 Vedení financí a zodpovědnosti za financování</b>
4.3.1 Odpovědnost za finanční management v praxi je jasně definována
4.3.2 Každý praktický lékař je pojištěn na krytí finanční odpovědnosti
4.3.3 Každý člen klinického personálu je pojištěn na krytí finanční odpovědnosti
<b>4.4 Výroční zpráva (retrospektivně)</b>
4.4.1 Praxe vydává výroční finanční zprávu, která zahrnuje všechny příjmy a výdaje
<b>5. KVALITA A BEZPEČNOST</b>
<b>5.1 Postupy řízení kvality</b>
5.1.1 Jmenovaná osoba je zodpovědná za vedení agendy zvyšování kvality
5.1.2 Praxe má stanoveny psané cíle pro zvyšování kvality v minulém roce
5.1.3 Praxe má psaný záznam o tom, zda byly nebo nebyly splněny tyto cíle v minulém roce
5.1.4 Veškerý personál je zapojen ke zvyšování kvality <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Praxe pořádá jednání týmu o zvyšování kvality nejméně jednou měsíčně</li> <li>2. Veškerý personál je zván k účasti na těchto setkání</li> <li>3. Na setkání jsou vedeny zápisy</li> <li>4. Zápisy jsou k dispozici veškerému personálu</li> <li>5. Pokrok ve zvyšování kvality je stálou položkou agendy</li> </ol>
<b>5.2 Detekce problémů v oblasti kvality a bezpečnosti</b>
5.2.1 Praxe podstoupila v minulém roce nejméně jeden klinický audit
5.2.2 Praxe registruje kritické incidenty
5.2.3 Praxe dokumentuje následný proces a analýzu kritických incidentů
5.2.4 Praxe má pacientské fórum nebo skupinu pro spoluúčast pacientů
5.2.5 Praxe má schránku pro návrhy pacientů
5.2.6 Praxe má schránku pro stížnosti pacientů
5.2.7 Kniha stížností je k dispozici v recepci
<b>5.3 Bezpečnost personálu a pacientů</b>
5.3.1 V praxi není dovoleno kouřit
5.3.2 Zákaz kouření je viditelný v recepci
<b>Praxe má následující bezpečnostní systémy</b>

5.3.4 Hasicí přístroje
5.3.5 Kouřové poplašné zařízení
5.3.6 Dveře do recepcce jsou chráněny kódovaným klíčem
5.3.7 Evakuační plán
5.3.8 Všechna venkovní okna mají bezpečnostní zámky
<b>Praxe má:</b>
5.3.9 Sterilizátor nebo autokláv
5.3.10 Kontejner na použitý materiál
5.3.11 Nepropustný kontejner na infekční a nebezpečný odpad
5.3.12 Kontejner na střepy a ostré předměty
5.3.13 Sterilní pláště pro malé chirurgické zákroky
5.3.14 Ochranné vybavení pro práci s krví a tělními tekutinami (rukavice, roušky)
5.3.15 Praxe má psaný protokol o čištění, dezinfekci, sterilizaci a dekontaminaci klinického vybavení
5.3.16 Praxe má psaný protokol o čištění
5.3.17 Praxe má psaný infekční protokol pro prevenci kontaminace personálu
5.3.18 Praxe má psaný protokol pro zacházení s kontaminovaným odpadem

## Příloha 4

# 7 Principy kvality definované Mezinárodní společností pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua)

Mezinárodní společností pro kvalitu ve zdravotnictví (International Society for Quality in Health Care – ISQua), [www.isqua.org](http://www.isqua.org), je globální organizací, založenou v roce 1984, působící ve 100 zemích na pěti kontinentech. Posláním ISQua je podpora zlepšování kvality a bezpečí zdravotní péče v celosvětovém měřítku a významnou oblastí působnosti je poskytování modelů pro vývoj a využívání standardů kvality a zavádění procesu akreditace ve všech typech zdravotnických zařízení. Principy kvality ISQua jsou obecně stanoveny jako požadavky na rozsah standardů pro akreditaci poskytovatelů zdravotních služeb (hodnocení kredibility organizace jako celku), jsou ve své podstatě aplikací TQM do oblasti zdravotnických služeb. Systém principů ISQua zahrnuje požadavky na kvalitu a výkonnost celé organizace, což výrazně převyšuje stávající koncept stanovení minimálních požadavků na kvalitu a bezpečí v ČR. Principy ISQua jsou ve své obecnosti aplikovatelné na veškeré formy a druhy poskytovaných služeb přiměřeným způsobem. Tvorba nebo revize hodnotících standardů, kterou si dle principů ISQua mají zajišťovat samy hodnotící organizace, musí probíhat za účasti všech zainteresovaných stran (zájmy vlády, profesních skupin, plátců, pacientů). Standardy musí být testovány a hodnoceny poskytovateli a hodnotiteli před jejich definitivním schválením. Nové nebo revidované standardy musí být schváleny příslušným orgánem (Ministerstvem zdravotnictví ČR) předtím, než jsou oficiálně uvolněny k používání. Na základě analýzy principů ISQua a stávající praxe plnění požadavků na externí hodnotitele kvality a bezpečí a na jejich standardy, dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, je vypracován návrh požadavků přípravy hodnotících standardů, která vychází z těchto principů ISQua a zásadních kritérií modelu EFQM, tedy principů TQM. Principy kvality ISQua, které jsou obecně stanoveny jako požadavky na rozsah standardů pro akreditaci poskytovatelů zdravotních služeb (hodnocení kredibility organizace jako celku), jsou ve své podstatě aplikací TQM do oblasti zdravotnických služeb. Systém principů ISQua zahrnuje požadavky na kvalitu a výkonnost celé organizace, což výrazně pře-

vyšuje stávající koncept stanovení minimálních požadavků na kvalitu a bezpečí v ČR. Principy ISQua jsou ve své obecnosti aplikovatelné na veškeré formy a druhy poskytovaných služeb, pochopitelně přiměřeným způsobem. Tvorba nebo revize hodnotících standardů, kterou si dle principů ISQua mají zajišťovat samy hodnotící organizace, musí probíhat za účasti všech zainteresovaných stran (zájmy vlády, profesních skupin, plátců, pacientů). Standardy musí být testovány a hodnoceny poskytovateli a hodnotiteli před jejich definitivním schválením. Nové nebo revidované standardy musí být schváleny příslušným orgánem (Ministerstvem zdravotnictví ČR) předtím, než jsou oficiálně uvolněny k používání. Na základě analýzy principů ISQua a stávající praxe plnění požadavků na externí hodnotitele kvality a bezpečí a na jejich standardy, dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, je vypracován návrh požadavků přípravy hodnotících standardů, která vychází z těchto principů ISQua a zásadních kritérií modelu EFQM, tedy principů TQM.

## **7.1 Požadavky na standardy managementu poskytovatele zdravotních služeb (dále organizace)**

### **7.1.1 Řízení organizace a strategické plánování**

#### **7.1.1.1 Požadavky na vedení organizace**

##### **Oblast hodnotících standardů**

1. Vedení organizace je zodpovědné za efektivní fungování organizace a za soulad její činnosti s platnými zákony, nařízeními, jejím posláním a dlouhodobými cíli.

##### **Charakteristické znaky**

- organizace má zpracovávánu svoji vizi a strategické plány v písemné podobě,
- poslání organizace (v písemné podobě) schvalují subjekty, které odpovídají za její zřízení,
- vedení organizace odpovídá za to, že všichni zaměstnanci jsou seznámeni s posláním, hodnotami, cíli a se strategií řízení organizace,
- organizace může doložit existující soulad interní řídicí dokumentace s platnou legislativou a zdravotní politikou (včetně záznamů o školení v dané problematice).

##### **Oblast hodnotících standardů**

2. Vedení organizace je odpovědné za plánování, přezkoumávání a aktualizaci dlouhodobých cílů organizace a za zabezpečování jejich plnění s ohledem na očekávání a potřeby pacientů, jejich blízkých a dalších zainteresovaných stran včetně zaměstnanců.

### **Charakteristické znaky**

- Organizace má vypracovány dlouhodobé cíle zaměřené na potřeby pacientů a jejich blízkých s ohledem na zájmy dalších zainteresovaných stran a s přihlédnutím k finančním faktorům a faktorům prostředí.
- Strategie organizace je založena na informacích získaných z měření kvality a výkonnosti, vzdělávací činnosti, identifikaci ekonomických a demografických ukazatelů, nových technologií a výsledků výzkumu.
- Organizace má prostřednictvím plánování definovány žádoucí výstupy a výsledky poskytovaných služeb (finanční a nefinanční výsledky) a způsob, jak tyto bude sledovat, měřit a hodnotit (ukazatelé výkonnosti).
- Organizace může doložit záznamy o prováděné aktualizaci svých cílů s ohledem na její poslání, hodnoty a zájmy svých zainteresovaných stran.

### **Oblast hodnotících standardů**

3. Vedení organizace stanovuje rozsahy poskytovaných služeb tak, aby tyto služby splňovaly oprávněné potřeby pacientů.

### **Charakteristické znaky**

- Každé oddělení má písemně zpracované spektrum péče poskytované pacientům.
- Organizace může doložit relevantní vazbu mezi rozsahem poskytovaných služeb, svým posláním a potřebami pacientů.

### **Oblast hodnotících standardů**

4. Vedení organizace je odpovědné za budování struktury a managementu organizace tak, aby umožňovaly organizaci dosahování jejích dlouhodobých cílů.

### **Charakteristické znaky**

- Organizace identifikuje a navrhuje klíčové činnosti potřebné k uskutečnění svých strategických plánů s definováním pravomocí a odpovědností/vlastnictví u těchto činností.
- Organizace má definovány pravomoci a odpovědnosti za řízení a zvyšování kvality a výkonnosti na všech úrovních vedení.
- Organizace má zabezpečeno svými řídicími mechanismy, že jednotlivé funkce, aktivity, rozvoj pracovišť a služeb probíhají koordinovaně mezi těmito pracovišti a službami, příp. externími dodavateli.
- Ředitel organizace vydává organizační řád, ve kterém jasně definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti a rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení.

- Způsob řízení a správy organizace je zobrazen v organizačním schématu organizace.
- Existují důkazy o pravidelné aktualizaci této dokumentace.

#### **Oblast hodnotících standardů**

5. Vedení organizace je odpovědné za budování silné kultury organizace podporující dosahování dlouhodobých cílů a je jejím vzorem.

#### **Charakteristické znaky**

- Vedení organizace je zapojeno do aktivit týkajících se kontinuálního zvyšování kvality a výkonnosti organizace, podporuje vytváření kultury organizace.
- Organizace má vypracovaný etický kodex.
- Organizace může doložit způsob zapojení svého vedení do procesu kontinuálního zvyšování kvality a výkonnosti.
- Organizace může doložit příklady kultivace firemní kultury, například prostřednictvím měření loajality k etickému kodexu a respektovaným hodnotám a podobně.

#### **Oblast hodnotících standardů**

6. Vedení organizace je odpovědné za soustavné analyzování, měření, zvyšování a zlepšování výkonnosti manažerského systému organizace, manažerských a odborných kompetencí a za vybudování funkčního motivačního systému umožňujícího zapojení všech pracovníků organizace do plnění dlouhodobých cílů organizace.

#### **Charakteristické znaky**

- Organizace má vypracovány metody pro sdělování plánů, cílů a záměrů podle cílových skupin i metody ověřování, zda jsou tyto informace známy.
- Organizace má vypracovaný systém pro pravidelné vyhodnocování účelnosti vynakládání prostředků a zdrojů vzhledem ke stanoveným plánům a rozpočtu.
- Organizace má zpracovaný systém pro přezkoumávání a zlepšování efektivity vlastního vedení a jednání (hodnocení výkonnosti a efektivity práce manažerů – včetně zpětné vazby).
- Existují důkazy o pravidelném přezkoumávání účinnosti a efektivity motivačního systému pracovníků (stimulování aktivního zapojení zaměstnanců).

### **7.1.1.2 Požadavky na vedení oddělení poskytujících zdravotní služby a infrastrukturních služeb**

#### **Oblast hodnotících standardů**

1. Vedoucí oddělení a služeb odpovídají za plnění zákonných požadavků a požadavků předpisů týkajících se poskytovaných služeb.

### **Charakteristické znaky**

- Vedoucí oddělení a služeb mohou doložit kontrolní systém pomocí něhož ověřují dodržování platných zákonných požadavků a předpisů.

### **Oblast hodnotících standardů**

2. Každý vedoucí oddělení a služeb dodržuje organizační řád a plán rozvoje, který řeší personální otázky, odborný rozvoj, rozvoj kvality a rozvoj kooperace při zabezpečení kontinuity služeb.

### **Charakteristické znaky**

- Vedoucí oddělení a služeb odpovídají za informovanost svých pracovníků o základních směrech rozvoje organizace.
- Vedoucí oddělení a služeb mohou doložit systém pomocí něhož řídí organizační a personální rozvoj oddělení včetně spolupráce s jinými pracovišti v rámci organizace i vně organizace (spolupráce s jinými poskytovateli zdravotních, příp. sociálních služeb, dodavateli, servisními organizacemi aj.).

### **Oblast hodnotících standardů**

3. Vedoucí oddělení a služeb podávají důkazy o svých závazcích a aktivitách týkajících se rozvoje a zlepšování kvality a výkonnosti pracovišť.

### **Charakteristické znaky**

- Organizace má plány na zlepšování kvality a zvyšování výkonnosti jednotlivých pracovišť, které řídí vedoucí oddělení a služeb.
- Existují důkazy o zlepšování kvality a zvyšování výkonnosti jednotlivých pracovišť (např. zvyšování kompetencí pracovníků, zlepšování prostředí, dokumentovaný systém kvality atd.).

### **Oblast hodnotících standardů**

4. Vedoucí oddělení přezkoumávají v pravidelných intervalech kvalitu a výkonnost pracovišť.

### **Charakteristické znaky**

- Existují plány přezkumu.
- Existují záznamy o přezkoumávání včetně dalšího přístupu k výsledkům přezkumu v rámci řízení organizace.

### **Oblast hodnotících standardů**

5. Vedoucí oddělení a služeb odpovídají za respektování etických pravidel.



### **Charakteristické znaky**

- Vedoucí oddělení mohou doložit systém, pomocí něhož ověřují dodržování etických pravidel (etický kodex, hodnoty).

## **7.1.2 Řízení zdrojů**

### **7.1.2.1 Požadavky na řízení lidských zdrojů**

#### **Oblast hodnotících standardů**

1. Organizace má zpracován systém plánování a řízení lidských zdrojů zabezpečující plnění legislativních požadavků, dlouhodobých cílů a požadavků zainteresovaných stran.

#### **Charakteristické znaky**

- Organizace stanoví počet a kvalifikace (vzdělání, znalosti, dovednosti a zkušenosti) personálu nutného pro zajištění aktuálních a budoucích požadavků na poskytované spektrum zdravotních služeb.
- Organizace má písemně vypracovanou náplň práce pro všechny zaměstnance.
- Organizace má stanovena pravidla pro zapracovávání a zaškolení nových pracovníků.
- Organizace pravidelně prověřuje u personálu, nezávislých odborníků a dobrovolníků jejich kompetence a výkonnost.

#### **Oblast hodnotících standardů**

2. Organizace rozvíjí systematicky proces kontinuálního vzdělávání a školení svých pracovníků, nezávislých odborníků a dobrovolníků.

#### **Charakteristické znaky**

- Organizace má program celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, systém rozvoje znalostí a dovedností dalších zaměstnanců, nezávislých odborníků a dobrovolníků.
- Zdravotnický personál je školen v bezpečném zacházení s léčivými přípravky, zdravotnickými prostředky a přístroji včetně každoročního proškolení a přezkoušení v kardiopulmonální resuscitaci.
- Zaměstnanci organizace jsou školeni v respektování kulturních a spirituálních rozdílů a potřeb pacientů a rodinných příslušníků.
- Organizace zabezpečuje v rámci svých aktivit jak interní, tak externí příležitosti k osobnímu rozvoji.

#### **Oblast hodnotících standardů**

3. Organizace zabezpečuje školení a trénink v souladu s její politikou BOZP.

#### **Charakteristické znaky**

- V souladu s platnými předpisy probíhají pravidelná školení personálu v BOZP, požární ochraně a manipulaci s biologickým materiálem a jeho skladování, včetně likvidace použitých pomůcek.
- Personál organizace je seznámen s požárním, havarijním a evakuačním řadem, tyto znalosti jsou pravidelně prověřovány.

#### **Oblast hodnotících standardů**

4. Organizace vede efektivní dialog s pracovníky a systematicky buduje zpětnou vazbu.

#### **Charakteristické znaky**

- Organizace může doložit existenci dialogu a způsob vyhodnocování zpětné vazby.
- Organizace má motivační systém pro vyšší angažovanost pracovníků na zlepšování kvality a výkonnosti.

### **7.1.2.2 Požadavky na řízení externích dodavatelů**

#### **Oblast hodnotících standardů**

1. Organizace plánuje a řídí dodávky od externích dodavatelů.

#### **Charakteristické znaky**

- Organizace může doložit, že vybírá své externí dodavatele a spolupracuje s nimi na základě jasně definovaných kritérií za účelem podpory své strategie a efektivního fungování svých činností.

### **7.1.2.3 Požadavky na řízení financí**

#### **Oblast hodnotících standardů**

1. Organizace zabezpečuje plánování a řízení finančních zdrojů a rozpočtovou transparentnost.

#### **Charakteristické znaky**

- Organizace může doložit, že má vypracovány finanční plány a transparentní způsob hospodaření s rozpočtovými prostředky na základě jasně definovaných kritérií.

#### **Oblast hodnotících standardů**

2. Organizace zabezpečuje stálé sledování nákladů na poskytování standardních služeb.

### **Charakteristické znaky**

- Organizace může doložit, že má systém sledování a vyhodnocování nákladových položek jednotlivých služeb.

### **Oblast hodnotících standardů**

3. Organizace může doložit, že má založeno finanční řízení na analýze nákladů/přínosů, tj. na ekonomické efektivnosti s ohledem ke stanoveným plánům a rozpočtu.

### **Charakteristické znaky**

- Organizace může doložit systém měření a vyhodnocování ekonomické efektivnosti svého provozu.

## **7.1.2.4 Požadavky na řízení nemovitostí a zařízení**

### **Oblast hodnotících standardů**

1. Organizace odpovídá za dostupnost, efektivitu využití, zajištění vhodnosti a bezpečnosti svých prostor a zařízení a za to, že tato aktiva vyhovují příslušným zákonům, nařízením a požadavkům příslušné inspekce.

### **Charakteristické znaky**

- Organizace má zajištěnu dostupnost staveb, prostor a vybavení nezbytných pro poskytování příslušných služeb.
- Organizace má metody hodnocení účelného využití budov, zařízení a dalších zdrojů.
- Organizace má zaveden preventivní program zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance, jehož součástí je identifikace rizikových míst a činností z hlediska bezpečnosti pacientů a zaměstnanců.
- Organizace pravidelně zajišťuje požadované kontroly svých prostor z hlediska požadavků legislativy (protipožární ochrana, BOZP, odpadové hospodářství atd.).
- Organizace pravidelně zajišťuje kontroly, testování, revize, údržbu a výměnu svého technického zařízení a vybavení tak, aby bylo v souladu s legislativními předpisy.
- Organizace má specifikováno vybavení jednotlivých oddělení přístroji a plán preventivních prohlídek zdravotnických přístrojů a prostředků, zvláště pak těch, které jsou užívány k monitoraci a/nebo podpoře základních životních funkcí (respirátory, defibrilátory, monitory atd.).
- Organizace má systém sledování vývoje zdravotnické i nezdravotnické techniky jak u stávajících dodavatelů, tak i u dalších s ohledem na možnosti zvýšení kvality a efektivity.

### **Oblast hodnotících standardů**

2. Organizace odpovídá za zajištění účinného a nákladově efektivního využívání dopravních a energetických zdrojů.

#### **Charakteristické znaky**

- Organizace má stanoven způsob zajištění elektrické energie, pitné vody a medicínských plynů, a to jak v obvyklém režimu dodávek, tak při přerušení dodávek.
- Organizace má vnitřním předpisem stanoveny pravidelné kontroly funkčnosti náhradních zdrojů.
- Organizace má řešeno efektivní užívání dopravních prostředků v souvislosti s provozními potřebami jednotlivých pracovišť.
- Řízení dopravních a energetických zdrojů jsou součástí systému plánování, řízení a zvyšování kvality a výkonnosti organizace.

### **7.1.2.5 Požadavky na řízení informací a znalostí**

#### **Oblast hodnotících standardů**

1. Organizace má stanovena data a informace, které podporují řízení organizace a program řízení kvality.

#### **Charakteristické znaky**

- Organizace shromažďuje informace o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů i jednotek ve stanovené struktuře a využívá je pro vlastní potřebu i pro NZIS.
- Organizace má vypracovaný systém umožňující identifikaci, definici a šíření poznatků nejlepší praxe (medicínské i manažerské) za účelem zvyšování kvality poskytované zdravotní péče a managementu (systém praxí, stáží atd.), který pravidelně přezkoumává, aktualizuje a zlepšuje.
- Organizace vypracován systém poskytování relevantních informací týkajících se úkolů a cílů všem pracovníkům v požadovaném čase a kvalitě.
- Organizace zabezpečuje poskytování informací veřejnosti o spektru a kvalitě poskytovaných služeb.

#### **Oblast hodnotících standardů**

2. Organizace odpovídá za správnost, spolehlivost, ochranu a požadovanou dobu uchování příslušných dat a informací.

#### **Charakteristické znaky**

- Organizace má systém správy všech dat včetně požadavků na jejich archivaci a skartaci.
- Organizace má vypracován systém zajištění důvěrnosti informací.

### 7.1.3 Řízení procesů a změn

#### 7.1.3.1 Požadavky na systém řízení procesů

##### Oblast hodnotících standardů

1. Vedení organizace identifikuje, řídí a zlepšuje klíčové manažerské činnosti a činnosti poskytování zdravotní péče s ohledem na zájmy všech zainteresovaných stran.

##### Charakteristické znaky

- Pro efektivní řízení a měření výkonnosti manažerských výkonů jsou stanoveny klíčové indikátory výkonnosti.
- Pro efektivní řízení a měření úspěšnosti poskytované péče jsou stanoveny klíčové indikátory kvality.

#### 7.1.3.2 Požadavky na řízení a zvyšování kvality

##### Oblast hodnotících standardů

1. Vedení organizace je odpovědné za plánování, realizaci, monitoring a přezkoumávání procesu trvalého zvyšování kvality ve všech činnostech organizace.

##### Charakteristické znaky

- Organizace má vypracován plán systematického kontinuálního přístupu ke zvyšování kvality, který pokrývá všechny aspekty výkonnosti celého zařízení, zahrnuje monitoring manažerských a odborných činností, včetně vysoce rizikových postupů a způsob vyhodnocování.
- Organizace má zaveden systém interního řízení kvality a bezpečí, který vyhodnocuje, a příp. reviduje s ohledem k jeho účinnosti a výsledky jsou sdíleny v rámci celého zařízení.
- Organizace má vypracovávánu pro všechny klinické obory metodiku výběru, příp. tvorby standardních diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů.
- Organizace má zaveden systém příjmu, analýzy a řešení stížností pacientů spravedlivým a včasným způsobem, systém sledování spokojenosti pacientů a způsob vyhodnocování jejich výstupů.
- Organizace může doložit na konkrétních příkladech zvyšování a zlepšování své kompetence (nové léčebné postupy, zvyšování kompetencí svých pracovníků atd.).

##### Oblast hodnotících standardů

2. Organizace aktivně využívá při poskytování zdravotních služeb odborné standardizované procesy a postupy.

### **Charakteristické znaky**

- standardy efektivní léčebné péče
- doporučené diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy
- doporučení odborných společností a profesních komor

### **Oblast hodnotících standardů**

3. Vedení organizace stanoví systém řízení předpisových dokumentů.

### **Charakteristické znaky**

- Organizace disponuje systémem řízení dokumentace.
- Organizace má všechny své vnitřní předpisy, směrnice a procesy pro všechny klíčové činnosti dokumentovány, schvalovány, aktuální a zavedené.

### **Oblast hodnotících standardů**

4. Vedení organizace stanoví systém řízení záznamových dokumentů.

### **Charakteristické znaky**

- Organizace má zaveden dokumentovaný systém řízení záznamů.
- Organizace může doložit dohledání záznamů ke každému případu v souladu s platnou legislativou a interními předpisy o způsobu uchovávání záznamů.

### **Oblast hodnotících standardů**

5. Organizace určí vnitřním předpisem požadavky na vedení zdravotnické dokumentace v souladu s platnou legislativou tak, aby veškerá dokumentace byla aktuální, úplná, přesná a zabezpečená i s ohledem na kontinuitu a bezpečí poskytované péče.

### **Charakteristické znaky**

- Jsou stanoveny a dodržovány zásady vedení zdravotnické dokumentace v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování zdravotních služeb a organizační strukturu zařízení.
- Jsou stanoveny a dodržovány zásady pro zajištění nahlížení do zdravotnické dokumentace v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování zdravotních služeb.
- Jsou stanoveny a dodržovány postupy při ukládání zdravotnické dokumentace a její ochraně před zneužitím, ztrátou a poškozením.
- Organizace má metodiku kontroly zdravotnické dokumentace.

### **Oblast hodnotících standardů**

6. Organizace využívá systémy řízení kvality hodnocené externími organizacemi.

### **Charakteristické znaky**

- Systém standardů dle vyhlášky č. 102/2012 Sb.
- Systémy správné laboratorní, klinické nebo výrobní praxe.
- Systémy uvedené v technických normách ISO aj.

### **7.1.3.3 Požadavky na řízení rizik**

#### **Oblast hodnotících standardů**

1. Organizace řídí rizika za účelem snižování rizik s ohledem na pacienty, jejich blízké, personál a návštěvníky.

#### **Charakteristické znaky**

- Organizace řeší prevenci nežádoucích událostí v souvislosti s poskytováním zdravotní péče přiměřeně k typu zdravotní péče včetně zavedení příslušných doporučení WHO Global Patient Safety initiative.
- Organizace má vypracovány plány řízení rizik pro všechna významná rizika v zařízení.
- Všechny stanovené postupy v organizaci jsou dodržovány, zaznamenávány a vyhodnocovány, příp. revidovány.
- Organizace má zaveden systém hodnocení klinických rizik za účelem ochrany pacientů před nežádoucími výsledky péče.
- Organizace využívá a rozvíjí systém resortních bezpečnostních cílů stanovených MZ ČR k redukci rizik a prevenci vzniku nežádoucích událostí, kontrola infekcí zahrnuje minimálně mytí rukou, postupy úklidu a čištění pomůcek.
- Organizace má zaveden systém hlášení, evidence a analýzy nežádoucích událostí a skorochyb týkajících se pacientů, personálu i návštěv.
- Organizace vyhodnocuje systém nastavení BOZP, protipožární ochrany včetně revizí, testování a údržby zařízení a vybavení včetně stanovení rozsahu osobních ochranných pomůcek s ohledem na snižování rizik pro pacienty, jejich blízké, personál i návštěvníky.

2. Organizace má zpracovány havarijní plány pro případ havárií, které obsahují preventivní opatření, včasné zjištění, zmírnění následků a bezpečný únik z organizace v případě požáru či jiných mimořádných situací.

#### **Charakteristické znaky**

- Organizace má vypracovány plány na řízení krizí/havárií relevantní rizikům, které jí hrozí.

#### **Oblast hodnotících standardů**

- Organizace přijímá opatření pro zajištění bezpečnosti pacienta a ochranu jeho majetku.

### **Charakteristické znaky**

- Organizace má systém ochrany majetku pacientů před krádeží a ztrátou.
- Organizace má systém ochrany pacientů před osobními útoky a možnostmi jejich zranění.

#### **7.1.3.4 Požadavky na řízení změn**

##### **Oblast hodnotících standardů**

1. Organizace plánuje a řídí inovaci svých činností s ohledem na své dlouhodobé cíle.

##### **Charakteristické znaky**

- Organizace může doložit relevantní plán včetně plánovaných zdrojů, průběhu inovace, vyhodnocení změn s ohledem na předpokládané výsledky, příp. příklady modernizace, popř. inovace (kde je relevantní).

## **7.2 Požadavky na standardy výkonu zdravotních služeb**

### **7.2.1 Dostupnost**

##### **Oblast hodnotících standardů**

1. Pacienti mají přístup k službám podle svých identifikovaných potřeb zdravotní péče a v souladu s posláním organizace a s jejími zdroji.

##### **Charakteristické znaky**

- Dostupnost poskytovaných služeb odpovídá legislativě a potřebám pacientů.
- Spektrum poskytovaných služeb vyhovuje požadavku komunity a možnostem zařízení.
- V organizaci je stanoven postup pro vyšetřování a příp. přijetí pacientů, který je koordinován za účelem poskytnutí potřebných zdravotnických služeb garantovaných zdravotnickým zařízením.
- Organizace má postup pro zajištění dostupnosti zdravotních služeb pacientům s hendikepem či jinými individuálními potřebami (př. cizinci).
- Organizace sleduje, zveřejňuje a aktualizuje objednávací doby pacientů na plánované zdravotní výkony či vyšetření.

### **7.2.2 Práva pacienta a jeho rodiny**

##### **Oblast hodnotících standardů**

1. Pacienti jsou seznámeni se svými právy na důstojnost, respekt, soukromí, důvěrnost, bezpečí a bezpečnost, které organizace respektuje.



### **Charakteristické znaky**

- Každý pacient je při přijetí do zdravotnického zařízení seznámen vhodnou formou se svými právy, o tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace.
- Organizace zabezpečuje citlivý přístup ke kulturním a spirituálním potřebám pacientů a jejich blízkých, respektuje jejich preference a přání.
- Organizace má stanoven systém ochrany dat pacientů v souladu s platnou legislativou včetně možností informování o výsledcích vyšetření nebo zdravotním stavu pacienta.
- Organizace má zaveden systém sledování a vyhodnocování dodržování práv pacientů včetně odstraňování zjištěných nedostatků.

### **Oblast hodnotících standardů**

2. Organizace informuje pacienty a jejich blízké o poskytované péči a o službách a o přístupu k těmto službám tak, aby je motivoval k aktivní účasti na poskytování zdravotních služeb.

### **Charakteristické znaky**

- Pacienti a jejich blízcí obdrží odpovídající informace o nemoci, předpokládané léčbě, postupech a poskytovatelích péče takovým způsobem, aby se mohli podílet na rozhodování o péči.
- Organizace informuje pacienty a jejich blízké o získávání informovaného souhlasu pro všeobecnou péči, speciální testy, postupy a léčbu, která vystavuje pacienta riziku.
- Organizace informuje pacienty a jejich blízké o jejich právech a povinnostech souvisejících s odmítnutím či přerušením léčby.
- Pacientův podpis nebo jakékoliv jiné vyjádření všech typů souhlasu je uloženo v jeho záznamech.
- Pokud někdo jiný než pacient dá tento souhlas, bude tato osoba uvedena v pacientových záznamech.

### **Oblast hodnotících standardů**

3. V organizaci je ustavena etická komise dozorující veškerý výzkum v organizaci, přičemž se účastní lidské subjekty.

### **Charakteristické znaky**

- Organizace má pro výzkumnou činnost ustavenou etickou komisi.
- Etická komise dozoruje příslušný výzkum a její stanoviska jsou dokumentována.

## 7.2.3 Péče o pacienty

### A. Požadavky na poskytování péče

#### Oblast hodnotících standardů

2. Poskytování zdravotních služeb všem pacientům v organizaci se řídí stanovenými jednotnými zásadami a postupy pro diagnostickou, léčebnou, rehabilitační a ošetrovatelskou péči, s respektováním příslušných zákonů a nařízení.

#### Charakteristické znaky

- Jsou vypracovány jednotné zásady a postupy pro poskytování zdravotních služeb.
- Jsou využívány současné a uznávané odborné standardizované postupy.
- Jsou zajištěny konzultační služby pro další obory potřebné pro poskytovanou zdravotní péči v individuálních případech, kde to vyžaduje zdravotní stav pacienta.
- Péče o vysoce rizikové pacienty a poskytování vysoce rizikových služeb se řídí stanovenými zásadami a postupy.

#### Oblast hodnotících standardů

3. Péče poskytovaná každému pacientovi je naplánována a zapisována do jeho záznamů.

#### Charakteristické znaky

- Pro každého pacienta je na začátku poskytované péče písemně vyhotoven plán individuální diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče, příp. rehabilitační péče obsahující cíle péče nebo požadované výsledky léčby.
- Plán péče je stanoven na základě zhodnocení a vyšetření pacienta včetně případných výsledků diagnostických testů, za účasti pacienta a jeho blízkých.
- Vyšetřování pacientů je srozumitelné, zahrnuje příslušné potřebné obory a je prováděno a zdokumentováno včasným způsobem.
- Zdravotničtí pracovníci v souladu se svými kompetencemi plní plán péče, sledují naplnění cílů a výsledků.
- Pokud jsou zaznamenány změny v pacientově stavu nebo v průběhu dalšího vyšetřování, je plán péče přehodnocen.
- Postupy, které byly požadovány a byly provedeny, jsou zapsány do pacientova záznamu dle schválených postupů organizace.

### B. Požadavky na podávání léčiv a používání zdravotnických prostředků

#### Oblast hodnotících standardů

1. Organizace má systém pro bezpečné zacházení s léčivými přípravky.

### **Charakteristické znaky**

- Organizace má stanoveny interní postupy pro objednávání, příjem, skladování, předepisování, úpravu přípravků a likvidaci nepoužitelných léčivých přípravků včetně dokumentace jednotlivých postupů a jejich kontroly v souladu s legislativními předpisy.
- Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na odděleních, počet balení a expirační doby pravidelně kontroluje pověřený pracovník.
- V organizaci existuje systém stažení z oběhu a likvidace léčivých přípravků.
- Organizace má stanoveny interní postupy pro používání neregistrovaných léčivých přípravků.
- Organizace má interní postupy hlášení nežádoucích účinků léčivých přípravků.
- Organizace má definovány oprávnění a povinnosti zaměstnanců pro zajištění bezpečného zacházení s léčivými prostředky.

### **Oblast hodnotících standardů**

2. Organizace má systém pro bezpečné podávání léčivých přípravků.

### **Charakteristické znaky**

- Organizace má písemně vypracovanou metodiku upravující podávání léčiv pacientům.
- Před podáním léků je pacient identifikován.
- Správná dávka léků je podána správným pacientům ve správný čas.
- Samostatné užívání léků pacientem, kontrolu vzorků léků, používání všech léků přinesených do organizace pacientem nebo jeho rodinou a přidělování léků při propuštění se řídí stanovenými zásadami a postupy.
- Informace o předepsaných a užívaných lécích jsou zaneseny do pacientových záznamů.
- Informace o účincích léků jsou zaneseny do pacientových záznamů.
- Chybné podání léků je zaznamenáno způsobem a v čase určeném organizací.
- Organizace má definovány oprávnění a povinnosti zaměstnanců pro zajištění bezpečného podávání léčivých prostředků.

### **Oblast hodnotících standardů**

3. Organizace má systém pro bezpečné zacházení se zdravotnickými prostředky.

### **Charakteristické znaky**

- Organizace má stanoveny interní postupy pro objednávání, příjem, skladování, předepisování a likvidaci nepoužitelných zdravotnických prostředků včetně dokumentace jednotlivých postupů a jejich kontroly v souladu s legislativními předpisy.

- V organizaci existuje systém stažení zdravotnických prostředků z oběhu a jejich likvidace.
- Organizace má stanoveny interní postupy pro příp. používání neregistrovaných zdravotnických prostředků (př. klinické hodnocení).
- Organizace má interní postupy hlášení nežádoucích účinků zdravotnických prostředků.
- Organizace má definovány oprávnění a povinnosti zaměstnanců pro zajištění bezpečného zacházení se zdravotnickými prostředky tak, aby je používal pouze k tomu proškolený personál.

### **C. Požadavky na stravovací péči**

#### **Oblast hodnotících standardů**

1. Příprava jídla, manipulace s ním, skladování a jeho distribuce jsou bezpečné a v souladu se zákony, nařízeními a v současnosti přijatelnými postupy.

#### **Charakteristické znaky**

- Na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a vydávání potravy a výživových produktů.
- Ve stravovacích provozech je aplikován systém kontroly kritických bodů HACCP.

#### **Oblast hodnotících standardů**

2. Organizace má vypracován standard stravování pacientů a nutriční.

#### **Charakteristické znaky**

- Je stanoven postup organizace nutriční péče.
- Je zpracován systém diet.
- Pro každého pacienta je plánována stravovací péče.
- Strava pro pacienty se podává bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným pro každé oddělení a schváleným dietní sestrou.

### **D. Požadavky na laboratorní služby**

#### **Oblast hodnotících standardů**

1. Laboratorní služby odpovídají potřebám pacientů.

#### **Charakteristické znaky**

- Všechny laboratorní služby splňují příslušné místní a národní standardy a nařízení včetně etických pravidel pro poskytování zdravotních služeb.

- Laboratorní služby jsou k dispozici v rozsahu a kvalitě odpovídajícím potřebám pacienta.
- Testy provádějí a výsledky vyhodnocují jedinci s potřebným vzděláním, dovednostmi, přehledem a zkušenostmi.
- Laboratorní výsledky jsou k dispozici včas, tak jak je určeno organizací.
- Veškeré ukazatele diagnostické efektivity a znaky metody potřebné pro konzultace, interpretaci a hlášení laboratorních výsledků odpovídají skladbě pacientů organizace.
- Pro řízení kvality existují postupy, které jsou dodržovány a dokumentovány.

### **E Požadavky na radiologické služby**

#### **Oblast hodnotících standardů**

1. Radiologické služby jsou k dispozici podle potřeb pacienta.

#### **Charakteristické znaky**

- Je dodržován a dokumentován program radiační bezpečnosti a všechny služby splňují příslušné místní a národní standardy a nařízení.
- Testy provádějí a výsledky vyhodnocují jedinci s potřebným školením, dovednostmi, přehledem a zkušenostmi.
- Radiologické výsledky jsou k dispozici včas, tak jak je určeno organizací.
- Pro kontrolu kvality existují postupy, které jsou dodržovány a dokumentovány.

### **F Podpora zdraví a prevence nemocí**

#### **Oblast hodnotících standardů**

1. Organizace má plán podpory zdraví a prevence nemocí ve vztahu k pacientům a zaměstnancům.

#### **Charakteristické znaky**

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

## **7.2.4 Kontinuita péče**

#### **Oblast hodnotících standardů**

1. Organizace zajišťuje kontinuitu služeb péče o pacienta.

### **Charakteristické znaky**

- Organizace zajišťuje kontinuitu služeb péče o pacienta v rámci své organizace a zajišťuje tak i odpovídající koordinaci zdravotnických pracovníků v rámci jejich kompetencí.
- Během všech fází péče existuje oprávněná osoba, která je odpovědná za péči o pacienta.
- Organizace spolupracuje s lékaři a dalšími organizacemi poskytujícími zdravotní, příp. sociální služby ve své komunitě, aby zajistila kontinuitu péče.

## **7.2.5 Propuštění a další sledování**

### **Oblast hodnotících standardů**

1. Organizace má vypracované postupy pro předání, přeložení, propuštění pacientů nebo ukončení poskytování péče vycházející ze stavu pacienta a příp. další potřebné péči.

### **Charakteristické znaky**

- Předání, překládání, propouštění, příp. ukončení poskytování péče z důvodu očekávaného úmrtí pacienta je kontinuálně plánováno za účasti pacienta a příp. jeho blízkých a je dokumentováno v pacientových záznamech.
- Informace týkající se péče o pacienta jsou předávány spolu s pacientem.
- Zdravotní stav pacientů, kteří jsou převáženi, bude před transportem stabilizován.
- Překlad musí být uskutečněn až na základě potvrzení toho zařízení, kde bude pacient přijat (výjimku tvoří případy bezprostředního nebezpečí z prodlení).
- Pacientům a jejich blízkým jsou podány srozumitelné instrukce při předání pacienta nebo propuštění.
- Organizace má postup pro jednání s rodinami zemřelých pacientů.

## **7.3 Požadavky na analýzu a výsledky**

### **7.3.1 Monitorování dat a průběžné analýzy**

#### **Oblast hodnotících standardů**

1. Organizace zabezpečuje monitoring a analýzu dat potřebných k hodnocení a zvyšování své kvality a výkonnosti s využitím indikátorů kvality a výkonnosti.

#### **Charakteristické znaky**

Do monitoringu a analýzy kvality jsou začleněny nejméně tyto aktivity související s poskytováním zdravotních služeb:

- řízení bezpečného nakládání a používání krve a s krevních derivátů,

- prevence záměny strany, pacienta či výkonu,
- bezpečné postupy před, během a po chirurgickém výkonu, anestezii a střední nebo hluboké sedaci a invazivních výkonech,
- řízení bezpečné medicíny,
- řešení neodkladných stavů,
- výskyt nežádoucích událostí,
- použití antibiotik, dalších léků.

**Do monitoringu kvality v rámci organizace jsou začleněny tyto manažerské aktivity:**

- sledování efektivity manažerského systému organizace, manažerských a odborných kompetencí v souvislosti s nastavením a plněním dlouhodobých cílů s ohledem na zájmy všech zainteresovaných stran,
- sledování úrovně předkládaných zpráv (přesnost, věcnost, správnost a úplnost) vyžadovaných zákony a nařízeními a úroveň zpráv potřebných pro řízení organizace,
- sledování úrovně spolupráce s dalšími organizacemi (poskytovateli ZS, dodavateli, dalšími institucemi),
- řízení zdrojů, to zahrnuje:
  - kompetence a výkonnost pracovníků,
  - získávání a udržování běžných zásob zdravotnického materiálu a léků nutných pro potřeby klientů,
  - přiměřenost a stav technického vybavení a využívaných prostor,
  - řízení finančních toků,
  - vyhodnocování účelnosti vynakládání finančních prostředků a dalších zdrojů vzhledem ke stanoveným plánům a rozpočtu,
- řízení kvality procesu poskytovaných zdravotnických služeb, to zahrnuje:
  - soulad diagnostických, léčebných, ošetrovatelských postupů se stanovenými standardy,
  - dodržování personálního zabezpečení poskytované péče,
  - sledování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony,
  - úroveň vedení zdravotnické dokumentace,
  - dodržování práv pacientů a osob pacientů blízkých na informace a spolurozhodování na poskytované péči,
  - vyřizování stížností a sledování spokojenosti pacientů a zaměstnanců,
- řízení rizik, to zahrnuje:
  - hodnocení událostí, které ohrožují bezpečnost pacientů, jejich rodin a personálu, a jejich řízení a prevenci.
- neustálé monitorování interních signálů pro změnu a externích tlaků směřujících k provádění změn v organizaci.

### 7.3.2 Analýzy výsledků a opatření

#### Oblast hodnotících standardů

1. Vedení organizace vyhodnocuje kvalitu a výkonnost organizace pomocí indikátorů z těchto hledisek:

#### Charakteristické znaky

##### A. Spokojenost pacientů

- Organizace vyhodnocuje očekávání a spokojenost pacienta a jeho rodiny.

##### B. Spokojenost personálu

- Organizace vyhodnocuje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců.

##### C. Vztah ke společnosti

- Organizace vyhodnocuje demografické údaje a diagnózy pacientů.
- Organizace vyhodnocuje kontakty s ostatními poskytovateli péče v regionu.
- Organizace vyhodnocuje kvalitu a četnost kontaktů s místními a společenskými partnery (př. kontakty s orgány místní zprávy, aktivity v oblasti vzdělávání, ochrany zdraví a životního prostředí, sponzoring atp.).

##### D. Klíčové výsledky kvality a výkonnosti

- Výsledky kvality a efektivity zdravotní péče.
- Ekonomické výsledky, výsledky výkonnostních ukazatelů (finanční i nefinanční výsledky), podklady pro řízení financí.
- Ostatní výsledky, např.:
  - počty ocenění včetně odborných;
  - počty intervencí lékařské komory, správních a justičních orgánů;
  - atd.

##### E. Trendy celkové výkonnosti a kvality výsledků

- Přijatá opatření vedou/nevedou k trvalému zvyšování kvality a výkonnosti.

*Zpracováno s využitím podkladů MUDr. Věry Chaloupkové, vedoucí Střediska pro kvalitu a autorizaci zdravotních služeb, SZÚ Praha, a publikováno se souhlasem autora.*



# Curriculum vitae

## **Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.**

Od roku 1985 působí jako praktický lékař v Praze 8 Karlíně. Má dvě atestace v oboru všeobecné lékařství. Více než 20 let se věnuje pedagogické činnosti. V roce 2009 habilitoval a byl jmenován přednostou Ústavu všeobecného lékařství 1.lékařské fakulty UK v Praze. Je vědeckým sekretářem Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP.

Jako člen Evropské Společnosti pro kvalitu v primární péči EQuIP se podílel na rozvoji nástrojů hodnocení kvality v primární péči. Byl řešitelem a spoluřešitelem mezinárodních i domácích projektů na podporu kvality a na toto téma také přednášel a publikoval u nás i v zahraničí. Je autorem Národních akreditačních standardů pro všeobecné ambulance. Je členem Komise MZ ČR pro kvalitu.

## **Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.**

Narozen v roce 1954. V současné době přednosta Ústavu sociálního lékařství a vedoucí oddělení praktického a rodinného lékařství Lékařské fakulty University Karlovy v Hradci Králové.

Vzdělání: 1979 absolvent LF UK a VLVDÚ JEP Hradec Králové, 1984 atestace I. stupně z vnitřního lékařství, 1988 atestace I. stupně ze všeobecného lékařství, 1991 atestace II. stupně ze všeobecného lékařství, 1992 CSc., 1994 habilitace, 2001 Medical Strategic Leadership Program Course, Fort Sam Houston, Texas, USA.

Odborné aktivity: člen Vědecké rady ČLK, předseda Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti JEP, člen výboru Společnosti vojenských lékařů České lékařské společnosti JEP. Průběh profesní kariéry do konce roku 2002 AČR, kde mj. zastával volenou funkci rektora-velitele Vojenské lékařské akademie JEP, po skončení závazku přechází na LF UK v Hradci Králové, kde působí dosud. Autor několika desítek publikací na téma všeobecné praktické lékařství a veřejné zdravotnictví.

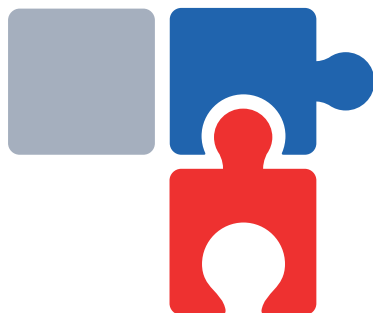
Byl jedním z řešitelů projektu MZ ČR na téma Akreditační standardy pro všeobecné ambulance 2008–2009.

## **MUDr. Jarmila Seifertová**

Absolvovala Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze 1985. Atestaci I. stupně z pediatrie vykonala v roce 1988. Od r. 1994 vede soukromou praxi dětského praktického lékaře v Kladně.

V roce 1992 absolvovala odbornou stáž v primární péči v Dánsku. Účastnila se kurzů Master Class in Primary Care I a II v Utrechtu v roce 1996 a 1999 a kurzu pro školitele v Londýně v roce 1997. Od r. 1998 byla asistentem na subkatedře praktického dětského lékařství IPVZ v Praze. Přednáší na předatestačních kurzech IPVZ pro praktické lékaře a pro studenty anglické paralelky na 1. LF UK v Praze. V letech 2002–2010 byla členkou výboru Pediatrické společnosti ČLS JEP.

Zapojila se do projektů hodnocení kvality v primární péči HOPP I, II v letech 1998–2002. Podílela se na adaptaci nástrojů hodnocení kvality pro ordinace praktických lékařů pro děti a dorost. Spolupracovala na tvorbě doporučených postupů.



Vytvořeno a vytištěno v rámci Individuálního projektu Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost "Odborné vzdělávání lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků III. ".  
Projekt číslo: CZ.1.04/1.1.00/D3 00005.



PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)