

# Věstník

Ročník **2015**

MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

ČESKÉ REPUBLIKY

Částka **16**

Vydáno: 26. ŘÍJNA 2015

Cena: 74 Kč

## OBSAH:

1. Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb..... 2
2. Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb – metodický návod pro sebehodnocení. .... 15
3. Změna v Metodice vzniku a obnovy zásoby vybraných antiinfektiv a fomepizolu pro ČR ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze..... 30

## MINIMÁLNÍ POŽADAVKY PRO ZAVEDENÍ INTERNÍHO SYSTÉMU HODNOCENÍ KVALITY A BEZPEČÍ POSKYTOVANÝCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Ministerstvo zdravotnictví ČR, ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), uveřejňuje minimální požadavky **pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.**

Parametry tohoto interního systému představují minimální spektrum požadavků, které bude dle potřeby aktualizováno a rozšiřováno.

### ÚVOD

Zavedení systému interního hodnocení kvality a bezpečí je standardním sebehodnotícím nástrojem zajišťujícím především kvalitu procesů, ke kterým při poskytování zdravotních služeb dochází. Požadavky na zajištění kvality a bezpečí naposledy velmi detailně formulovala Rada EU v „Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“ viz Úřední Věstník 2009/C 151/01, ve „Zprávě Komise Radě na základě zpráv členských států o provádění doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (2009/C 151/01)“, v „Druhé zprávě Komise Radě o provádění doporučení Rady 2009/C 151/01 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“, dále WHO/Aliance pro bezpečí pacientů a program WHO/Nemocnice podporující zdraví.

Interní hodnocení vychází z institucionálního sebehodnocení podle předem stanovených lokálních standardů. Sebehodnocení je komplexní, systematický a pravidelný proces, kterým **poskytovatel posuzuje kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb na lokální úrovni.** Podstatou je sebekritické vyhodnocení všech oblastí poskytované péče a vyhledání nejslabších míst. Základem sebehodnocení je zachování objektivnosti v sebekritičnosti, kontinuita a sledování dynamiky vývoje.

Systém sebehodnocení neslouží k vystavení certifikátů kvality, ke kontrole kvality a bezpečí jinou institucí, než poskytovatelem a nejedná se o složení zkoušky. Cílem je pochopení činnosti organizace, minimalizace rizikových činností a odhalení potenciálních možností ke zlepšení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Jedná se tedy o proces hodnocení sebe sama a zajištění trvalého zlepšování vlastní činnosti. Právě na základě výsledku sebehodnocení poskytovatel zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“) sestaví vlastní individuální plány pro zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. **Sebehodnocení slouží výhradně pro interní potřeby poskytovatele zdravotních služeb.**

Z výsledků sebehodnocení poskytovatel určí oblasti, v nichž si poskytovatel zdravotních služeb vede dobře a ty oblasti, které by bylo třeba zlepšit. Na základě zjištěných a analyzovaných informací by měl být vypracován plán dalších aktivit, který bude identifikované problémy řešit. Je důležité, aby naplánované aktivity byly přiřazeny k místním prioritám, cílům a k dostupným zdrojům poskytovatele.

### Příklad možného vyhodnocování<sup>1</sup>

SPLNĚNO – poskytovatel má zaveden požadovaný systém nebo proces.

NESPLNĚNO – poskytovatel nemá požadovaný systém/proces vypracován ani zaveden.

NEHODNOCENO – vzhledem ke specifičnosti poskytovatele zdravotní péče nelze požadovaný systém/proces hodnotit.

<sup>1</sup> Tento způsob hodnocení je pouze doporučující.

**OBSAH:****1. Poskytovatel lůžkové a jednodenní péče**

- 1.1. Standard: Zavedení rezortních bezpečnostních cílů
  - 1.1.1. RBC1-Bezpečná identifikace pacientů
  - 1.1.2. RBC2-Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti
  - 1.1.3. RBC3-Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
  - 1.1.4. RBC4-Prevence pádů
  - 1.1.5. RBC5-Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
  - 1.1.6. RBC6-Bezpečná komunikace
  - 1.1.7. RBC7-Bezpečné předávání pacientů
  - 1.1.8. RBC8-Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů
- 1.2. Standard: Řešení neodkladných stavů
- 1.3. Standard: Dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých
- 1.4. Standard: Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí
- 1.5. Standard: Sledování spokojenosti pacientů
- 1.6. Standard: Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče
- 1.7. Standard: Dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony

**2. Poskytovatel ambulantní péče**

- 2.1. Standard: Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (RBC2)
- 2.2. Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC5)
- 2.3. Standard: Řešení neodkladných stavů
- 2.4. Standard: Zajištění bezpečnosti skladovaných léčivých přípravků
- 2.5. Standard: Stanovení zásad správné komunikace s pacientem
- 2.6. Standard: Ordinační doba a zastupitelnost
- 2.7. Standard: Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí

**3. Poskytovatel zdravotnické záchranné služby**

- 3.1. Standard: Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (RBC2)
- 3.2. Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC5)
- 3.3. Standard: Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče
- 3.4. Standard: Technická kontrola pomůcek k řešení neodkladných stavů

<sup>1</sup> Tento způsob hodnocení je pouze doporučující.

## 1. Poskytovatel lůžkové a jednodenní péče

### 1.1. Standard: Zavedení rezortních bezpečnostních cílů (dále jen RBC)

#### 1.1.1. RBC 1 – Bezpečná identifikace pacientů

Cílem standardu je stanovit jednotný postup při identifikaci pacientů. Každý pacient musí být správně identifikován zejména před tím, než je mu podán léčivý přípravek, odebrán vzorek biologického materiálu a před provedením jakýchkoli diagnostických či terapeutických výkonů.

##### 1.1.1.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

###### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má vypracován postup pro jednoznačnou nezaměnitelnou identifikaci pacientů.
- má jednotnou identifikaci pacientů, která je zavedena pro celé zdravotnické zařízení.
- má stanoven způsob ověření identifikace pacienta, který není schopen potvrdit vlastní identifikační údaje
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, systém sledování nežádoucích událostí, systém sledování neshod na příjmu biologického materiálu v klinických laboratořích viz dále).

#### 1.1.2. RBC 2 – Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti

Cílem standardu je stanovit seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (dle charakteru oddělení) ve vztahu k možnosti poškození pacienta, individuálně pro každé oddělení. K těmto léčivým přípravkům patří vždy injekční roztoky chloridu draselného (KCL) o koncentraci 7,45 % a vyšší, inzulíny, neředěné hepariny (pokud se používají), opiáty<sup>1</sup>. Zajistit bezpečné skladování těchto léčivých přípravků v souladu s doporučením výrobce léčiv a podmínky užívání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti samotnými pacienty, které jsou vneseny do zařízení samotnými pacienty.

##### 1.1.2.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

###### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má stanoven seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (dle charakteru oddělení).
- má zajištěno bezpečné uložení léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti v souladu s doporučením výrobce.
- má stanoveny podmínky pro užívání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti samotnými pacienty, které jsou vneseny do zdravotnického zařízení samotnými pacienty.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, systém sledování nežádoucích událostí viz dále).

#### 1.1.3. RBC 3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech

Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech je komplexním opatřením, které v sobě zahrnuje nejen bezpečnou komunikaci a identifikaci pacienta, ale je odrazem vzájemné spolupráce mezi jednotlivými odděleními. Cílem standardu je nastavit komplexní opatření tak, aby k pochybením v souvislosti se záměnou pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech docházelo co nejméně, nebo vůbec.

<sup>1</sup> Tento způsob hodnocení je pouze doporučující.

### 1.1.3.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

#### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má stanovené jednotné postupy pro provedení správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci včetně výkonů prováděných mimo operační sály např. punkce.
- používá standardizovaný způsob označení místa výkonu a zajistí účast pacienta (pokud je to vzhledem k jeho zdravotnímu stavu možné) na označení místa operačního výkonu.
- používá a dokumentuje předoperační bezpečnostní proceduru bezprostředně před zahájením operačního výkonu (tzv. Kontrolní seznam-bezpečí chirurgického výkonu uveřejněn na portálu kvality MZČR).
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, systém sledování nežádoucích událostí viz dále).

### 1.1.4. RBC 4 – Prevence pádů

Pády pacientů ve zdravotnickém zařízení jsou jednou z nejčastějších nežádoucích událostí a nejedná se o problematiku pouze seniorů, ale všech věkových skupin pacientů. Cílem standardu je zavést taková bezpečnostní opatření, která by pády pacientů minimalizovala. Jedním z nástrojů naplnění je povinnost poskytovatele vést evidenci všech pádů pacientů, analyzovat je, vytvářet a realizovat nápravná opatření a průběžně kontrolovat jejich dodržování a účinnost.

#### 1.1.4.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

##### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má vypracovaný postup pro identifikaci rizikových pacientů a prevenci pádů pacientů.
- vede evidenci pádů pacientů.
- pravidelně provádí analýzu příčin pádů pacientů.
- realizuje nápravná a vytváří preventivní opatření.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, stopař, analýza sledování nežádoucích událostí viz dále).

### 1.1.5. RBC 5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

Dezinfekce rukou před kontaktem s pacientem a bezprostředně po něm je účinným prostředkem prevence přenosu infekcí. Jedná se o nejefektivnější cestu k celkovému snížení výskytu infekcí a snížení nákladů na léčbu infekcí. Cílem standardu je zavést optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče a zajistit vybavenost pracovišť dezinfekčními přípravky k zajištění hygieny rukou.

#### 1.1.5.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

##### Standard je splněn, jestliže

- má poskytovatel zaveden systém vstupní a periodického školení všech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků zdravotnického zařízení v oblasti hygieny rukou a bariérové péče.
- má poskytovatel zajištěnu vybavenost každého umyvadla hygienickými potřebami, dezinfekčními přípravky a schéma správného mytí a dezinfekce rukou zejména na exponovaných místech např. vyšetřovnách, převazovnách atd.

<sup>1</sup> Tento způsob hodnocení je pouze doporučující.

- jsou dezinfekční přípravky k dispozici v místě poskytování kontaktní péče a na dalších rizikových místech, kde se manipuluje se zdravotnickými prostředky a pomůckami kontaminovanými biologickým materiálem.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, e-learning, ověření znalostí zaměstnanců, sledování výskytu infekcí spojených s poskytováním zdravotních služeb).

#### **1.1.6. RBC 6 – Bezpečná komunikace**

Nezajištění bezpečné komunikace ve zdravotnickém zařízení je jedním z dalších potenciálních rizik vzniku komplikací. Komunikace je hlavním nástrojem našeho společného dorozumívání a chyby v komunikaci mohou vést k nedorozumění a následnému poškození pacienta. Cílem standardu je omezit nedorozumění při komunikaci a zavést jasná a jednotná pravidla pro interní komunikaci ve zdravotnickém zařízení.

##### **1.1.6.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu**

###### **Standard je splněn, jestliže poskytovatel**

- má vypracován a zaveden jednotný systém používaných interních zkratk.
- má zavedeny standardní postupy pro případy telefonických ordinací léčivých přípravků.
- má vypracován postup hlášení kritických hodnot vyšetření.
- má vypracován postup předávání informací telefonicky příbuzným a blízkým pacientů, orgánům státní správy a dalším osobám, které jsou oprávněny k získání informací o stavu pacienta a médiím.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, dotazníkové průzkumy mezi zdravotnickými a administrativními pracovníky v přímé péči o pacienta).

#### **1.1.7. RBC 7 – Bezpečné předávání pacientů**

Na péči o pacienta se v průběhu hospitalizace podílí mnoho zdravotnických pracovníků nebo jiných odborných pracovníků a v návaznosti na vývoj jeho zdravotního vztahu není vyloučen překlad pacienta mezi jednotlivými odděleními/klinikami nebo i mimo zdravotnické zařízení. Cílem standardu je zajistit jednotný způsob předávání pacientů a informací o nich u daného poskytovatele.

##### **1.1.7.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu**

###### **Standard je splněn, jestliže poskytovatel**

- má vypracován a zaveden jednotný systém předávání pacientů a informací o nich u daného poskytovatele.
- má vypracován a zaveden jednotný systém předávání pacientů a informací o nich mimo zdravotnické zařízení.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit – analýzu dokumentace, analýzou klinického informačního systému, zpětnou vazbou od jiných poskytovatelů zdravotních služeb).

#### **1.1.8. RBC 8 – Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů**

Výskyt dekubitů u hospitalizovaných pacientů je jednou z nejčastějších nežádoucích událostí. Za neúčinnější způsob řešení problematiky dekubitů je považována jejich včasná

<sup>1</sup> Tento způsob hodnocení je pouze doporučující.

identifikace a prevence, které vedou ke zvyšování kvality péče o pacienta a snižování nákladů na poskytovanou péči. Cílem standardu je zavedení takového systému sledování výskytu rizik dekubitů a jejich předcházení, který by vedl k minimalizaci jejich výskytu.

#### 1.1.8.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

##### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- zavede vnitřním předpisem proces vstupního hodnocení rizika vzniku dekubitu u hospitalizovaných pacientů a opakovaného/periodického hodnocení u pacientů, u nichž došlo ke změně zdravotního stavu, ke změně pohybového režimu apod.
- zavede opatření ke snížení rizika dekubitů u pacientů, kteří jsou vyhodnoceni jako rizikoví.
- má stanoven jednotný postup pro prevenci vzniku dekubitů a postup řešení v případě, že k rozvoji dekubitu dojde.
- má zavedený systém evidence dekubitů, sledované výsledky analyzuje a pravidelně vyhodnocuje. V případě potřeby stanovuje nápravná a preventivní opatření.
- má zavedený vnitřní postup pro ošetřování dekubitů a volbu vhodných terapeutických postupů.
- má zaveden celoživotní systém vzdělávání zdravotnického personálu v problematice prevence a léčby dekubitů.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, systém sledování nežádoucích událostí viz dále) v případě potřeby stanovuje nápravná a preventivní opatření.

### 1.2. Standard: Řešení neodkladných stavů

Cílem standardu je zajistit funkčnost pomůcek pro řešení neodkladných stavů a proškolení všech pracovníků v poskytování první pomoci a odborné první pomoci a řešení neodkladných stavů, a to minimálně na základní úrovni. Stanovit frekvenci kontrol funkčnosti pomůcek pro řešení neodkladných stavů, expirace léčivých přípravků včetně způsobu dokumentace provedených kontrol tohoto vybavení. Stanovit systém přivolání odborné pomoci při vzniku neodkladného stavu.

#### 1.2.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

##### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má zajištěny pravidelné kontroly funkčnosti pomůcek pro řešení neodkladných stavů včetně expirací léčivých přípravků a zápisy o provedených kontrolách.
- má zpracovaný periodický plán proškolení všech pracovníků v poskytování první pomoci a v řešení neodkladných stavů minimálně na základní úrovni.
- má zajištěné proškolení minimálně jednou ročně.
- má zajištěno, že proškolení je v souladu s aktuálními doporučeními.
- má zaveden systém přivolání odborné pomoci při vzniku neodkladného stavu.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, e-learning, ověření znalostí).

### 1.3. Standard: Dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých

Cílem tohoto standardu je zajistit dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých při poskytování zdravotní péče.

<sup>1</sup> Tento způsob hodnocení je pouze doporučující.

### 1.3.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

#### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má zaveden transparentní a jednotný způsob informování o právech pacientů.
- má zaveden způsob sledování a vyhodnocování dodržování práv pacientů.
- má zajištěn způsob pro uložení cenných věcí pacientů.
- má zaveden systém k odstranění zjištěných nedostatků.

### 1.4. Standard: Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí

Nežádoucí událostí je událost nebo okolnost, která mohla vyústit nebo vyústila v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Za nežádoucí událost je také považováno neočekávané zhoršení klinického stavu pacienta, pokud má za následek trvalé tělesné poškození nebo úmrtí pacienta, pokud nejde o obvyklou komplikaci zdravotního stavu. Cílem standardu je zavedení procesu evidence, vyhodnocování a hlášení nežádoucích událostí, které se vyskytnou při poskytování zdravotní péče dle Metodiky sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (uveřejněna na portálu kvality MZ) s tím, že poskytovatel si může stanovit spektrum sledování nežádoucích událostí nad rámec této metodiky. Poskytovatel zavede nesankční systém hlášení nežádoucích událostí, včetně možnosti hlášení i důvěrných (anonymních) hlášení nežádoucích událostí, se zajištěním analýzy příčin těchto událostí.

#### 1.4.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

##### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má zaveden způsob hlášení a evidence nežádoucích událostí na lokální úrovni v souladu s Metodikou sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví.
- má zaveden způsob vyhodnocování nežádoucích událostí včetně zjišťování jejich příčin.
- identifikuje a přijímá nápravná, popřípadě preventivní opatření k předcházení nežádoucích událostí.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v časové ose – sledování vývoje (např. sledování trendů výskytu nežádoucích událostí).

### 1.5. Standard: Sledování spokojenosti pacientů

Cílem standardu je sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů se zdravotní péčí a podmínkami jejího poskytování. Důležité je stanovit způsob a frekvenci sledování spokojenosti pacientů a postup při interpretaci výsledků sledování a jejich začlenění do institucionálního systému sběru dat o kvalitě péče s přijímáním opatření k odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků. Stanovený postup musí splňovat kritéria validního sběru dat.

#### 1.5.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

##### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má zaveden způsob pravidelného sledování spokojenosti pacientů se zdravotní péčí a podmínkami jejího poskytování.
- má zaveden způsob vyhodnocování spokojenosti pacientů.
- přijímá opatření k odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v časové ose – sledování vývoje (např. sledování trendů spokojenosti pacientů).

<sup>1</sup> Tento způsob hodnocení je pouze doporučující.



### 1.6. Standard: Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče

Cílem standardu je zpracovat popisy pracovních činností jednotlivých zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka a stanovit počty potřebných zdravotnických pracovníků, a to v závislosti na druhu a objemu poskytované zdravotní péče, oboru a spektru prováděných výkonů a činností. Dále stanovit systém sledování a vyhodnocování spokojenosti pracovníků s pracovními podmínkami pro plnění jejich pracovních úkolů, včetně přijímání opatření k odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků. Stanovit program celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků včetně plánu celoživotního osobnostního rozvoje.

#### 1.6.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

##### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má zaveden způsob rozdělení pracovních míst v souladu s požadavky na personální zabezpečení zdravotní péče.
- má stanovena pravidla pro zapracování pracovníků při jejich zařazení na pracovní místo.
- má zpracovány popisy pracovních činností jednotlivých zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka.
- má zaveden systém sledování a vyhodnocování spokojenosti pracovníků s pracovními podmínkami pro plnění jejich pracovních úkolů a způsob přijímání opatření k odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků.
- má zpracován program celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků včetně plánu osobnostního rozvoje.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v časové ose – sledování vývoje (např. dotazníkové průzkumy mezi zdravotnickými a administrativními pracovníky, fluktuace pracovníků nebo počet nenaplněných pracovních míst, plnění plánu vzdělávacích aktivit).

### 1.7. Standard: Dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony

Objednací doby pacienta na provedení plánovaného zdravotního výkonu či vyšetření patří mezi ukazatele výkonnosti a dostupnosti poskytované zdravotní péče. Sledováním objednacích dob se získají informace, které lze využívat jako zpětnou vazbu pro potřeby řízení a vzájemného porovnávání situace u jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb a k trvalému zvyšování kvality poskytované zdravotní péče. Cílem standardu je dodržování sledování délky objednacích dob na plánované zdravotní výkony dle Metodického návodu pro sledování délky objednacích dob pacientů na zdravotní výkony (Věstník částka 2/2008) a zveřejňování objednacích dob, které přesahují u plánovaných výkonů 2 měsíce a u vyšetření 3 týdny a to v referenčním období 6ti měsíců na webových stránkách poskytovatele zdravotní péče.

#### 1.7.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

##### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- sleduje objednací doby pacienta na plánované zdravotní výkony či vyšetření.
- zveřejňuje a pravidelně aktualizuje objednací doby přesahující u plánovaných zdravotních výkonů 2 měsíce a u vyšetření 3 týdny a to jedenkrát za 6 měsíců.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v časové ose – sledování vývoje a ovlivňujících faktorů (např. sledování trendů dle ovlivňujících faktorů – roční období, plán dovolených apod.).

<sup>1</sup> Tento způsob hodnocení je pouze doporučující.

## 2. Poskytovatel ambulantní péče

### 2.1. Standard: Bezpečnost při používání přípravků s vyšší mírou rizikovosti (RBC2)

Cílem standardu je stanovit seznam léčivých přípravků individuálně pro každou ambulanci s vyšší mírou rizikovosti (dle charakteru ambulance) ve vztahu k možnosti poškození pacienta. K těmto léčivým přípravkům patří vždy injekční roztoky chloridu draselného (KCL) o koncentraci 7,45 % a vyšší, inzulinů, neředěné hepariny (pokud se používají) a opiáty<sup>1</sup>. Zajistit bezpečné skladování těchto léčivých přípravků v souladu s doporučením výrobce léčiv.

#### 2.1.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

##### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má stanoven seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (dle charakteru ambulance),
- má zajištěno bezpečné uložení léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti v souladu s doporučením výrobce.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, systém sledování nežádoucích událostí viz dále).

### 2.2. Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC 5)

Dezinfekce rukou před kontaktem s pacientem a bezprostředně po něm je účinným prostředkem prevence přenosu infekcí. Jedná se o nejefektivnější cestu k celkovému snížení výskytu infekcí a snížení nákladů na jejich léčbu. Cílem standardu je zavést optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče a zajistit vybavenost pracovišť dezinfekčními přípravky k zajištění hygieny rukou.

#### 2.2.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

##### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má zajištěno vstupní a periodické školení všech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků zdravotnického zařízení v oblasti hygieny rukou.
- má zajištěnou vybavenost každého umyvadla hygienickými potřebami, dezinfekčními přípravky a případně schématem správného mytí rukou zejména na exponovaných místech např. vyšetřovnách, převazovnách atd.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, sledování výskytu infekcí spojených s poskytováním zdravotních služeb).

### 2.3. Standard: Řešení neodkladných stavů

Cílem standardu je zajistit funkčnost pomůcek pro řešení neodkladných stavů a proškolení všech pracovníků v poskytování první pomoci a řešení neodkladných stavů a to minimálně na základní úrovni. Stanovit frekvenci kontrol funkčnosti pomůcek pro řešení neodkladných stavů, včetně způsobu dokumentace provedených kontrol tohoto vybavení. Označit na viditelném místě čísla linek tísňového volání (155, 112, 150, 158).

#### 2.3.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

##### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má zajištěny pravidelné kontroly funkčnosti pomůcek pro řešení neodkladných stavů se zápisy o provedených kontrolách.

<sup>1</sup> Tento způsob hodnocení je pouze doporučující.

- má zpracován periodický plán proškolení všech pracovníků v poskytování první pomoci a v řešení neodkladných stavů minimálně na základní úrovni.
- má zajištěno proškolení minimálně jednou ročně.
- má zajištěno, že proškolení je v souladu s aktuálními doporučeními.
- má zaveden systém přivolání odborné pomoci a viditelně označené linky pro tísňová volání (155, 112, 150, 158).

#### **2.4. Standard: Zajištění bezpečnosti skladovaných léčivých přípravků**

Cílem tohoto standardu je stanovení pravidel manipulace s léčivými přípravky (LP) tak, aby měl lékař i zdravotnický pracovník oprávněný přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky neustálý přehled o jejich datu expirace, a aby systém uložení léčivých přípravků minimalizoval jejich záměnu při podání pacientovi. Zacházení s léčivými přípravky by mělo odpovídat takovým pravidlům, jež omezují hromadění expirovaných LP v ordinaci praktických lékařů a ambulantních specialistů. Standard konkretizuje způsob a systém ukládání a uchovávání léčivých přípravků.

##### **2.4.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu**

###### **Standard je splněn, jestliže poskytovatel**

- skladuje léčivé přípravky omamné a psychotropní dle stanov SÚKL.
- skladuje léčivé přípravky, které nemají zvláštní skladovací podmínky definovány SÚKL, dle lékové formy.
- má na pracovišti zaveden systém umožňující průběžnou kontrolu expirací.
- vede evidenci léčivých přípravků.

#### **2.5. Standard: Stanovení zásad správné komunikace s pacientem**

Cílem tohoto standardu je minimalizovat komunikační bariéru, která může vzniknout mezi ošetřujícím lékařem, jiným zdravotnickým pracovníkem a pacientem. Důvody komunikační bariéry mohou být způsobeny věkem, jazykovou nebo kulturní rozdílností, poruchou sluchu u pacienta nebo mentální či rozumovou nedostatečností. Úroveň komunikace dále závisí na vzdělání, zájmu pacienta o vlastní zdraví a zdravotním stavu. Komunikace musí probíhat v takovém jazyce, kterému je pacient schopen porozumět. V případě potřeby je lékař povinen umožnit pacientovi přítomnost jím přivedeného a placeného tlumočnicka. Lékař musí poskytnout pacientovi informaci takovým způsobem, aby pacient poskytnuté informaci porozuměl a popřípadě ji byl schopen alespoň částečně interpretovat jinému lékaři či lékárníkovi; musí se ujistit, že pacient poskytnuté informaci rozumí, popřípadě dovysvětlit, co bylo nepochopeno.

##### **2.5.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu**

###### **Standard je splněn, jestliže poskytovatel**

- poskytuje pacientovi při konzultaci prostor k tomu, aby popsal svůj zdravotní stav a jeho souvislosti.
- poskytuje pacientovi informace takovým způsobem, aby pacient poskytnutým informacím porozuměl, v případě potřeby je lékař povinen umožnit pacientovi přítomnost jím přivedeného a placeného tlumočnicka, a o této skutečnosti se bezprostředně přesvědčí, popřípadě dovysvětlí, co bylo nepochopeno.
- vytvoří vhodné komunikační schéma pro všechny zdravotnické pracovníky daného pracoviště (v závislosti na typu pacientů, na specializaci, apod.).
- v případě potřeby používá alternativní komunikační techniky a pomůcky pro pacienty – algoritmy, obrázky, návody, psaná doporučení.
- sleduje a analyzuje chyby v oblasti komunikace v celém rozsahu poskytování zdravotních služeb.

<sup>1</sup> Tento způsob hodnocení je pouze doporučující.

## 2.6. Standard: Ordinační doba a zastupitelnost

Ordinační doba je pro pacienta důležitou informací, která by měla být dálkově dostupná a fixní. Měla by být organizována tak, aby alespoň ve své části umožnila návštěvu po průměrné pracovní době občanů/pacientů (dle požadavků pojišťoven) a pokud je zaveden objednávací systém tak, aby umožnila ve své části přístup akutních pacientů k péči. Přehled ordinačních hodin musí být pro pacienty dostupný a to v podobě vyvěšeného rozpisu na vstupu do zdravotnického zařízení, kde je kladen důraz na čitelnost a srozumitelnost informací. Informace musí podléhat pravidelné aktualizaci, aby byla shodná se skutečným stavem. Poskytovatel je povinen v době nepřítomnosti nebo dočasného přerušení poskytování zdravotních služeb zpřístupnit pacientům informaci o poskytnutí neodkladné péče jiným poskytovatelem v rámci jeho ordinační doby, v případě zajištění zástupu jiným poskytovatelem musí být uvedeno celé jméno, kontaktní údaje, ordinační doba a přesná adresa.

### 2.6.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

#### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- rozpis ordinačních hodin je pro pacienty dostupný – tzn. ordinační doba je vyvěšena v podobě rozpisu na vstupu do zdravotnického zařízení (nebo na jiném přístupném místě ambulance), kde je kladen důraz na čitelnost a srozumitelnost informací. Informace musí podléhat pravidelné aktualizaci, aby byla shodná se skutečným stavem, tj. reálným chodem ambulance.
- změna ordinační doby je vyznačena v dostatečném předstihu.
- informace o ordinačních hodinách obsahují minimálně: jméno lékaře a jména všech zdravotnických pracovníků včetně všeobecné sestry, odbornost, ordinační hodiny formou „od – do“, identifikaci hodin, jež jsou vyhrazeny k pravidelným úkonům (aplikace injekcí, odběry krve, apod.) nebo pro objednané, úplnou adresu pracoviště, telefonní kontakt (pevná linka, mobilní telefon) a pokud je dostupný kontakt elektronickou poštou (E-mail).
- poskytovatel je v době své nepřítomnosti nebo dočasného přerušení poskytování zdravotních služeb povinen zpřístupnit pacientům informaci o poskytnutí neodkladné péče jiným poskytovatelem v rámci jeho ordinační doby. U zastupujícího lékaře uvede celé jméno, kontaktní údaje a přesnou adresu

## 2.7. Standard: Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí

Cílem standardu je zavedení procesu evidence a vyhodnocování nežádoucích událostí, které se vyskytnou při poskytování ambulantní péče. Nežádoucí událostí je událost nebo okolnost, která mohla vyústit nebo vyústila v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Za nežádoucí událost je také považováno neočekávané zhoršení klinického stavu pacienta, pokud má za následek trvalé tělesné poškození nebo úmrtí pacienta, pokud se nejedná o obvyklou komplikaci zdravotního stavu.

### 2.7.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

#### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má zaveden systém evidence nežádoucích událostí, v případě, že k ní došlo, (Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví je dostupná ve Věstníku MZ č. 8/2012).
- má zaveden způsob vyhodnocování nežádoucích událostí, včetně systému analýzy jejich příčin.
- poskytovatel identifikuje a přijímá nápravná případně preventivní opatření k předcházení nežádoucích událostí.

<sup>1</sup> Tento způsob hodnocení je pouze doporučující.

### 3. Poskytovatel zdravotnické záchranné služby

#### 3.1. Standard: Bezpečnost při používání přípravků s vyšší mírou rizikovosti (RBC2)

Cílem standardu je stanovit seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti, individuálně pro dopravní prostředky všech výjezdových skupin poskytovatele zdravotnické záchranné služby. K těmto léčivým přípravkům patří vždy injekční roztoky chloridu draselného (KCL) o koncentraci 7,45% a vyšší, inzulinů, neředěné hepariny (pokud se používají), opiáty<sup>1</sup>. Zajistit bezpečné skladování těchto léčivých přípravků v souladu s doporučením výrobce léčiv.

##### 3.1.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

###### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má stanovené seznamy léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti pro dopravní prostředky všech výjezdových skupin poskytovatele zdravotnické záchranné služby.
- má zajištěné bezpečné uložení léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti v dopravních prostředcích všech výjezdových skupin poskytovatele zdravotnické záchranné služby v souladu s doporučením výrobce.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, systém sledování nežádoucích událostí).

#### 3.2. Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC 5)

Dezinfekce rukou před kontaktem s pacientem a bezprostředně po něm je účinným prostředkem prevence přenosu infekcí. Jedná se o nejefektivnější cestu k celkovému snížení výskytu infekcí a snížení nákladů na jejich léčbu. Cílem standardu je zavést optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče a zajistit vybavenost pracovišť dezinfekčními přípravky k zajištění hygieny rukou.

##### 3.2.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

###### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má zajištěno vstupní školení zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků zdravotnického zařízení v oblasti hygieny rukou.
- má zajištěno vybavenost dezinfekčními přípravky pro dopravní prostředky všech výjezdových skupin (pozemní, vzdušné) poskytovatele zdravotnické záchranné služby pro hygienu rukou.
- má zajištěno vybavenost prostředky osobní ochrany pro prevenci přenosu infekcí a zajištění bariérové péče (rukavice).
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, sledování výskytu infekcí spojených s poskytováním zdravotních služeb).

#### 3.3. Standard: Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče

Cílem standardu je zpracovat popisy pracovních činností jednotlivých zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka. Stanovit systém sledování a vyhodnocování spokojenosti pracovníků s pracovními podmínkami pro plnění jejich pracovních úkolů včetně přijímání opatření k odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků. Stanovit program celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků včetně plánu celoživotního osobnostního rozvoje.

<sup>1</sup> Tento způsob hodnocení je pouze doporučující.

### 3.3.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

#### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má zaveden způsob rozdělení pracovních míst v souladu s požadavky na personální zabezpečení zdravotní péče.
- má stanovená pravidla pro zapracování pracovníků při jejich zařazení na pracovní místo.
- má zpracovány popisy pracovních činností jednotlivých zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka.
- má zaveden systém sledování a vyhodnocování spokojenosti pracovníků s pracovními podmínkami pro plnění jejich pracovních úkolů a způsob přijímání opatření k odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků.
- má zpracován program celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků včetně plánu osobnostního rozvoje.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v časové ose – sledování vývoje (např. dotazníkové průzkumy mezi zdravotnickými a administrativními pracovníky, fluktuace pracovníků nebo počet nenaplněných pracovních míst, plnění plánu vzdělávacích aktivit).

### 3.4. Standard: Technická kontrola pomůcek k řešení neodkladných stavů

Cílem standardu je zajistit nepřetržitou funkčnost pomůcek pro řešení neodkladných stavů a stanovit frekvenci kontrol jejich funkčnosti včetně expirace léčivých přípravků a způsobu dokumentace provedených kontrol.

#### 3.4.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

##### Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má zavedenu dokumentaci o provádění pravidelných kontrol funkčnosti pomůcek, včetně expirace léčivých přípravků k řešení neodkladných stavů.
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v časové ose – sledování vývoje (např. dotazníkové průzkumy mezi zdravotnickými a administrativními pracovníky, fluktuace pracovníků nebo počet nenaplněných pracovních míst, plnění plánu vzdělávacích aktivit).

---

<sup>i</sup> Pro účely tohoto dokumentu se opiáty rozumí návykové látky uvedené v příloze č. 1, 3, 4 nebo 5 nařízení vlády o seznamech návykových látek (č. 463/2013 Sb.) a přípravky je obsahující

<sup>1</sup> Tento způsob hodnocení je pouze doporučující.

**MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY**

---

**INTERNÍ SYSTÉM HODNOCENÍ  
KVALITY A BEZPEČÍ  
POSKYTOVANÝCH  
ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB**

---

**METODICKÝ NÁVOD PRO  
SEBEHODNOCENÍ**

## ÚVOD

Ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění (zákon o zdravotních službách), je poskytovatel zdravotních služeb v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb **povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí** (dále jen „interní hodnocení“); kontrola jeho zavedení a úroveň plnění jeho standardů je v textu označeno jako „interní audit“. Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „ministerstvo“ nebo „MZ“) vypracovalo *Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení* (dále jen „minimální požadavky“), jejichž součástí jsou požadavky na plnění Resortních bezpečnostních cílů ministerstva (dále jen „RBC“). Tyto minimální požadavky včetně RBC jsou uveřejněny ve Věstníku MZ č. 16/2015 s tím, že budou dle potřeby aktualizovány a rozšiřovány.

Interní hodnocení je v citovaných minimálních požadavcích charakterizován jako nástroj sebehodnocení, sloužící danému poskytovateli zdravotních služeb k prioritizaci oblastí, kde je nutné kvalitu a bezpečí těchto služeb zvýšit. Popisy jednotlivých minimálních požadavků neuvádějí žádný požadavek na frekvenci sebehodnocení, na práci s výstupy sebehodnocení, na validaci a interpretaci jejich výstupů či na jakoukoli hodnotící aktivitu, která by posoudila, zda je interní systém hodnocení kvality a bezpečí nastaven a využíván správně.

Toto metodické vodítko je pouze doporučeným postupem s cílem umožnit standardizaci výstupů z interního hodnocení a následně plošné porovnávání získaných dat příslušnými orgány, včetně benchmarkingu poskytovatelů zdravotních služeb.



## 1. POSKYTOVATELÉ LŮŽKOVÉ A JEDNODENNÍ PÉČE

### 1.1. PROVÁDĚNÍ INTERNÍHO HODNOCENÍ

- (1) Vedení poskytovatele zdravotních služeb lůžkové a jednodenní péče (dále jen „poskytovatel“) stanoví osobu, která bude přímo odpovědná za zavedení stanovených standardů (dále jen „standard/y“) uvedených v minimálních požadavcích hodnocení ve Věstníku MZ č. 16/2015 (dále jen „koordinátor“)<sup>1</sup>.
- (2) Koordinátor interního hodnocení vytvoří odborný tým. Velikost týmu bude přímo odpovídat možnostem a potřebám poskytovatele, a to ve vzájemném souladu obou stran.
- (3) Koordinátor i členové týmu jsou do funkce pověřeni formou pověřovacího dokumentu, jehož součástí je výpis povinností a kompetencí, jež daná funkce obnáší. Tento dokument se vyhotoví ve dvou originálech, přičemž jeden náleží osobě do funkce pověřené, druhý nadřízené osobě, která zajistí její uložení do osobního spisu zaměstnance.
- (4) Při specifikaci povinností a kompetencí do pověřovacích dokumentů je nutné uvedení skutečnosti, že všichni pověřeni dle odst. 3 jsou oprávněni k provádění interního auditu. Pro účel tohoto metodického návodu je dostačující např. následující uvedení:
  - a) člen týmu – interní auditor.
  - b) koordinátor – vedoucí interní auditor.
- (5) Poskytovatel, prostřednictvím pověřeného koordinátora, zabezpečí zavedení příslušných standardů a stanovených ukazatelů (Věstník MZ č. 16/2015).
- (6) Ke každému standardu interního hodnocení vypracuje koordinátor, popř. určený pracovní tým, prováděcí předpis, kterým určí minimálně
  - a) jakým způsobem bude plnění standardu probíhat,
  - b) jakým způsobem a kam se bude zaznamenávat plnění standardu,
  - c) jak často a jakým způsobem se bude plnění standardu vyhodnocovat,
  - d) nápravná opatření.
- (7) Koordinátor též vypracuje prováděcí předpis, kterým stanoví závazný postup při realizaci interního auditu. Pomocným materiálem mu bude tento metodický návod.
- (8) Cílem tohoto metodického návodu není striktně definovat znění prováděcího předpisu. Každý prováděcí předpis musí být samostatně schválen přímým nadřízeným koordinátora nebo vedením zdravotnického zařízení (dle interních směrnic).
- (9) Povinností koordinátora interního hodnocení je zajištění proškolení zdravotnických i nezdravotnických pracovníků o vytvořených předpisech ve smyslu bodu 1.1 odst. (6) této metodiky. Školení o vydaných předpisech probíhá kontinuálně. V případě vydání

---

<sup>1</sup> Obvykle manažer kvality či jiná osoba se vzděláním odpovídajícím výkonu funkce.

nového či revidovaného předpisu v průběhu roku, bude zajištěno proškolení minimálně těch pracovníků, jejichž činnosti se předmět předpisu přímo týká.

- (10) Koordinátor interního hodnocení vede evidenci realizovaných školení včetně jmenných seznamů účastníků.

## 1.2. SBĚR DAT

- (1) Čestnost sběru dat určuje prováděcí předpis ve smyslu bodu 1. 1. odst. (6) tohoto metodického návodu. Odvíjí se od zvoleného způsobu zaznamenávání plnění jednotlivých standardů v průběhu hodnoceného období; např. sběr formulářů/evidenčních archů apod. Předpokládá se sběr minimálně 1x měsíčně vždy k poslednímu pracovnímu dni v měsíci.
- (2) Způsob sběru dat o plnění interního hodnocení kvality a bezpečí se odvíjí od zvoleného způsobu zaznamenávání plnění standardů v průběhu hodnoceného období; např. sběr formulářů či evidenčních archů, záznam hlášených nežádoucích událostí apod.
- (3) Sběr dat a zhodnocení plnění standardů může být zajištěno i přímým pozorováním praxe na pracovišti.
- (4) Interní audit má hodnotit i plnění standardů v klinické praxi. Plnění standardů se vyhodnocuje:
  - a) z otevřené zdravotnické dokumentace každého lůžkového pracoviště v rozsahu minimálně 1%.
  - b) z uzavřené zdravotnické dokumentace u minimálně 3% hospitalizovaných či ambulantně ošetřených z každého lůžkového pracoviště.
- (5) O provedených interních auditech, které koordinátor zabezpečuje, vede příslušnou evidenci. Každý záznam obsahuje úplné datum provedení interního auditu, jména auditorů a zprávu z auditu obsahující popis zjištění a stručný popis samotného výkonu auditu. Dále záznam obsahuje vyjádření zástupce auditovaného oddělení a jeho podpis.

## 1.3. VYHODNOCENÍ DAT

- (1) Vyhodnocení výstupů z interního auditu probíhá vždy pod vedením koordinátora interního hodnocení.
- (2) Prvním stupněm vyhodnocení je základní analýza zjištění. Výstupem tohoto vyhodnocení je rámcová představa o plnění či neplnění stanovených standardů a předdefinování možných zdůvodnění včetně nápravných opatření.
- (3) Po provedení základní analýzy získaných dat z interního auditu má koordinátor možnost přizvat ke spolupráci odborníka v každé oblasti, kde byly zjištěny nedostatky, k provedení podrobné analýzy. Cílem je stanovení důvodu neplnění standardu/ů,

- navržení funkčnějšího řešení k plnění, zhodnocení stávajícího prováděcího předpisu a v případě potřeby jeho úprava.
- (4) V případě provedení změny ve znění stávajícího prováděcího předpisu bude tento předložen ke schválení přímému nadřízenému koordinátora nebo vedení zdravotnického zařízení (dle interních směrnic). Dále koordinátor jedná v souladu s kap. 1.1 odst. (9).
- (5) Na základě výsledků analýzy dat z interního auditu koordinátor sestaví zprávu o plnění standardů minimálních požadavků pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí (dále jen „zpráva o plnění“), kterou předloží ke schválení svému přímému nadřízenému nebo přímo vedení daného zdravotnického zařízení (dle interních směrnic).
- (6) Schválenou zprávu o plnění (resp. její kopii) koordinátor dále postoupí vedoucímu pracovníkovi auditovaného oddělení.
- (7) Ve zprávě o plnění je u každého standardu zvlášť:
- uvedena auditovaná oblast,
  - specifikován typ a cíl provedeného auditu,
  - shrnutá kritéria auditu,
  - specifikován nález v rámci provedeného auditu,
  - uvedeno ohodnocení zjištěného plnění standardu (viz odst. 11, 12),
  - stanoveno nápravné opatření, v případě, že je zapotřebí,
  - uveden harmonogram úkonů vedoucí k nápravě negativního zjištění včetně přímého udělení odpovědnosti za jednotlivé úkony.
- (8) Povinností koordinátora je kontrola plnění jednotlivých úkolů ve zprávě o plnění. O výsledcích této kontroly informuje koordinátor svého přímého nadřízeného nebo přímo vedení daného zdravotnického zařízení (dle interních směrnic).
- (9) Doporučená četnost interního auditu dle kap. 1.2 odst. (4) písm. a) a b) je stanovena na 1x za 6 kalendářních měsíců, a to ke dni 30. 6. a 31. 12. daného roku.
- (10) Doporučená četnost vyhodnocení ostatních dat z interního auditu nespádajících do kap. 1. 2 odst. (4) písm. a) a b) je tímto metodickým návodem stanovena na 1x ročně, a to vždy za celý kalendářní rok.
- (11) Doporučená škála pro vyhodnocování plnění jednotlivých standardů:
- ▶ SPLNĚNO – poskytovatel má zaveden požadovaný systém nebo proces.
  - ▶ NESPLNĚNO – poskytovatel nemá požadovaný systém/proces vypracován ani zaveden.
  - ▶ NEHODNOCENO – požadovaný systém/proces nelze hodnotit; neaplikovatelný systém.
- (12) V případě pozitivního nálezu ve smyslu, že daný standard je „splněn“, doporučuje tento metodický návod doplnit slovní hodnocení o doplňující znaménko „+“ nebo „-“, a to jako pomocného nástroje pro zlepšení orientace

- a) označení „splněn (+)“ znamená, že plnění standardu není ohroženo a jeho plnění je stabilní,
- b) označení „splněn (-)“ signalizuje, že plnění standardu je ohroženo, a je proto vhodné více se na něj zaměřit.

#### 1.4. UCHOVÁVÁNÍ DAT

- (1) Nakládání s výstupy a jejich archivace je v kompetenci koordinátora interního hodnocení.
- (2) Se získanými výstupy z interního auditu mohou nakládat pouze osoby k tomu pověřené koordinátorem interního hodnocení a samotný koordinátor. Koordinátor pověří vybrané osoby buď na základě svého uvážení, nebo na základě pokynu vedení zdravotnického zařízení.
- (3) Ve smyslu kapitoly 1.3 je se získanými daty nakládáno s cílem zlepšit nastavené systémy a zvýšit úroveň a kvalitu poskytované péče.
- (4) Pro stanovení jednotného postupu doporučuje tento metodický návod dobu archivace na minimálně 3 kalendářní roky. Doba archivace je pak přímo úměrná přínosu, který může poskytovatel zdravotních služeb získat z vyhodnocení dat v čase (viz kap. 1.5).
- (5) K archivovaným datům má přístup pouze koordinátor interního hodnocení, zástupci vedení zdravotnického zařízení a osoby k tomu pověřené ve smyslu kap. 1.4 odst. (2).

#### 1.5. VYHODNOCENÍ V ČASOVÉ OSE

- (1) Na základě archivovaných dat dle kap. 1.4 je poskytovateli zdravotních služeb umožněno vyhodnotit výstupy z interních auditů v širším časovém rámci.
- (2) Cílem je analýza zjištěných dat z jiné perspektivy, identifikace kritických bodů v čase a sledování vývoje plnění jednotlivých standardů.
- (3) Na základě dlouhodobého zpracování dat je možno sledovat, zda je systém vnitřního sebehodnocení efektivní a na základě tohoto hodnocení přijmout případné změny.
- (4) Získané výstupy doporučuje tento metodický návod použít jako nástroj sebehodnocení a procesu neustálého zlepšování systému řízení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.
- (5) Na základě analyzovaných dat je tímto doporučeno zpracovat souhrnnou zprávu, kterou koordinátor interního hodnocení předloží a interpretuje vedení zdravotnického zařízení.
- (6) Součástí souhrnné zprávy jsou i návrhy na nápravná opatření, pokud jsou na základě zjištění třeba, která musí být schválena vedením zdravotnického zařízení.

- (7) V rámci schvalovacího procesu stanoví vedení zdravotnického zařízení termín, kdy mu koordinátor interního hodnocení předloží zprávu o průběžném plnění nápravných opatření.

## 2. POSKYTOVATELÉ AMBULANTNÍ PÉČE<sup>2</sup>

### 2.1. PROVÁDĚNÍ INTERNÍHO HODNOCENÍ

- (1) Poskytovatel, resp. vedoucí pracovník stanoví osobu, jež bude přímo odpovědná za zavedení příslušných stanovených standardů (dále jen „standard/y“) uvedených v minimálních požadavcích hodnocení ve Věstníku MZ č. 16/2015 (dále jen „koordinátor“)<sup>3</sup>.
- (2) Koordinátor interního hodnocení má možnost vytvořit odborný tým (pokud je to možné s ohledem na počet zaměstnanců).
- (3) Koordinátor i členové týmu jsou do funkce pověřeni vedoucím pracovníkem, a to písemnou formou. Součástí pověřovacího dokumentu je výpis povinností a kompetencí, jež tato funkce obnáší. Vyhотовí se ve dvou originálech, přičemž jeden náleží osobě do funkce pověřené, druhý nadřízené osobě, která zajistí její uložení do osobního spisu zaměstnance.
- (4) Při specifikaci povinností a kompetencí do pověřovacích dokumentů je nutné uvedení skutečnosti, že všichni pověřeni dle odst. 3 jsou oprávněni k provádění interního auditu. Pro účel tohoto metodického návodu je dostačující např. následující uvedení:
- a) člen týmu – interní auditor.
  - b) koordinátor – vedoucí interní auditor.
- (5) Poskytovatel, prostřednictvím pověřeného koordinátora, zabezpečí zavedení příslušných standardů a stanovených ukazatelů (Věstník MZ č. 16/2015).
- (6) Ke každému standardu interního hodnocení vypracuje koordinátor, popř. určený pracovní tým, prováděcí předpis, kterým určí minimálně
- a) jakým způsobem bude plnění standardu probíhat,
  - b) jakým způsobem a kam se bude zaznamenávat plnění standardu,
  - c) jak často a jakým způsobem se bude plnění standardu vyhodnocovat,
  - d) nápravná opatření.

<sup>2</sup> V případě poskytovatelů ambulanti péče (**se třemi a méně než 3 zaměstnanci**) se na stanovení koordinátora netrvá a jeho určení, včetně dodržování souvisejících povinností a kompetencí, je závislé pouze na rozhodnutí vedoucího pracovníka pracoviště. Povinnosti a kompetence koordinátora interního hodnocení lze v takovýchto praxích řešit dle vnitřního řádu pracoviště, jež v rámci tohoto metodického návodu slouží jako prováděcí předpis. Veškerá dokumentace je vedena dle interních zvyklostí, které pro personál představují minimální administrativní zátěž tak, aby byl čas věnován přímé péči o pacienta.

<sup>3</sup> Obvykle manažer kvality či jiná osoba se vzděláním odpovídajícím výkonu funkce.

- (7) Koordinátor též vypracuje prováděcí předpis, kterým stanoví závazný postup při realizaci interního auditu. Pomocným materiálem mu bude tento metodický návod.
- (8) Cílem tohoto metodického návodu není striktně definovat znění prováděcího předpisu. Každý prováděcí předpis musí být samostatně schválen přímým nadřízeným koordinátora nebo vedením zdravotnického zařízení (dle interních směrnic).
- (9) Povinností koordinátora interního hodnocení je zajištění proškolení zdravotnických i nezdravotnických pracovníků o vytvořených předpisech ve smyslu bodu 2.1 odst. (6) této metodiky. Školení o vydaných předpisech probíhá kontinuálně. V případě vydání nového či revidovaného předpisu v průběhu roku, bude zajištěno proškolení minimálně těch pracovníků, jejichž činnosti se předmět předpisu přímo týká.
- (10) Koordinátor interního hodnocení vede evidenci realizovaných školení včetně jmenných seznamů účastníků.

## 2.2. SBĚR DAT

- (1) Čestnost sběru dat určuje prováděcí předpis ve smyslu bodu 2. 1. odst. (6) tohoto metodického návodu. Odvíjí se od zvoleného způsobu zaznamenávání plnění jednotlivých standardů v průběhu hodnoceného období; např. sběr formulářů/evidenčních archů apod. Předpokládá se sběr minimálně 1x měsíčně vždy k poslednímu pracovnímu dni v měsíci.
- (2) Způsob sběru dat o plnění interního hodnocení kvality a bezpečí se odvíjí od zvoleného způsobu zaznamenávání plnění standardů v průběhu hodnoceného období; např. sběr formulářů či evidenčních archů, záznam hlášených nežádoucích událostí apod.
- (3) Sběr dat a zhodnocení plnění standardů může být zajištěno i přímým pozorováním praxe na pracovišti.
- (4) Interní audit má hodnotit i plnění standardů v klinické praxi. Plnění standardů se vyhodnocuje ze zdravotnické dokumentace.
- (5) O provedených interních auditech, které koordinátor zabezpečuje, vede příslušnou evidenci. Každý záznam obsahuje úplné datum provedení interního auditu, jména auditorů a zprávu z auditu obsahující popis zjištění a stručný popis samotného výkonu auditu. Dále záznam obsahuje vyjádření zástupce auditovaného oddělení a jeho podpis.

## 2.3. VYHODNOCENÍ DAT

- (1) Vyhodnocení výstupů z interního auditu probíhá vždy pod vedením koordinátora interního hodnocení.

- (2) Prvním stupněm vyhodnocení je základní analýza zjištění. Výstupem tohoto vyhodnocení je rámcová představa o plnění či neplnění stanovených standardů a předdefinování možných zdůvodnění včetně nápravných opatření.
- (3) Po provedení základní analýzy získaných dat z interního auditu má koordinátor možnost přizvat ke spolupráci vedoucího pracovníka, k provedení podrobné analýzy. Cílem je stanovení důvodu neplnění standardu/ů, navržení funkčnějšího řešení k plnění, zhodnocení stávajícího prováděcího předpisu a v případě potřeby jeho úprava.
- (4) V případě provedení změny ve znění stávajícího prováděcího předpisu bude tento předložen ke schválení přímému nadřízenému koordinátora nebo vedení zdravotnického zařízení (dle interních směrnic). Dále koordinátor jedná v souladu s kap. 2.1 odst. (9).
- (5) Na základě výsledků analýzy dat z interního auditu koordinátor sestaví zprávu o plnění standardů minimálních požadavků pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí (dále jen „zpráva o plnění“), kterou předloží ke schválení svému přímému nadřízenému nebo vedení zdravotnického zařízení (dle interních směrnic).
- (6) Schválenou zprávu o plnění (resp. její kopii) koordinátor dále postoupí vedoucímu pracovníkovi auditovaného oddělení.
- (7) Ve zprávě o plnění je u každého standardu zvláště:
  - a) uvedena auditovaná oblast,
  - b) specifikován typ a cíl provedeného auditu,
  - c) shrnuta kritéria auditu
  - d) specifikován nálezný v rámci provedeného auditu,
  - e) uvedeno ohodnocení zjištěného plnění standardu (viz odst. 11, 12),
  - f) stanoveno nápravné opatření, v případě, že je zapotřebí,
  - g) uveden harmonogram úkonů vedoucí k nápravě negativního zjištění včetně přímého udělení odpovědnosti za jednotlivé úkony.
- (8) Povinností koordinátora je kontrola plnění jednotlivých úkolů ve zprávě o plnění. O výsledcích této kontroly informuje koordinátor svého přímého nadřízeného nebo přímo vedení daného zdravotnického zařízení (dle interních směrnic).
- (9) Doporučená četnost interního auditu dle kap. 2.2 odst. (4) je stanovena na 1x ročně, a to ke dni 31. 12. daného roku.
- (10) Doporučená četnost vyhodnocení ostatních dat z interního auditu nespádajících do požadavků kap. 2.2 odst. (4) je tímto metodickým návodem stanovena na 1x ročně, a to vždy ke dni 31. 12. daného roku.
- (11) Doporučená škála pro vyhodnocování plnění jednotlivých standardů:
  - ▶ SPLNĚNO – poskytovatel má zaveden požadovaný systém nebo proces.
  - ▶ NESPLNĚNO – poskytovatel nemá požadovaný systém/proces vypracován ani zaveden.
  - ▶ NEHODNOCENO – požadovaný systém/proces nelze hodnotit; neaplikovatelný systém.

- (12) V případě pozitivního nálezu ve smyslu, že daný standard je „splněn“, doporučuje tento metodický návod doplnit slovní hodnocení o doplňující znaménko „+“ nebo „-“, a to jako pomocného nástroje pro zlepšení orientace
- a) označení „splněn (+)“ znamená, že plnění standardu není ohroženo a jeho plnění je stabilní,
  - b) označení „splněn (-)“ signalizuje, že plnění standardu je ohroženo, a je proto vhodné více se na něj zaměřit.

## 2.4. UCHOVÁVÁNÍ DAT

- (1) Nakládání s výstupy a jejich archivace je v kompetenci koordinátora interního hodnocení.
- (2) Se získanými výstupy z interního auditu mohou nakládat pouze osoby k tomu pověřené koordinátorem a samotný koordinátor. Koordinátor pověří vybrané osoby buď na základě svého uvážení, nebo na základě pokynu vedoucího pracovníka.
- (3) Ve smyslu kapitoly 2.3 je se získanými daty nakládáno s cílem zlepšit nastavené systémy a zvýšit úroveň a kvalitu poskytované péče.
- (4) Pro stanovení jednotného postupu doporučuje tento metodický návod dobu archivace na minimálně 3 kalendářní roky. Doba archivace je pak přímo úměrná přínosu, který může poskytovatel ambulantní péče získat z vyhodnocení dat v čase (viz kap. 2.5).
- (5) K archivovaným datům má přístup pouze koordinátor interního hodnocení, vedoucí pracovník a osoby k tomu pověřené ve smyslu kap. 2.4 odst. (2).

## 2.5. VYHODNOCENÍ V ČASOVÉ OSE

- (1) Na základě archivovaných dat dle kap. 2.4 je poskytovateli ambulantní péče umožněno vyhodnotit výstupy z interních auditů v širším časovém rámci.
- (2) Cílem je analýza zjištěných dat z jiné perspektivy, identifikace kritických bodů v čase a sledování vývoje plnění jednotlivých standardů.
- (3) Na základě dlouhodobého zpracování dat je možno sledovat, zda je systém vnitřního sebehodnocení efektivní a na základě tohoto hodnocení přijmout případné změny
- (4) Získané výstupy doporučuje tento metodický návod použít jako nástroj sebehodnocení a procesu neustálého zlepšování systému řízení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.
- (5) Na základě analyzovaných dat je tímto doporučeno zpracovat souhrnnou zprávu, kterou koordinátor interního hodnocení předloží a interpretuje vedoucímu pracovníkovi.



- (6) Součástí souhrnné zprávy jsou i návrhy na nápravná opatření, pokud jsou na základě zjištění třeba, která musí být schválena vedením zdravotnického zařízení (dle interních směrnic).
- (7) V rámci schvalovacího procesu stanoví vedoucí pracovník termín, kdy mu koordinátor interního hodnocení předloží zprávu o průběžném plnění nápravných opatření.

### 3. POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY<sup>4</sup>

#### 3.1. PROVÁDĚNÍ INTERNÍHO HODNOCENÍ

- (1) Poskytovatel zdravotnické záchranné služby (dále jen „poskytovatel“), resp. vedoucí pracovník stanoví osobu, jež bude přímo odpovědná za zavedení příslušných stanovených standardů (dále jen „standard/y“) uvedených v minimálních požadavcích hodnocení ve Věstníku MZ č. 16/2015 (dále jen „koordinátor“)<sup>5</sup>.
- (2) Koordinátor interního hodnocení má možnost vytvořit odborný tým (pokud je to možné s ohledem na počet zaměstnanců).
- (3) Koordinátor i členové týmu jsou do funkce pověřeni vedoucím pracovníkem, a to písemnou formou. Součástí pověřovacího dokumentu je výpis povinností a kompetencí, jež tato funkce obnáší. Vyhotoví se ve dvou originálech, přičemž jeden náleží osobě do funkce pověřené, druhý nadřízené osobě, která zajistí její uložení do osobního spisu zaměstnance.
- (4) Při specifikaci povinností a kompetencí do pověřovacích dokumentů je nutné uvedení skutečnosti, že všichni pověřeni dle odst. 3 jsou oprávněni k provádění interního auditu. Pro účel tohoto metodického návodu je dostačující např. následující uvedení:
  - a) člen týmu – interní auditor.
  - b) koordinátor – vedoucí interní auditor.
- (5) Poskytovatel, prostřednictvím pověřeného koordinátora, zabezpečí zavedení příslušných standardů a stanovených ukazatelů (Věstník MZ č. 16/2015).
- (6) Ke každému standardu interního hodnocení vypracuje koordinátor, popř. určený pracovní tým, prováděcí předpis, kterým určí minimálně
  - a) jakým způsobem bude plnění standardu probíhat,

---

<sup>4</sup> V případě poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, jejichž personál je zajištěn **třemi a méně než 3 zaměstnanci**, se na stanovení koordinátora netrvá a jeho určení, včetně dodržování souvisejících povinností a kompetencí, je závislé pouze na rozhodnutí vedoucího pracovníka pracoviště. Povinnosti a kompetence koordinátora interního hodnocení jsou v takovýchto praxích řešeny dle vnitřního řádu pracoviště, jež v rámci tohoto metodického návodu slouží jako prováděcí předpis. Veškerá dokumentace je zde vedena dle interních zvyklostí, které pro personál představují minimální administrativní zátěž tak, aby byl čas věnován přímé péči o pacienta.

<sup>5</sup> Obvykle manažer kvality či jiná osoba se vzděláním odpovídajícím výkonu funkce.

- b) jakým způsobem a kam se bude zaznamenávat plnění standardu,
  - c) jak často a jakým způsobem se bude plnění standardu vyhodnocovat,
  - d) nápravná opatření.
- (7) Koordinátor též vypracuje prováděcí předpis, kterým stanoví závazný postup při realizaci interního auditu. Pomocným materiálem mu bude tento metodický návod.
- (8) Cílem tohoto metodického návodu není striktně definovat znění prováděcího předpisu. Každý prováděcí předpis musí být samostatně schválen svým přímým nadřízeným nebo vedením zdravotnického zařízení (dle interních směrnic).
- (9) Povinností koordinátora interního hodnocení je zajištění proškolení zdravotnických i nezdravotnických pracovníků o vytvořených předpisech ve smyslu bodu 3.1 odst. (6) této metodiky. Školení o vydaných předpisech probíhá kontinuálně. V případě vydání nového či revidovaného předpisu v průběhu roku, bude zajištěno proškolení minimálně těch pracovníků, jejichž činnosti se předmět předpisu přímo týká.
- (10) Koordinátor interního hodnocení vede evidenci realizovaných školení včetně jmenných seznamů účastníků.

### 3.2. SBĚR DAT

- (1) Čestnost sběru dat určuje prováděcí předpis ve smyslu bodu 3. 1. odst. (6) tohoto metodického návodu. Odvíjí se od zvoleného způsobu zaznamenávání plnění jednotlivých standardů v průběhu hodnoceného období; např. sběr formulářů/evidenčních archů apod. Předpokládá se sběr minimálně 1x měsíčně vždy k poslednímu pracovnímu dni v měsíci.
- (2) Způsob sběru dat o plnění interního hodnocení kvality a bezpečí se odvíjí od zvoleného způsobu zaznamenávání plnění standardů v průběhu hodnoceného období; např. sběr formulářů či evidenčních archů, apod.
- (3) Sběr dat a zhodnocení plnění standardů může být zajištěno i přímým pozorováním praxe na pracovišti.
- (4) Interní audit má hodnotit i plnění standardů v klinické praxi. Plnění standardů se vyhodnocuje ze zdravotnické dokumentace.
- (5) O provedených interních auditech, které koordinátor zabezpečuje, vede příslušnou evidenci. Každý záznam obsahuje úplné datum provedení interního auditu, jména auditorů a zprávu z auditu obsahující popis zjištění a stručný popis samotného výkonu auditu. Dále záznam obsahuje vyjádření zástupce auditovaného oddělení a jeho podpis.

### 3.3. VYHODNOCENÍ DAT

- (1) Vyhodnocení výstupů z interního auditu probíhá vždy pod vedením koordinátora interního hodnocení.
- (2) Prvním stupněm vyhodnocení je základní analýza zjištění. Výstupem tohoto vyhodnocení je rámcová představa o plnění či neplnění stanovených standardů a předdefinování možných zdůvodnění včetně nápravných opatření.
- (3) Po provedení základní analýzy získaných dat z interního auditu má koordinátor možnost přizvat ke spolupráci vedoucího pracovníka, k provedení podrobné analýzy. Cílem je stanovení důvodu neplnění standardu/ů, navržení funkčnějšího řešení k plnění, zhodnocení stávajícího prováděcího předpisu a v případě potřeby jeho úprava.
- (4) V případě provedení změny ve znění stávajícího prováděcího předpisu bude tento předložen ke schválení přímému nadřízenému koordinátora nebo vedení zdravotnického zařízení (dle interních směrnic). Dále koordinátor jedná v souladu s kap. 3.1 odst. (9).
- (5) Na základě výsledků analýzy dat z interního auditu koordinátor sestaví zprávu o plnění standardů minimálních požadavků pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí (dále jen „zpráva o plnění“), kterou předloží ke schválení svému přímému nadřízenému nebo vedení zdravotnického zařízení (dle interních směrnic).
- (6) Schválenou zprávu o plnění (resp. její kopii) koordinátor dále postoupí vedoucímu pracovníkovi auditovaného oddělení.
- (7) Ve zprávě o plnění je u každého standardu zvláště:
  - a) uvedena auditovaná oblast,
  - b) specifikován typ a cíl provedeného auditu
  - c) shrnuta kritéria auditu,
  - d) specifikován nález v rámci provedeného auditu,
  - e) uvedeno ohodnocení zjištěného plnění standardu (viz odst. 11, 12),
  - f) stanoveno nápravné opatření, v případě, že je zapotřebí,
  - g) uveden harmonogram úkonů vedoucích k nápravě negativního zjištění včetně přímého udělení odpovědnosti za jednotlivé úkony.
- (8) Povinností koordinátora je kontrola plnění jednotlivých úkolů ve zprávě o plnění. O výsledcích této kontroly informuje koordinátor svého přímého nadřízeného nebo přímo vedení daného zdravotnického zařízení (dle interních směrnic).
- (9) Doporučená četnost interního auditu dle kap. 3.2 odst. (4) je stanovena na 1x ročně, a to ke dni 31. 12. daného roku.
- (10) Doporučená četnost vyhodnocení ostatních dat z interního auditu nespádajících do požadavků kap. 3.2 odst. (4) je tímto metodickým návodem stanovena na 1x ročně, a to vždy ke dni 31. 12. daného roku.

- (11) Doporučená škála pro vyhodnocování plnění jednotlivých standardů:
- ▶ SPLNĚNO – poskytovatel má zaveden požadovaný systém nebo proces.
  - ▶ NESPLNĚNO – poskytovatel nemá požadovaný systém/proces vypracován ani zaveden.
  - ▶ NEHODNOCENO – požadovaný systém/proces nelze hodnotit; neaplikovatelný systém.
- (12) V případě pozitivního nálezu ve smyslu, že daný standard je „splněn“, doporučuje tento metodický návod doplnit slovní hodnocení o doplňující znaménko „+“ nebo „-“, a to jako pomocného nástroje pro zlepšení orientace
- a) označení „splněn (+)“ znamená, že plnění standardu není ohroženo a jeho plnění je stabilní,
  - b) označení „splněn (-)“ signalizuje, že plnění standardu je ohroženo, a je proto vhodné více se na něj zaměřit.

### 3.4. UCHOVÁVÁNÍ DAT

- (1) Nakládání s výstupy a jejich archivace je v kompetenci koordinátora interního hodnocení.
- (2) Se získanými výstupy z interního auditu mohou nakládat pouze osoby k tomu pověřené koordinátorem interního hodnocení a samotný koordinátor. Koordinátor pověří vybrané osoby buď na základě svého uvážení, nebo na základě pokynu vedoucího pracovníka.
- (3) Ve smyslu kapitoly 3.3 je se získanými daty nakládáno s cílem zlepšit nastavené systémy a zvýšit úroveň a kvalitu poskytované péče.
- (4) Pro stanovení jednotného postupu doporučuje tento metodický návod dobu archivace na minimálně 3 kalendářní roky. Doba archivace je pak přímo úměrná přínosu, který může poskytovatel zdravotnické záchranné služby získat z vyhodnocení dat v čase (viz kap. 3.5).
- (5) K archivovaným datům má přístup pouze koordinátor interního hodnocení, vedoucí pracovník a osoby k tomu pověřené ve smyslu kap. 3.4 odst. (2).

### 3.5. VYHODNOCENÍ V ČASOVÉ OSE

- (1) Na základě archivovaných dat dle kap. 3.4 je poskytovateli zdravotnické záchranné služby umožněno vyhodnotit výstupy z interních auditů v širším časovém rámci.
- (2) Cílem je analýza zjištěných dat z jiné perspektivy, identifikace kritických bodů v čase a sledování vývoje plnění jednotlivých standardů.
- (3) Na základě dlouhodobého zpracování dat je možno sledovat, zda je systém vnitřního sebehodnocení efektivní a na základě tohoto hodnocení přijmout případné změny

- (4) Získané výstupy doporučuje tento metodický návod použít jako nástroj sebehodnocení a procesu neustálého zlepšování systému řízení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.
- (5) Na základě analyzovaných dat je tímto doporučeno zpracovat souhrnnou zprávu, kterou koordinátor interního hodnocení předloží a interpretuje vedoucímu pracovníkovi.
- (6) Součástí souhrnné zprávy jsou i návrhy na nápravná opatření, pokud jsou na základě zjištění třeba, která musí být schválena vedením zdravotnického zařízení.
- (7) V rámci schvalovacího procesu stanoví vedoucí pracovník termín, kdy mu koordinátor interního hodnocení předloží zprávu o průběžném plnění nápravných opatření.

## Změna v Metodice vzniku a obnovy zásoby vybraných antiinfektiv a fomepizolu pro ČR ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze

V Metodice vzniku a obnovy zásoby vybraných antiinfektiv a fomepizolu pro ČR ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze zveřejněna ve Věstníku MZ 1/2014 se mění Seznam léčivých přípravků v zásobě vybraných antiinfektiv a fomepizolu pro ČR v Tabulce 1 následovně:

Skupina	Přípravek, generický název	Obchodní název	Počet balení na 1 léčebnou kúru	Počet pacientů (balení)	Aplikace	
Antiséra	antibotulinní sérum	Botulismus Antitoxin	2 ampule á 250 ml	4 (8)	do 6 hodin	
	antirabické sérum	Favirab	4 ampule á 2000 IU/5 ml	5 (20)	do 6 hodin	
	sérum proti viru varicelly a zosteru	Varitect CP	1 amp á 5 ml (pro novorozence)	5 (5)	do 6 hodin	
	difterický antitoxin	Diphtheria Antitoxin 10000 IU B.P.	1 amp á 10 ml (10000 IU / 10 ml)	5 (50)	do 6 hodin	
	Antituberkulotika	rifampicin	Eremfat	20 amp á 600 mg	4 (80)	do 12 hodin
isoniazid		Tebesium	20 amp á 250 mg	2 (40)	do 12 hodin	
cykloserin		Cykloserin	1 balení á 100 tbl. á 250 mg	10 (10)	do 48 hodin	
capreomycin		Capastat	30 lahv. á 1 g	2 (60)	do 48 hodin	
clofazimin		Lamprene	1 balení á 100 tbl. á 50 mg	2 (2)	do 48 hodin	
Antimykotika		pentamidin	Pentacarinat	5 amp. á 300 mg	3 (12)	do 12 hodin
		Antiparazitika	chinin	Quinimax	9-15 ampulí á 250 mg/2 ml	3 (30)
meglumin antimoniát	Glucantime		10-14 balení á 5 amp. á 1,5 g/5 ml	3 (30)	do 48 hodin	
primaquin	Primaquine		1 balení á 100 tbl. á 15 mg	3 (3)	do 48 hodin	
praziquantel	Cesol		1 balení á 6 tbl	3 (3)	do 48 hodin	
Antidota	fomepizol	FOMEPIZOLE EUSA PHARMA 5 MG/ML	7-10 balení á 5 amp. X 20 ml	3 (30)	bezodkladně	



---

Vydává: Ministerstvo zdravotnictví ČR – Redakce: Palackého nám. 4, 120 00 Praha 2-Nové Město, telefon: 224 972 672. – Administrace: písemné objednávky předplatného, změny adres a počtu odebíraných výtisků – SEVT, a. s., Pekařova 4, 181 06 Praha 8-Bohnice, telefon: 283 090 354, fax: 233 553 422, www.sevt.cz, e-mail: predplatne@sevt.cz. Objednávky v Slovenskej republike prijíma a distribuuje Magnet Press Slovakia, s. r. o., P. O. BOX 169, 830 00 Bratislava, tel./fax: 004212 44 45 45 59, 004212 44 45 46 28 – Předpokládané roční předplatné se stanovuje za dodávku kompletního ročníku a je od předplatitelů vybíráno formou záloh. – Vychází podle potřeby – Tiskne: SPRINT SERVIS, Lovosická, Praha 9.

---

**Distribuce:** předplatné, jednotlivé částky na objednávku i za hotové – SEVT, a. s., Pekařova 4, 181 06 Praha 8-Bohnice, telefon: 283 090 354, fax: 233 553 422; drobný prodej v prodejnách SEVT, a. s. – Brno, Česká 14, tel./fax: 542 233 962 – České Budějovice, Česká 3, tel./fax: 387 319 045 a ve vybraných knihkupectvích. **Distribuční podmínky předplatného:** jednotlivé částky jsou expedovány předplatitelům neprodleně po dodání z tiskárny. Objednávky nového předplatného jsou vyřizovány do 15 dnů a pravidelné dodávky jsou zahajovány od nejbližší částky po ověření úhrady předplatného nebo jeho zálohy. Částky vyšlé v době od zaevidování předplatného do jeho úhrady jsou doposílány jednorázově. Změny adres a počtu odebíraných výtisků jsou prováděny do 15 dnů. Lhůta pro uplatnění reklamaci je stanovena na 15 dnů od data rozeslání, po této lhůtě jsou reklamace vyřizovány jako běžné objednávky za úhradu. V písemném styku vždy uvádějte IČ (právnícká osoba), rodné číslo bez lomítka (fyzická osoba) a kmenové číslo předplatitele. **Podávání novinových zásilek** povoleno ŘPP Praha č.j. 1172/93 ze dne 9. dubna 1993. Podávání novinových zásilek v Slovenskej republike povolené RPP Bratislava, pošta 12, č. j. 445/94 zo dňa 27. 12. 1994.

