

# **Návod na hodnocení kvality primární péče**

Příručka pro hodnotitele praxí  
všeobecných praktických lékařů  
a praktických lékařů  
pro děti a dorost



# **Návod na hodnocení kvality primární péče**

Příručka pro hodnotitele praxí  
všeobecných praktických lékařů  
a praktických lékařů  
pro děti a dorost

Bohumil Seifert  
a kolektiv

Bohumil Seifert a kolektiv

**Návod na hodnocení kvality primární péče**

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

Technická redakce: Jiřina Studničková

Grafická úprava: Jindřiška Moulisová

Praha 2015

# Autorský kolektiv

**Autor:**

Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

**Spoluautoři:**

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

MUDr. Petr Struk

MUDr. Nora Struková

**Recenzenti:**

MUDr. Václav Beneš

Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.

## Abstrakt

„Návod na hodnocení kvality primární péče“ je úvodní příručkou především pro osoby, které se připravují na hodnocení kvality a bezpečí poskytování zdravotní péče v ordinacích všeobecných praktických lékařů (VPL) a praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD). Vysvětluje základy metodiky hodnocení personálu ordinací VPL a PLDD pravidla procesu naplňování standardů kvality a bezpečí při poskytování primární péče. Publikace poskytuje modelový základní dotazník, kterým ordinace žádají o zahájení akreditačního řízení podle národních akreditačních standardů pro poskytovatele zdravotních služeb poskytující péči ve svém oboru. Formou příloh poskytuje úplnou sadu národních akreditačních standardů a záznamy dvou prezentací „Evropské hodnocení praxe (European practice Assessment – EPA)“ a Měření kvality a standardy v ambulantním sektoru: Akreditace všeobecných ambulancí, připravených autory pro potřeby vzdělávání hodnotitelů – auditorů.

# Obsah

<b>Předmluva</b> .....	11
<b>1 Úvod</b> .....	14
<b>2 Základní dotazník</b> .....	16
<b>3 Návrh metodiky hodnocení standardu</b> .....	17
3.1 Hodnocení standardů.....	17
3.2 Praktický příklad.....	18
3.3 Varianty hodnocení standardů.....	19
<b>4 Metodika pro školení hodnotitelů (auditorů) PZS-VPL/PLDD</b> .....	21
4.1 Kvalifikace auditorů.....	21
4.2 Jednotný výklad akreditačních standardů .....	22
4.3 Formální náležitosti provádění auditů .....	23
4.4 Obsah dvou denního kurzu .....	23
4.5 Školitelé auditorů .....	24
4.5.1 Fáze rozběhu akreditací .....	24
4.5.2 Fáze akreditací.....	25
<b>5 Příloha A – Národní akreditační standardy</b> .....	26
I. Standardy kvality .....	26
II. Standardy diagnostických a léčebných postupů.....	28
III. Standardy péče o pacienty .....	34
IV. Standardy kontinuity zdravotní péče.....	38
V. Standardy dodržování práv pacientů .....	40
VI. Standardy podmínek poskytované péče .....	42
VII. Standardy managementu.....	44
VIII. Standardy péče o zaměstnance .....	47
IX. Standardy pro sběr a zpracování informací.....	49
X. Standardy protiepidemických opatření .....	52
XI. Standardy komunitní péče.....	53
XII. Standardy kvality spolupráce se zdravotními pojišťovnami .....	54
<b>6 Příloha B – Akreditace v primární péči z mezinárodní perspektivy evropské hodnocení praxe (European Practice Assessment, EPA)</b> .....	55
Příloha B1 – Evropské hodnocení praxe (European Practice Assessment, EPA) – soupis položek .....	58

**7 Příloha C – Hodnocení kvality a bezpečí pacientů v primární péči**

<b>Edukační texty pro auditory praxí a lektory v oblasti kvality a bezpečí pacientů ...</b>	<b>67</b>
7.1 Kvalita péče a bezpečí pacientů ve všeobecném praktickém lékařství.....	67
7.2 Kvalita péče a bezpečí pacientů ve VPL, charakteristiky .....	68
7.3 Právní rámec zajišťování kvality.....	69
7.3.1 Standardy řízení kvality a bezpečí zdravotních služeb .....	69
7.3.2 Sledování a vyhodnocení nežádoucích událostí .....	70
7.3.3 Sledování a vyhodnocení nežádoucích událostí .....	70
7.3.4 Sledování a hodnocení stížností a podnětů, týkajících se zdravotnických služeb .....	70
7.3.5 Využívání uznávaných doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů.....	70
7.3.6 Dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých.....	71
7.3.7 Podpora zdraví a prevence nemocí .....	71
7.3.8 Stanovení interních pravidel pro vedení zdravotnické dokumentace .....	71
7.3.9 Kontinuita zdravotní péče .....	71
7.3.10 Identifikace pacientů .....	71
7.3.11 Standard zajištění kardiopulmonální resuscitace.....	72
7.3.12 Dodržování personálního zabezpečení ambulantní zdravotní péče .....	72
7.3.13 Bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance .....	72
7.4 Interní systém hodnocení kvality ve všeobecné praxi .....	72
7.5 Externí hodnocení kvality a bezpečí pacientů .....	73
7.6 Standardizace.....	73
7.7 Akreditace .....	73
7.8 Vnitřní předpis .....	74
7.9 Benchmarking.....	75
7.10 Cyklus kvality .....	75
7.11 Peer review.....	76
7.12 Spokojenost pacientů ve všeobecné praxi a její měření .....	76
7.13 Medicína založená na důkazech (Evidence based medicine, EBM) .....	77
7.14 Doporučené postupy .....	78
7.15 Indikátory (ukazatele) kvality a kritéria kvality.....	78
7.16 Mimořádné události a management pochybení ve všeobecné praxi.....	79



# Seznam použitých zkratek

ABI	Poměr kotníkového krevního tlaku a tlaku na pažích
AMKT	Ambulantní monitorování krevního tlaku
CRP	C-reaktivní protein
DP	Doporučený postup
EPA	European Practice Assessment = Evropský nástroj hodnocení kvality praxí, vyvinutý ve Skupině pro kvalitu primární péče EQuiP
EUROPEP	Standardizovaný dotazník ke zjišťování spokojenosti pacientů v primární péči
EQuiP	Evropská skupina pro kvalitu v primární péči
INR	Mezinárodní normalizovaný poměr protrombinového času pacienta a kontroly
IPVZ	Institut pro postgraduální vzdělávání zdravotníků
ISO	International Organization for Standardization – mezinárodní organizace zabývající se tvorbou norem
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
NAS	Národní akreditační standardy
NAS-PZS-VPL/PLDD	Národní akreditační standardy pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství/praktické lékařství pro děti a dorost
MHD	Městská hromadná doprava
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NOZ	Nový občanský zákoník
NŮ	Nežádoucí účinky
OP LZZ ESF	Operační program rozvoje lidských zdrojů a zaměstnanosti Evropského sociálního fondu
POCT	Point of care testing = testování (laboratorní) v místě poskytování péče
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb
TOPAS	Název projektů, v rámci kterého bylo implantováno hodnocení praxe podle EPA ve Skupině pro kvalitu primární péče EQuiP
VPL	Všeobecný praktický lékař/všeobecné praktické lékařství
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZD	Zdravotní dokumentace
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZP	Zákoník práce
ZZ	Zdravotnické zařízení

## Klíčová slova

Metodika hodnocení, auditor, školení auditorů, 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, provozní řád, mimořádné události, urgentní stavy, informovaný souhlas.

# 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, 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 kriticky přijímaná. 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).

Paragrafem § 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, byla uvedena do praxe **akreditace** 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 oborům, ustanovené ministerstvem zdravotnictví (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 letech 2008–2009 byl realizován projekt „Akreditace všeobecných ambulancí“ s cílem vytvořit kritéria pro posuzování kvality poskytovatelů zdravotní péče 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. 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 primární zdravotní péče. 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:** 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 OPLZZ ESF) navržena a realizována úprava národních akreditačních standardů 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 a 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.

Podkladem pro akreditační řízení a vodítkem pro externí hodnotitele jsou předkládané **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.

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. Příručkou k administrativní přípravě akreditačního procesu je **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.

Návod na hodnocení kvality primární péče je příručkou pro hodnotitele v procesu akreditace všeobecných praxí a praxí praktických lékařů pro děti a dorost. Příručka nabízí hodnotitelům oporu pro jejich práci – ukázkou základního dotazníku, kterým uchazeč (VPL/PLDD) vstupuje do procesu akreditace, metodiku hodnocení praxí VPL a PLDD a také metodiku pro vzdělávání hodnotitelů. V přílohách jsou připojeny Národní akreditační standardy, které jsou hlavní podkladem pro hodnocení praxí. Příložen je dále, pro rozšíření obzoru hodnotitelů a zkvalitnění jejich práce, analogický, v zemích Evropské Unie ověřený a široce využívaný nástroj Evropského hodnocení praxe. V třetí příloze najde zájemce doplňující, široce pojatou prezentaci procesu akreditace a hodnocení praxí všeobecných praktických lékařů.

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 znamenala 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 Základní dotazník

Žádost o zahájení akreditačního řízení podle národních akreditačních standardů pro poskytovatele zdravotních služeb poskytující péči v oboru.

### 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 Návrh metodiky hodnocení standardu

Pro hodnocení standardů je možné zvolit celou řadu přístupů. Následující návrh je částečně založen na zkušenosti s hodnocením standardů v průběhu posledních let. Tato zkušenost ale nepokrývá zavádění standardů u malých poskytovatelů zdravotních služeb, a proto jsou v závěru tohoto dokumentu ještě uvedeny možné varianty hodnocení, které mohou být využity v průběhu zavádění standardů. Zkušenost ukáže, zda navržený model je funkční, nebo bude třeba vytvořit variantu, která bude lépe odpovídat potřebám hodnocení poskytovatelů zdravotních služeb typu malých ambulantních praxí.

Předkládaný návrh hodnocení je založen na existenci tří skupin standardů, které reflektují závažnost jednotlivých standardů a také možnosti plnění standardů např. v závislosti na charakteristice českého prostředí, které plnění některých standardů problematizuje (např. neexistující gate-keeping).

Návrh hodnocení vychází z ověřeného třístupňového hodnocení standardů i indikátorů – splněn, částečně splněn a nesplněn. Toto hodnocení snižuje subjektivitu hodnocení hodnotitele, která nastává v případě vícestupňových škál, na druhou stranu ale ještě umožňuje jisté rozlišení úrovně plnění standardu/indikátoru oproti případu dvoustupňové škály splněn/nesplněn.

## 3.1 Hodnocení standardů

pro účely hodnocení jsou standardy rozděleny do tří skupin dle jejich „váhy“.

### Standardy 1. skupiny

- standardy č. 2, 4, 5, 14, 15, 19, 27, 28
- pro udělení akreditace musí být splněny všechny standardy této skupiny

### Standardy 2. skupiny

- standardy č. 1, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 26
- pro udělení akreditace musí být alespoň částečně splněny všechny standardy této skupiny – žádný standard nesmí být nesplněn
- splněných standardů 2. skupiny musí být alespoň 8
- standardy této skupiny mohou být bonifikovány splněním standardu třetí skupiny tak, že splněný standard 3. skupiny zvýší hodnocení standardu 2. skupiny z hodno-

cení částečně splněn na splněn (jeden standard ze 3. skupiny může zvýšit maximálně jeden standard ze 2. skupiny)

### **Standardy 3. skupiny**

- standardy č. 9, 23, 24, 29, 30
- slouží pro zvýšení dosaženého skóre standardů 2. skupiny (viz předchozí odstavec)
- mohou být nesplněny

### **Klíč k hodnocení standardů**

Standard SPLNĚN – 7 a více bodů

Standard ČÁSTEČNĚ SPLNĚN – 5–7 bodů

Standard NESPLNĚN – méně než 5 bodů

### **Určení bodové hodnoty standardu**

Celkové bodové hodnocení standardu se odvíjí od bodového hodnocení jeho jednotlivých indikátorů. Je vypočteno jako průměrná hodnotou bodových hodnot dosažených pro jednotlivé indikátory standardu.

Dosažené bodové hodnoty jednotlivých indikátorů mohou nabývat pouze následujících hodnot:

1. indikátor splněn – 10 bodů
2. indikátor částečně splněn – 5 bodů
3. indikátor nesplněn – 0 bodů

## **3.2 Praktický příklad**

standard č. X obsahuje 4 indikátory – i1, i2, i3, i4

Pro získání celkového skóre standardu je nutné stanovit úroveň splnění jeho jednotlivých indikátorů.

### **Hodnocení jednotlivých indikátoru hodnotící osobou bylo následující:**

i1 – nesplněn = 0 bodů

i2 – splněn = 10 bodů

i3 – částečně splněn = 5 bodů

i4 – splněn = 10 bodů

*Výpočet celkového skóre standardu X:*

Celkové skóre = součet získaných bodových hodnot pro jednotlivé indikátory/celkový počet indikátorů.

V případě standardu X tedy:

$$(i1 + i2 + i3 + i4) / 4 = (0 + 10 + 5 + 10) / 4 = 25 / 4 = \mathbf{6,25}$$

Hodnota 6,25 je v intervalu 5-7, tedy v intervalu stanoveném pro indikátory částečně splněné.

**Výsledek:**

Standard č. X je hodnocen jako: částečně splněn.

### 3.3 Varianty hodnocení standardů

Vzhledem k tomu, že při hodnocení standardů se jedná o arbitrálně stanovené rozhodnutí, je možné zvažovat i jiné způsoby hodnocení. Způsoby hodnocení standardů se také mohou v průběhu zavádění standardů do praxe měnit, a to tak, že například v počáteční zaváděcí a edukační fázi může být záměrně nastaven nižší práh pro hodnocení standardů a po zavedení do obecného povědomí lékařské veřejnosti, po ustálení metodiky a po kritickém zhodnocení může dojít ke zvýšení prahu hodnocených kritérií.

Mechanismy úpravy mohou být následující:

**a) Změna celkového hodnocení indikátoru**

Může být upraveno tak, že celkový celkové hodnocení nebude tak, jak je navrženo, tedy:

Standard SPLNĚN – 7 a více bodů → změna stanovené hodnoty

Standard ČÁSTEČNĚ SPLNĚN – 5-7 bodů → změna stanovené hodnoty

Standard NESPLNĚN – méně než 5 bodů → změna stanovené hodnoty

ale dojde ke snížení úrovně požadavků, a tedy hodnoty splněn se sníží např. na 6 a více a standard nesplněn se sníží na hranici 4 bodů.

Nebo v případě, že by se jednalo o zvýšení úrovně požadavků, byla by požadovaná hodnota pro splněn zvýšena, tedy z například z navržených 7 na 8 bodů.

**b) Změna škály hodnocení indikátoru**

Hodnocení indikátoru může být upraveno tak, že se změní hodnocení indikátoru z 3stupňové škály (0 – 5 – 10) na vícestupňovou (např. 5- nebo 10stupňovou).

**c) Změna váhy jednotlivých indikátorů**

Variantou také může být stanovit indikátorům různé hodnoty dle jejich důležitosti.

*Příklad:*

U standardu č. X obsahujícím 4 indikátory – i1, i2, i3, i4 by bylo např. stanoveny,

že indikátor i1 je zásadní (např. jeho neplněním může dojít k vážnému ohrožení zdraví pacienta), a na druhou stranu indikátor i4 vykazuje pouze jistou přidanou hodnotou k péči (např. existence dokumentu popisující funkční stav).

Bylo by tedy např. stanoveno, že:

i1 je hodnocen 15 body

i2 a i3 je hodnocen 10 body

i4 je hodnocen 5 body

K hodnocení by se také použila jednotná např. třístupňová škála. V případě indikátoru i1 by se jednalo o škálu 0 – 7,5 – 15; indikátory i2 a i3 by byly hodnoceny ve škále 0 – 5 – 10, a indikátor i4 by byl hodnocen ve škále 0 – 2,5 – 5.

Standard by pak byl hodnocen stejně, jak je uvedeno v úvodním příkladu – součet získaných bodových hodnot pro jednotlivé indikátory dělený počtem indikátorů.

#### **d) Změna zařazení standardů do skupiny**

K jednoduché úpravě hodnocení může docházet přesunem standardů mezi skupinami standardů. Jako krajní možnost této varianty je zrušení jedné skupiny standardů – např. zrušením 3. (de facto dobrovolné) skupiny, ke které může dojít postupným zvyšováním nároků na akreditované poskytovatele zdravotních služeb.

# 4 Metodika pro školení hodnotitelů (auditorů) PZS-VPL/PLDD

Pro každý systém posuzování či hodnocení jsou nejen důležité standardy, resp. kritéria, ale také systém provádění posuzování a způsob zapojení a vzdělávání hodnotitelů. Pro zjednodušení a jednotné vyjadřování jsou dále využity definice dle standardu ISO 19011, případně upravené v souvislosti s konkrétními specifiky akreditace praktických lékařů.

**Audit** je systematický, nezávislý a dokumentovaný proces získávání důkazů z auditu a jeho objektivního hodnocení s cílem stanovit rozsah splnění kritérií auditu. Jedná se o celý proces hodnocení.

**Kritéria auditu:** akreditační standardy.

**Auditor** je posuzovatel, hodnotitel, nezávislá osoba s odbornou způsobilostí k provádění auditů.

Při procesu akreditace je nezbytné, aby hodnocené organizace (ordinace, sdružení ordinací atd.) měly stejné podmínky při vlastním procesu ověřování. Tento požadavek klade nároky na kvalifikaci auditorů a také na standardizovaný proces provádění auditů.

Proto je důležité zohlednit při vzdělávání auditorů následující aspekty:

- kvalifikace, tj. odborná způsobilost auditorů,
- jednotný výklad akreditačních standardů,
- formální náležitosti provádění auditů.

## 4.1 Kvalifikace auditorů

Odborná způsobilost auditorů je dána oborovou specifičností a obecnou způsobilostí k provádění auditů. Každý obor se vyznačuje jistými specifiky, které neznalý člověk nepostřehne či nedokáže pochopit bez hlubších teoretických znalostí, či vědomostí. Např. specifické požadavky při realizaci stavby může erudovaně posoudit pouze někdo, kdo má stavební vzdělání. Podobná situace je i ve zdravotnictví a proto je nezbytné, aby auditori, kteří se budou podílet na procesu akreditace praktických lékařů, byli vzděláním lékaři.

Je třeba zvážit, zda by bylo vhodné, aby se auditorem mohl stát pouze lékař se specializovanou odborností praktického lékaře. Osobně se přikláním k měkčímu požadavku, tj. lékař (bez dalších požadavků).

Je třeba si uvědomit jednak nutnost zachování co největší nezávislosti auditora a také potenciální přínos tzv. jiného pohledu, neboť nedílnou součástí auditů má být i doporučení ke zlepšení.

Obecnou způsobilostí auditorů se myslí zejména zkušenosti s vlastním prováděním auditů, ale také osobní charakterové vlastnosti, které umožní auditorovi efektivní komunikaci s auditovaným. Podstatným požadavkem je znalost akreditačních standardů.

S pohledu požadavků na vzdělávání auditorů jsou tedy důležité znalosti provádění auditů, tj. vlastní techniky, požadavky na formální náležitosti (viz dále) a schopnost jednotně a konsistentně vyhodnocovat shodu se standardy (viz dále).

Jako optimální postup pro dosažení kvalifikace auditora se jeví:

- výběr kandidátů dle požadavků (odborné, osobnostní atd.) – lze využít i zkušenosti z jiných oblastí než všeobecné lékařství, primární je zájem ze strany auditora,
- školení – je vhodné, aby se budoucí auditor zúčastnil alespoň jednoho auditu jako pozorovatel ještě před školením, praktický přínos následného školení tak bude větší (tato podmínka není nutná a také v první fázi, tj. prvních auditorů nerealizovatelná),
- účast na auditu jako pozorovatel – minimum jeden audit, optimálně tři, zde je možné i využít součinnosti s akreditacemi ostatních poskytovatelů zdravotních služeb, např. nemocnic, minimum jednoho auditu u praktického lékaře jako pozorovatel by ale mělo být stanoveno,
- zahájení činnosti auditora – auditor by měl projít 2–3 auditu před tím, než dostane status vedoucího auditora,
- zahájení činnosti vedoucího auditora – vedoucí auditor nese plnou odpovědnost za průběh celého auditu a má hlavní slovo v hodnocení závěrů z auditu,
- kontinuální vzdělávání auditorů, tj. účast na tzv. kalibracích (viz dále).

## 4.2 Jednotný výklad akreditačních standardů

Audit je především o posuzování shody se standardy, tj. auditor musí standardům rozumět a musí být schopen porovnat reálný nález s požadavky.

Akreditace je kontinuální proces, tj. auditu se opakují a v průběhu může dojít k výměně auditora. Také v rámci jednoho auditu může působit více auditorů. Proto je nezbytné, aby se jejich pohledy na aplikaci akreditačních standardů lišily co nejméně.

Zejména v první fázi akreditační bude klíčové se soustředit na to, aby budoucí auditori rozuměli standardům a byli schopni je co nejjednodušeji interpretovat. Z tohoto důvodu je v návrhu obsahu kurzu největší část věnována právě výkladu akreditačních standardů.

Po zahájení procesu akreditační vyvstane řada otázek či nejasností, které budou muset auditori řešit během auditů. Dále bude pravděpodobně docházet k větší či menší evoluci standardů.

Proto je nezbytné, aby vznikl systém kontinuálního vzdělávání auditorů. Jde zejména o sjednocování pohledů na výklad standardů. Hovoříme o tzv. kalibraci auditorů. Jako nezbytné minimum se jeví setkání 1x ročně, na kterém se sjednocují pohledy, sdílejí se zkušenosti, upřesňují se organizační či formální postupy. Účast na těchto setkáních by měla být nezbytnou podmínkou udržení statutu auditora.

### **4.3 Formální náležitosti provádění auditů**

Audit je plánovaný a standardizovaný proces. Auditovaná organizace musí vědět, co může očekávat a jak bude audit prováděn.

Auditoři musí znát postupy auditování a musí poskytovat požadované výstupy (např. zprávu, check list, atd.).

Musí být jednoznačně definovány úlohy vedoucích auditorů, řadových auditorů, případně specialistů. Musí být stanoveny odpovědnosti a pravomoci během auditu a auditoři s nimi musí být v rámci vzdělávání seznámeni a musí je znát.

### **4.4 Obsah dvoudenního kurzu**

Z výše uvedených principů vyplývá níže uvedený návrh obsahu dvoudenního kurzu hodnotitelů (auditorů) praxe všeobecných praktických lékařů.

#### **1. den**

- výklad standardů,
- cílem je jednotné chápání požadavků všemi auditory,
- hlavním kurzovým materiálem je check list, každý bod check listu musí být probrán (soustředit se na sporné nebo těžko pochopitelné body),
- později dle zpětné vazby z kalibrací auditorů zvýraznit problematické standardy,
- školiteli by měli být tvůrci standardů.

#### **2. den – dopoledne**

- zásady auditování, tj. obecné principy, komunikace, psychologie atd.,
- výklad postupu auditu (tj. standardizovaný plán auditu), účel a náplň jednotlivých kroků (např. co je předmětem zkoumání dokumentace atd.),
- formální náležitosti auditů (záznamy, formuláře atd.),
- výklad vlastního postupu hodnocení (tj. použití check listu, váhy, kritéria naplnění, částečného naplnění a nenaplnění standardu atd.),
- cílem je jednotné, resp. shodné používání dokumentace k auditům a jednotné postupy při auditech.

#### **2. den – odpoledne**

- praktické příklady z auditů,

- cílem je ukázat hraniční i typické (tj. jasné) nálezy, se kterými se auditor může setkat v praxi,
- ideálně zahrnout z každé sekce jeden příklad,
- přednesení nálezu vyučujícím, následné vyhodnocení nálezu a diskuse, ke každému problému by měl lektor zaujmout stanovisko a vysvětlit důvody,
- účastníci kurzu by měli být schopni provést konkrétní hodnocení dle check listu, tj. vyhodnotit, kterých standardů se daný problém týká a zda, případně do jaké míry, jsou příslušné standardy plněny,
- příklady by se měly později odvíjet od problémových oblastí, které byly diskutovány v rámci povinných kalibrací auditorů.

Po úspěšném absolvování kurzu by auditoři měli splňovat následující podmínky:

- rozumějí akreditačním standardům,
- znají postupy auditování, včetně formálních náležitostí,
- umějí výsledky vyhodnotit a učinit závěr z celého procesu hodnocení.

## 4.5 Školitelé auditorů

Z obsahu školení auditorů vyplývá, že jejich školitelé by měli nejen znát akreditační standardy, ale také prakticky ovládat techniky auditování.

Školení auditorů různých systémů zpravidla probíhá za účasti více lektorů, kde každý je specialistou na danou oblast. Zde by bylo vhodné převzít osvědčený model školení a také využít zkušeností auditorů z jiných oblastí zdravotnictví (akreditace nemocnic, certifikace nemocnic atd.).

Situace se bude zcela jistě lišit při rozběhu akreditací od pozdější doby.

### 4.5.1 Fáze rozběhu akreditací

Tato fáze je charakteristická tím, že není nikdo, kdo by měl zkušenosti jako auditor při procesu akreditace PL. Zde se nabízí několik možností, jak daný problém vyřešit.

**Auditor s touto specifickou zkušeností ze zahraničí** – lze využít někoho, kdo se touto problematikou zabývá v zahraničí, kde jsou již ordinace PL akreditovány podobným systémem. Problémem bude pravděpodobně jazyková bariéra a také to, že takový lektor nebude znalý specifických lokálních problémů. Na druhé straně může přinést jiný pohled na danou problematiku.

**Auditor jiných praxí v rámci akreditace (např. nemocnic)** – největší výhodou je významná kompatibilita standardů a také zkušenosti s českým zdravotním systémem. Potřeba doškolení takovýchto lektorů je minimální a týká se v podstatě jen specifických oblastí v rámci praxe PL.

**Auditor jiných systémů, zejména ISO 9001** – v České republice je řada auditorů, kteří pracují pro různé certifikační firmy a mají bohaté zkušenosti z certifikací poskytovatelů



zdravotních služeb. U těchto lektorů bude potřeba jistého proškolení ze specifík akreditačních standardů.

Za klíčové považují účast školitele, který velmi dobře zná akreditační standardy a který má bohaté zkušenosti z auditů. Proto se jako neoptimálnější jeví následující schéma první fáze.

- Školitelé budou dva, jeden je spolutvůrcem akreditačních standardů a druhý má bohaté zkušenosti s auditováním (v rámci akreditací nebo certifikací, nejlépe oba typy).
- Členové týmu by měli být lékaři (praktiční a jiní).
- Vytvoří se tým složený s těchto dvou typů lidí a v rámci přípravy školicích materiálů dojde ke sladění pohledů na výklad akreditačních standardů a celého procesu auditování (tzv. vzájemné školení školitelů), nezbytným výstupem musí být školicí materiály, podrobný popis procesu auditování včetně všech potřebných formulářů.
- Tým nemusí být početný, důležité je zachovat výše zmíněné složení (v první fázi bude pravděpodobně stačit využít současných 4 specialistů na akreditační standardy a k nim najít 4 zkušené auditory).
- V této fázi lze přizvat někoho se zkušenostmi ze zahraničí, nejlépe s posuzováním praxe PL, pro vlastní školení auditorů jeho účast již nepovažují za nutnou, resp. tak přínosnou.
- Přípravné fáze, tzv. školení školitelů, se mohou účastnit další lidé, kteří se nějakým způsobem podílejí na projektu akreditace PL, i když nebudou školit auditory.
- Není neobvyklé, že podobných školení se účastní zároveň dva lektori a vzájemně se doplňují a spolupracují během školení. Vytváří to nejen větší dynamiku školení, ale umožňuje to též pokrýt širší odborný základ, proto doporučuji min. v první fázi, aby po celé dva dny byli přítomni oba školitelé s výše definovaným profilem.

*Poznámka: pověřený užší tým by nejdříve vypracoval přesnou metodiku procesu hodnocení a zpracoval všechny potřebné formuláře a následně by proběhlo vlastní školení, resp. kalibrace školitelů.*

#### **4.5.2 Fáze akreditací**

Poté, co se rozběhnou akreditace, měli by se školitelé rekrutovat především z činných auditorů. Model dvou školitelů je vhodné zachovat, ale není nutný, pakliže budou školitelé podstupovat pravidelné „kalibrace“ a nebude možné z finančních nebo jiných důvodů tento model praktikovat.

## Příloha A

# 5 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 biomedicíně, 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 oblasti 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. 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 ABI, 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 biomedicině, 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</b> <b>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 psychoterapeutické 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 očkovací látky.</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 léčivými přípravky, 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>	<p>Informace, které o sobě poskytuje PZS, zahrnují kontaktní údaje, ordinační dobu, způsob, jakým komunikovat s poskytovatelem zdravotních služeb, jak se objednat apod.</p> <p>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 tiskovinách, na nástěnce, v letáčích, brožurách, cestou telefonického informačního centra nebo internetových stránek.</p>
<b>Indikátory standardu</b>	<p>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 ordinační době a kontaktech zastupujícího PZS, o pohotovostní službě a o přivolání rychlé záchranné služby.</p> <p>11.2 Informace jsou poskytovány vhodnou a srozumitelnou formou.</p> <p>11.3 Informace jsou pravidelně aktualizovány.</p>
<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 povinně 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.</p> <p>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 stížností 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>– kontrola pracoviště: <i>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>

<b>IV. Standardy kontinuity zdravotní péče</b>	
<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>	Ust. §§ 45, 46, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

<b>Znění standardu 14</b>	<b>14. Pacientům na základě propouštěcí zprávy z nemocnice nebo na základě doporučení specialistů je zabezpečena příslušná lékařská a ošetrovatelská péče.</b>
<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 pacientské hodnoty a přesvědčení byly respektovány. Pacienti nebo jejich rodiče v případě PLDD vykazují různou míru schopnosti předkládaným informacím porozumět. Pacienti 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 pacientské 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 biomedicíně, 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>	<p>19.1 V organizačním řádu PZS je definována její organizační struktura.*</p> <p>19.2 V organizačním řádu PZS jsou definovány pravomoci a povinnosti vedoucích pracovníků.*</p> <p>19.3 V organizačním řádu PZS jsou definovány formy komunikace.*</p> <p>19.4 Organizační řád PZS je pravidelně aktualizován.*</p>
<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- revize písemných organizačních podkladů PZS,</li> <li>- pohovor s vedoucími pracovníky PZS,</li> <li>- posouzení provozu.</li> </ul>
<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 ordinační 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>	<p>20.1 Existuje systém zástupu PZS, např. formou spolupráce s partnerskými PZS.</p> <p>20.2 Pacienti jsou informováni včas o zajištění zdravotní péče mimo ordinační hodiny místním i distančním způsobem.</p>
<b>Způsob kontroly</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informace pro pacienty (nástěnka, tabule, www stránky),</li> <li>- rozhovory s pacienty,</li> <li>- rozhovor s vedoucími pracovníky*,</li> <li>- psané dohody s partnerskými PZS.</li> </ul>
<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 zpracování 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 zpracování 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 směrnic 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. 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>
<b>Účel a naplnění standardu</b>	<p>V návaznosti na posláni 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.

**Příloha B**

# 6 Akreditace v primární péči z mezinárodní perspektivy evropské hodnocení praxe (European Practice Assessment, EPA)

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, Holandsku, 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 výzkum-

ného 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 spolupracujících 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 VISITTOOL 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 Holandsku 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.

**Příloha B1****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 lékárně brašně
1.2.8 Praxe má psaný protokol pro dodávky obsahu lékárně brašny
1.2.9 Praxe má psaný protokol pro kontrolu expirace materiálu a léků v lékárně brašně
1.2.10 Obsah lékárně brašny je kompletní
1.2.11 V obsahu lékárně 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 pacientů pro informaci pacientů 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 ordinací
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 Překladatelské 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 recepce 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

## Faksimile německého certifikátu EPA



## 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., Dautenberg 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>

## Příloha C

# 7 Hodnocení kvality a bezpečí pacientů v primární péči

## Edukační texty pro auditory praxí a lektory v oblasti kvality a bezpečí pacientů

*Bohumil Seifert, Svatopluk Býma, Petr Struk*

### 7.1 Kvalita péče a bezpečí pacientů ve všeobecném praktickém lékařství

Pojem kvality se přenesl do běžného života a znamená praktické ocenění dobrého („kvalitního“) zboží nebo služby, a to i v teoretických souvislostech (např. „kvalita života“). Oproti označení „dobrý“ budí slovo „kvalitní“ dojem hodnocení jaksí objektivního a samo o sobě často znamená vysokou jakost („kvalitní výrobek“). V moderním řízení výroby se pak často hovoří o systémech řízení jakosti kvality (angl. *quality control*, *quality assurance*, někdy nesprávně překládané jako „kontrola kvality“), čímž se míní nejen průběžná kontrola výrobků, ale také

- odstraňování zjištěných nedostatků,
- vylepšování výrobků i
- motivace pracovníků, aby si kvality hleděli (Wikipedia.cz).

V poslední době se zvyšuje tlak na zajištění bezpečí a kvality zdravotnických služeb, a to nejen v lůžkovém, ale i v ambulantním sektoru. Požadavky na kvalitu a bezpečí se dostávají do právních norem. Je v zájmu všeobecných praktických lékařů, aby byli na tyto tlaky připraveni a byli také schopni do budoucna svou kvalitu prokazovat, a to jednak směrem k pacientům, plátcům, specialistům i mezi kolegy.

**Kvalita a bezpečí pacientů je aktuální téma medicíny č. 1.**

**Kvalita ve VPL je obtížně definovatelná, měřitelná, má příliš mnoho aspektů a různé perspektivy:**

- z hlediska pacientů: účelová hodnocení, „hodný doktor“, platforma Znamylekar.cz,
- z hlediska pojišťoven: hodnocení nákladovosti, metodických pochybení, bonifikací,

- z hlediska specialistů: hodnocení podle kvality doporučení, indikace, podle informací od pacientů, často zkreslených,
- z hlediska kolegů: podle účasti na vzdělávání, podle informací od pacientů při zástupch, od sester).

Předpokladem bezpečí pacientů je vysoká kvalita poskytované péče ve všech jejích aspektech:

- normativních (právní normy, garance státu a zdravotních pojišťoven, síť zařízení a jejich dostupnost, podmínky poskytování péče, způsobilost zdravotnických profesionálů, jejich kvalifikace a kompetence),
- organizační úroveň (organizace praxe, objednávací systém, IT, telefonická agenda, vybavení praxe, zajištění interní a externí kontroly přístrojů, pravidla pro předepisování a skladování opiátů, registrace mimořádných událostí a jejich analýza, náplně práce a kompetence zaměstnanců, kontinuální vzdělávání, komunikace v rámci praxe i s ostatními poskytovateli, vedení dokumentace, způsob shromažďování informací)
- klinické postupy a výstupy (preventivní prohlídky, Screening, dodržování diagnostických a terapeutických postupů, kompetence k výkonům, management chronických onemocnění, dodržování hygienických a protiepidemických zásad),
- s pokojenost pacientů (vyřizování stížností, práva pacientů, systematické sledování spokojenosti, laické iniciativy).

V České republice je náskok v rozvoji metod hodnocení kvality v nemocničním sektoru, přitom:

- dochází k přibližně 300 000 kontaktů v primární péči denně,
- ordinace VPL je místem primárního rozhodování o osudu pacienta a nákladech na jeho léčení,
- kvalita primární péče rozhoduje velkou měrou o kvalitě a efektivitě zdravotnického systému.

## 7.2 Kvalita péče a bezpečí pacientů ve VPL, charakteristiky

- trend ke standardizaci klinické i organizační,
- zvyšování nároků na kvalitu a bezpečí,
- zájem státu, plátců, pacientů i poskytovatelů.

Nástroje zvyšování kvality péče:

- interní hodnocení kvality a bezpečí = vlastními silami prováděná aktivní dobrovolná opatření,
- externí hodnocení kvality a bezpečí = posouzení kvality externím (akreditovaným) posuzovatelem.

V § 47, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jsou uvedeny minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvali-

ty a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Tento zákon, který nahradil starý zákon o zdraví, lidu je průlomový také v tom smyslu, že uvádí zajišťování kvality a bezpečí jako součást poskytování péče, jako povinnost každého zdravotnického zařízení bez ohledu na jeho velikost a počet zaměstnanců.

### 7.3 Právní rámec zajišťování kvality

Základní rámec poskytuje § 47, odst. 3, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který udává:

Poskytovatel je povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb

- odůvodnit ve zdravotnické dokumentaci případy, kdy se při poskytování zdravotních služeb odchýlí od uznávaného medicínského postupu,
- zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb; minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení uveřejní ministerstvo ve Věstníku ministerstva zdravotnictví a na svých internetových stránkách,
- dbát na takové používání antibiotik, aby došlo k omezování rizika vzestupu antibiotecké rezistence.

Dále zákon č. 167/2012. Pro poskytovatele zdravotnických služeb hraje klíčovou roli vnitřní předpis, který zohledňuje výše uvedené normy. Konkrétně jsou zmíněny požadavky:

- bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti,
- zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče,
- vstupní školení všech nových zaměstnanců o hygieně rukou,
- schéma správného mytí rukou, papírové ručníky,
- zařazení opatření do vnitřního předpisu praxe,
- řešení neodkladných stavů,
- periodická kontrola funkčnosti pomůcek a léčiv pro řešení neodkladných stavů (zápis, datum),
- periodické proškolení zaměstnanců (1x ročně),
- čísla linek na tísňové volání na viditelném místě.

V současné době se připravuje nová vyhláška k hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče, spojená s příslušnou novelou zákona č. 167/2012, stanovující minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí pro poskytování ambulantní péče. Obsahuje tyto návrhy:

#### 7.3.1 Standardy řízení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Indikátory:

a) Je zaveden a dodržován program zvyšování kvality a bezpečí pro poskytovatele zdravotních služeb a tento program je aktualizován (specifikace ve vnitřním předpisu).

b) Je určena osoba odpovědná (pozn.: není relevantní pro všeobecnou praxi, kde pracují lékař a sestra).

c) Zásady a činnosti při poskytování zdravotnických služeb jsou zahrnuty v provozních postupech a aktualizovány (specifikace ve vnitřním předpisu).

d) Osoby podílející se na poskytování zdravotnických služeb jsou aktivně zapojeny do programy zvyšování kvality a bezpečí pacientů. (Pozn.: není relevantní pro všeobecnou praxi, kde pracují lékař a sestra. Maketa vnitřního předpisu přináší obecné podklady pro naplnění standardu. V malé ordinaci by měli lékař se sestrou zásady zajišťování kvality alespoň neformálně probrat a vysvětlit. Pokud to udělá angažovaně a pozitivně, může to pozitivně ovlivnit činnosti sestry, a tím i organizaci činností.)

### 7.3.2 Sledování a vyhodnocení nežádoucích událostí

a) Je zavedena evidence nežádoucích událostí, které se vyskytnou při poskytování péče, a to minimálně nežádoucích událostí spojených s prováděním zdravotních výkonů.

b) Je prováděno vyhodnocování jednotlivých nežádoucích událostí, včetně zjišťování příčin.

c) Jsou přijímána preventivní opatření k předcházení nežádoucím událostem.

### 7.3.3 Sledování a vyhodnocení nežádoucích událostí

a) Je sledována spokojenost pacientů minimálně s přístupem zdravotnických pracovníků k pacientům, k poskytování informací o léčbě, a s ordinační dobou. Sledování spokojenosti se nabízí např. formou anonymně vyhodnocovaného dotazníku EUROPEP, který se rozdává např. stovce po sobě jdoucích pacientů, další možností je schránka na stížnosti, anketa na webu.

b) Je prováděno vyhodnocování spokojenosti pacientů a jsou přijímána opatření k odstranění zjištěných nedostatků. Ankety mohou být i námětově specifické, zaměřené na určitý aspekt, např. spokojenost s objednávacím systémem, spokojenost diabetiků rok po převzetí do péče od specialistů atd.

### 7.3.4 Sledování a hodnocení stížností a podnětů týkajících se zdravotnických služeb

a) Je vedena evidence stížností a podnětů pacientů a dalších osob podaných v souvislosti se zdravotnickými službami včetně způsobu jejich vyřízení.

b) Je prováděno vyhodnocování stížností a podnětů, včetně zjišťování příčin.

c) Jsou přijímána opatření k odstranění zjištěných nedostatků a potřebná preventivní opatření.

### 7.3.5 Využívání uznávaných doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů

Standard je splněn, jestliže poskytovatel ambulanti péče využívá diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy, doporučené odbornými a profesními organizacemi.

SVL ČL JEP garantuje dostupnost DP v papírové podobě nebo prostřednictvím internetu na stránkách SVL ČLS JEP, [www.slv.cz](http://www.slv.cz).

### **7.3.6 Dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých**

Standard je splněn, jestliže je prováděno sledování a vyhodnocování dodržování práv pacientů a osob blízkých a jsou přijímána opatření k odstranění zjištěných nedostatků. Práva pacientů jsou v ordinaci dostupná (vyvěšena). V zápise je informace zaměstnancům na toto téma. Pravidla jsou zahrnuta do vnitřního předpisu poskytovatele zdravotnických služeb.

### **7.3.7 Podpora zdraví a prevence nemocí**

Standard je splněn, jestliže pacienti i zaměstnanci mají ve zdravotnickém zařízení přístup k informacím o faktorech ovlivňujících zdraví prostřednictvím osvětových materiálů, např. osvětového televizního programu v čekárně, přístupu na internet u zaměstnanců.

### **7.3.8 Stanovení interních pravidel pro vedení zdravotnické dokumentace**

a) Jsou stanoveny a dodržovány zásady pro vedení zdravotnické dokumentace v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování zdravotních služeb a organizační strukturu poskytovatele zdravotních služeb. Jsou dána pravidla postupu zakládání, vedení, uchovávání a předávání zdravotnické dokumentace ve vnitřním předpisu. Příslušná právní norma je dostupná u poskytovatele zdravotních služeb, např. formou Appelu. Ve vnitřním řádu je minimálně zápis do dokumentace při přijímání pacienta, záznam očkování TAT, diabetes atd. Mnohé řeší chytrý software. Například pro minimální zápis epizody péče může platit pravidlo SOAP (S – subjektivní stesk pacienta nebo důvod návštěvy, O – objektivní nález, co jsem na něm našel, A – akce, co jsem s ním udělal, P – plán, co s ním plánuji).

b) Zásady pro zajištění nahlížení do zdravotnické dokumentace jsou stanoveny.

c) Postupy při ukládání ZD, její ochraně před zneužitím, ztrátou a poškozením, jsou stanoveny.

### **7.3.9 Kontinuita zdravotní péče**

Standard je splněn, jestliže je zajištěna návaznost spolupráce s dalšími poskytovateli zdravotnických služeb, a případně též s poskytovateli sociálních služeb. V ordinaci je například dostupný seznam spolupracujících poskytovatelů, v ordinaci je funkční systém přijímání, ukládání a interpretace odborných nálezů.

### **7.3.10 Identifikace pacientů**

Standard je splněn, jestliže je vypracován a dodržován postup pro jednoznačnou nezměnitelnou identifikaci pacientů v ambulantní péči. Identifikaci upravuje vnitřní předpis, např. znalost pacienta a ověření jména a data narození dotazem.

### 7.3.11 Standard zajištění kardiopulmonální resuscitace

a) Standard je splněn, jestliže je zpracován a plněn plán každoročního proškolení zdravotnických pracovníků v kardiopulmonální resuscitaci. Standard je míněn jako nedílná součást řízení poskytování zdravotních služeb a záznamy o školení jsou dokumentovány.

b) Je zpracován a plněn plán kontrol vybavení pracoviště léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky pro poskytování kardiopulmonální resuscitace, včetně kontrol jejich funkčnosti. Pravidla upravuje vnitřní řáde a jsou prováděny záznamy.

### 7.3.12 Dodržování personálního zabezpečení ambulantní zdravotní péče

a) Je pracován a plněn program celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků. Stavovský předpis ČLK č. 16 je přítomen na pracovišti a obsahuje plán celoživotního vzdělávání pro každého zaměstnance.

b) Jsou stanovena a dodržována pravidla pro zapracování pracovníků při jejich zařazení a obsahují: popis zapracování, povinná školení, podpisy.

c) Jsou zpracovány popisy pracovních činností jednotlivých zdravotnických a jiných pracovníků, jako mediků, rezidentů, lékařů, sester a pomocného personálu. Příkladem sofistikovaného plánu je studijní plán rezidenta. Plán profesionálního celoživotního rozvoje má každý individuální lékař, např. plán akcí, kterých se během roku zúčastní.

### 7.3.13 Bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance

a) Je zaveden program zajištění pro pacienty a zaměstnance, jehož součástí je zejména identifikace rizikových míst a činností z hlediska bezpečnosti.

b) Je stanoven způsob zajištění elektrické energie, pitné vody a medicínálních plynů, a to jak v obvyklém režimu, tak při přerušení dodávek.

## 7.4 Interní systém hodnocení kvality ve všeobecné praxi

Interní systém hodnocení kvality a bezpečí je aktivní, systematický a komplexní proces sebehodnocení kvality a bezpečí daného zařízení podle určitých standardů. Podstatou je sebekritické vyhodnocení a všech oblastí poskytované péče a organizace činností s cílem odhalení nejslabších a potenciálně rizikových míst, pochopení organizace, minimalizace rizik a zajištění zlepšování. Na základě výsledků se stanovují plány zlepšování kvality a bezpečí. Interní hodnocení kvality není odměňováno certifikáty.

Do činnosti každého zdravotnického zařízení se promítají aplikace:

- **klinických standardů:** (DP SVL ČLS JEP) např. péče o diabetiky 2. typu, art. hypertenze, screening, očkování...,
- **předpisů a norem:** např. mytí rukou, zdravotnická dokumentace, pomůcky resuscitace,



- **nástrojů na hodnocení a zlepšování organizační úrovně praxe, kvality poskytování zdravotních služeb, bezpečí a spokojenosti pacientů.**

Zajišťování kvality se může jevit jako administrativní zátěž odtažená od praxe. V podmínkách primární péče je příležitostí k zlepšení organizace činností, přizpůsobení praxí právním požadavkům a nárokům. Přístup může být racionální: klíčové je dodržování klinických standardů, právních norem a využívání nástrojů ke zvyšování kvality tam, kde je to praxi ku prospěchu.

## 7.5 Externí hodnocení kvality a bezpečí pacientů

V systému socialistického zdravotnictví dominovala externí kontrola nad autonomií. Přesto nelze tvrdit, že byla zajištěna vyšší kvalita péče. Nejsou k dispozici důkazy o tom, že systémy s přísnou externí kontrolou vykazují vyšší kvalitu poskytované péče. Tyto systémy jsou náročné na administrativu a demotivují poskytovatele.

Externí hodnocení kvality a bezpečí je prováděno externím subjektem, externím akreditovaným posuzovatelem. Hodnocení se opírá o předem definované a zveřejněné akreditační standardy a obvykle umožňuje srovnávání s jinými praxemi. Externí hodnocení kvality a bezpečí je prováděno externím subjektem, externím akreditovaným posuzovatelem. Hodnocení se opírá o předem definované a zveřejněné akreditační standardy a obvykle umožňuje srovnávání s jinými praxemi. Příkladem metody posuzování je třeba systém ISO. Známým posuzovatelem v oblasti nemocničních zařízení je Sjednocená akreditační agentura (SAK ČR), která vychází z metodiky americké JCI (Joint Commission International).

Na některé technologie a přístroje, používané v primární péči, se vztahuje pravidlo povinné externí kontroly kvality, např. pro přístroje POCT, EKG, tlakoměry.

Poskytovatele zdravotních služeb k externí kontrole motivuje snaha prokazovat vysokou kvalitu poskytovaných služeb a ověřit validitu hodnot, získaných měřením přímo v ordinaci a zajistit kontrolu požadovanou plátcí zdravotní péče. EKK provádí akreditovaná agentura na základě žádosti poskytovatele zdravotních služeb (za úplatu).

## 7.6 Standardizace

Standard je požadavek na chování nebo vlastnosti člověka, situace, organizace apod. určený buď k závaznému vyžadování nebo k posuzování jejich přiměřenosti, přijatelnosti nebo obvyklosti. Standardizace je systematické vydávání a podpora dodržování standardů. Standardizace ve zdravotnictví představuje soubor opatření (standardů), které zajišťují určitou úroveň a způsob poskytované péče ve zdravotnických zařízeních stejného typu.

## 7.7 Akreditace

Akreditace (nebo být akreditovaný) znamená mít právo provádět určitou činnost nebo se něčím prokazovat. Často to může být synonymum pro získání licence. Akreditaci

uděluje akreditační autorita. Odliš od akreditace pro vzdělávání – ve smyslu § 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. Akreditační řízení zde je zaměřeno na jeden aspekt činnosti zařízení, a to způsobilost poskytování vzdělávání.

Akreditační řízení 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.

Audit je proces systematického ověřování shody, zda organizace (část) plní požadavky příslušného standardu. **Příkladem auditu může** být třeba sledování počtu a druhu nasazených ATB v sezóně nebo v určitém období k porovnání s jiným obdobím nebo s ordinací kolegy. Audit může být zaměřen třeba na sledování počtu aplikací protichřipkové vakcíny a jejich trendů v praxi, screeningového vyšetření, indikací PSA nebo sledování stížností pacientů. Při auditu je třeba definovat cíl auditu, vybrat sledovaný parametr, vybrat vhodnou v praxi průchodnou metodu sledování a záznamu, a posléze pro srovnání.

Připravovaná vyhláška stanoví požadavky na způsob, postupy a personální zabezpečení externího hodnocení kvality péče a bezpečí pacientů. Akreditační agentury k posuzování ambulantní péče budou moci akreditovat dle zákona až po zveřejnění zmiňované vyhlášky.

Společnou aktivitou Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP a Sdružení praktických lékařů ČR vznikla koncem roku 2011 Akreditační agentura primární péče (AAPP), která je připravena úkony externí kontroly kvality provádět. Vyhláška zajistí, aby v akreditačním týmu byl lékař příslušného oboru s dostatečnou praxí a zdravotník s dostatečnou praxí v oboru.

Akreditační agentura stanovuje metodiku práce hodnotícího týmu, která zahrnuje:

- pohovory se zaměstnanci, s pacienty,
- prohlídku pracovišť, jeho stavu a vybavení,
- kontrolu zdravotní dokumentace, posouzení písemných/elektronických dokumentů,
- sledování provozu a pracovních postupů.

Vlastní akreditační proces je zahájen z iniciativy poskytovatele zdravotních služeb. Akreditační agentura pak poskytuje potřebnou podporu v přípravě akreditace.

Vlastní akreditační proces vychází z návštěvy praxe, kterou vykoná ve sjednané době auditorský tým. Auditorský tým se skládá z proškolených hodnotitelů s alespoň tříletou zkušeností v daném oboru, s kvalifikací lékaře a sestry v daném oboru.

## 7.8 Vnitřní předpis

Vnitřní předpis je neveřejný předpis (jehož zveřejnění ovšem může být přípustné), kterým právnická osoba, ať už veřejnoprávní nebo soukromoprávní, upravuje práva a povinnosti svých pracovníků, členů, zaměstnanců či zástupců v rámci své působnosti.

Některé vnitřní předpisy musí právnická osoba vydat povinně na základě zákona a zákony ukládají povinnost se jimi řídit nebo zněním vnitřních předpisů podmiňují některé právní vztahy. Vnitřní předpis může vydat jen k tomu oprávněný orgán právnické osoby a z předpisu by mělo být zřejmé, který orgán a na základě jakého zmocnění jej vydal.

Zejména u právnických osob, které nebyly zřízeny vnějším zřizovatelem, zákonem nebo například smlouvou, lze za vnitřní předpis považovat i jejich základní dokument, tedy typicky stanovy, statut a podobně.

Pro poskytovatele zdravotnických služeb je vnitřní předpis materiálem, kterým se může vyrovnat s většinou nároků, které přinášejí nové právní normy.

Maketa vnitřního řádu je k dispozici v manuálu pro přípravu k akreditaci.

Vnitřní předpis poskytovatele zdravotnických služeb obsahuje nepovinné a povinné součásti, jako např.:

- stanovy, statut organizace,
- organizační řád,
- bezpečnostní předpisy, provozní řád, požární řád,
- krizový plán,
- metodické předpisy, technologické předpisy, skartační řád, inventarizační řád

## 7.9 Benchmarking

**Benchmarking** je „kontinuální systematický proces na porovnávání výkonnosti organizace, funkcí nebo procesů s jejich nejlepšími v praxi existujícími analogy s cílem nejen dosáhnout stejných výsledků (výkonnosti), ale překonat je“. Pozitivně vnímaný benchmarking je zdrojem motivace a inspirace všeobecných praxí, usilujících o zlepšení v různých aspektech kvality. Benchmarking v neformální podobě probíhá v diskuzích kolegů, hovoříme-li například o tom, kolik jsme naočkovali chřipek, kolik máme domácích návštěv nebo kolik máme v péči diabetiků 2. typu. Benchmarking ve formální podobě musí vycházet z jasně stanovených a porovnatelných indikátorů. Působí motivačně, pokud je nastaven pozitivně, i v anonymní podobě.

## 7.10 Cyklus kvality

Cyklus kvality – PDCA, Walter Shewhart, v roce 1930, později E. Demmings vytvořili systém pro efektivní řešení a zlepšování výrobních aktivit, procesů a systému, který je zároveň jednoduchou metodou pro zavádění změn. Metoda se skládá ze 4 kroků – PDCA:

**P – Plan (plánuj)** – získávání informací a popis řešeného problému. Plán obsahuje činnosti k odstranění problému.

**D – Do (dělej)** – zavedení popsanych činností.

**C – Check (kontroluj)** – sledování dosažených výsledků a jejich porovnání s plánem. Jedná se tedy o kontrolu, zda je původní problém skutečně řešen.

**A – Act (jednej)** – Je-li problém odstraněn, je třeba změny zavést/standardizovat do procesů nebo systému. Není-li problém vyřešen, hledejte příčinu problému, vytvořte nový plán. Přesvědčte se, zda změny jsou uplatňovány a jsou součástí běžných každodenních činností.

Cyklus kvality je metoda k využití u nejrůznějších aspektů kvality v praxi.

Identifikovaným problémem může být např. přeplněná čekárna mezi 8 a 10 a naopak prázdná čekárna mezi 11 a 12 hod. Problém potvrdíme sledováním/měřením tohoto jevu po určitou dobu. Na základě analýzy zjistíme, že příčinou je nakupení a mísení kontrol práce neschopných pacientů s pacienty akutními. Kontroly lze přesunout do objednávací doby (**P**). Dáme tedy instrukce sestřám, event. kolegům, do jakého prostoru zvat kontroly PN (**D**). Po měsíci provedeme stejné sledování/měření jako v úvodu (**C**). Je-li problém vyřešen a přechodné opatření se osvědčilo, standardizujeme proces (**A**).

### 7.11 Peer review

*Peer review* je aktuální nebo zpětné hodnocení kvality, účinnosti a efektivnosti zdravotní péče a zdravotnických služeb praktikujících lékařů nebo jiných zdravotnických profesionálů prováděné jinými lékaři či zdravotnickými profesionály. Příkladem *peer review* je pozvání kolegy nebo několika zkušených kolegů do praxe s tím, že vám pomůžou vyřešit nějaký problém nebo poradí v nějaké organizační nebo odborné záležitosti. Tedy jakési kolektivní externí poradenství. Jako *peer review* může například zafungovat skupina studentů, která si dovolí kritické poznámky k organizaci činností v ordinaci.

### 7.12 Spokojenost pacientů ve všeobecné praxi a její měření

Kvalita péče je dána nejen respektováním lékařských a profesionálních standardů, ale i respektováním hodnot pacienta. Měření spokojenosti pacientů je obtížné a je zatíženo různými zkreslením. Nicméně lékař/poskytovatel zdravotních služeb potřebuje zpětnou vazbu v této oblasti.

Péče o člověka se dostává do konfliktu s člověkem samým. Laik se stále hůře a hůře orientuje v soukolí zdravotnictví. Je tedy otázkou, jak je na tom pacient, jak vnímáme jeho potřeby a zda je spokojenost pacienta pro nás významným výsledkem péče. Platí-li předpoklad, že spokojenost pacientů je významným aspektem hodnocení jak procesu poskytování péče, tak i výstupu poskytované péče, je otázkou, zda je spokojenost pacientů měřitelným aspektem kvality péče.

Hlavní význam mají následující faktory:

- vyšetření pacienta je věnován dostatek času,
- v naléhavých případech je pacientovi poskytnuta rychlá péče,
- důvěrnost v nakládání s informacemi o pacientovi,
- ochota sdělit pacientům dostatek informací o jejich onemocnění,
- ochota naslouchat pacientům při sdělování obtíží,

- snadné objednávání k vyšetření,
- vzdělanost lékaře,
- poskytování preventivní péče.

Nástrojem měření spokojenosti pacientů je dotazník EUROPEP, validizovaný k použití ve všeobecných praxích. Jiným způsobem lze zjišťovat spokojenost např. anketou na webových stránkách ordinace, případně schránkou na podněty a stížnosti pacientů, vyvěšenou v čekárně.

Lékař a sestra/poskytovatel zdravotních služeb by se pak agendou spokojenosti pacientů/podněty/stížnostmi měli systematicky zabývat.

### **7.13 Medicína založená na důkazech (Evidence based medicine, EBM)**

Medicína založená na důkazech klade důraz na rychlé a správné využívání poznatků z velkých studií pro diagnostiku a léčení pacientů tak, aby z nich nemocný měl co nejdříve užitek. Příznivcům EBM nejde ani o prosazování nějakého nového produktu určité farmaceutické firmy, ani o vnucování jednotných léčebných schémat, ani o autoritativní kontrolu práce lékařů. Lékař může použít jiný lék nebo jiný postup, než ukazuje velká studie, pokud to je pro konkrétního pacienta užitečné. Pro posouzení účinnosti léku nebo postupu u individuálního pacienta nestačí poznání patogeneze dané nemoci a poznatek o tom, že lék má na patogenezi příznivý vliv, ale je třeba vzít v úvahu další souvislosti, zejména vyplývající z bio-psycho-sociálně-spirituální charakteristiky pacienta. Nicméně EBM přináší silnou oporu pro klinické rozhodování. Klasifikuje váhu důkazů o účinnosti léků a postupů:

1. Za pádný důkaz nejvyšší váhy považuje EBM výsledek velkých, znáhodněných, podle pravidel kontrolovaných, multicentrických studií nebo jejich metaanalýz. Od studií s tímto nejvyšším stupněm důkazu lze navíc požadovat, aby přinášely několik různých laboratorních nebo přístrojových výsledků vyšetření pacienta s navzájem se doplňujícími příznivými parametry, a navíc jasné doklady o snížení morbidoty, mortality, subjektivního vnímání nemoci pacientem, případně také snížení rizika následných patologických příhod.

2. Na druhé místo řadí autoři EBM podle váhy důkazu znáhodněnou kontrolovanou klinickou studii.

3. Na třetí místo klinickou studii nerandomizovanou.

4. Na čtvrté místo jiné studie z více než jednoho centra a na poslední místo názor autorit apod. Zastánci EBM zdůrazňují, že požadavek na včasné a široké využívání léků, které získaly nezpochybnitelný důkaz účinnosti ušetří náklady, které nebudou promarněny na léčbu neúčinnou (méně účinnou) a na odstraňování následků chybné léčby. Pochopení významu EBM pro racionální chování lékařů i pacientů, a dokonce i pro stanovení priorit ve zdravotnictví bude vyžadovat určitou dobu.

## 7.14 Doporučené postupy

Doporučené postupy jsou systematicky vytvářena klinická doporučení na pomoc lékařům a pacientům v rozhodování o správné lékařské péči za specifických klinických okolností. **Doporučené postupy** vycházejí z aktuálních poznatků medicínského výzkumu, které vyhovují kritériím medicíny založené na důkazech (EBM). Musejí zohledňovat nejen striktně medicínské aspekty, úroveň zdravotnictví i dostupných technologií v dané zemi, ale i organizaci péče a ekonomické ukazatele, které se lokálně mohou zásadně lišit. Dodržování doporučených postupů je vhodným argumentem v případných soudních sporech mezi poskytovateli péče a pacienty.

Jeich tvorba a implementace je nutná nejen proto, že představují odborně garantovaný a ekonomicky zdůvodněný pohled na řešení určité problematiky, což je důležité pro jednání s orgány státní správy a plátcí úhrad za zdravotní péči. Ve většině vyspělých zemí orgány státní správy iniciují vznik jednotně strukturovaných doporučení a standardů, jejichž sumární analýza je východiskem pro vznik dlouhodobých rozvojových programů.

Na úrovni poskytovatelů zdravotní péče pak schopnost jejich naplnění rozhoduje o udělení akreditace pro léčbu.

Všeobecný praktický lékař musí umět s DP pracovat. DP jsou základním zdrojem odborných informací pro lékaře v předatestační přípravě i v praxi. V každé praxi by měly být DP dostupné, v papírové nebo elektronické formě. Klinické postupy individuálního lékaře by měly být v souladu (samozřejmě s ohledem na individuální variabilitu případů) s doporučenými postupy odborné společnosti. To lékaři také zajistí obranu při případném soudním sporu.

Většina odborných společností u nás i v dalších vyspělých zemích považuje tvorbu doporučených postupů a standardů za jednu z priorit své činnosti (<http://www.csgf.info/>).

## 7.15 Indikátory (ukazatele) kvality a kritéria kvality

Každý akreditační standard je provázen měřitelnými ukazateli, tzv. indikátory. Míra naplnění indikátorů pak je kritériem kvality.

Indikátory (ukazatele kvality) jsou měřitelné projevy určitého jevu/aspektu kvality, získané průběžným sledováním, zaznamenáváním a vyhodnocováním. Kritérium kvality vychází z jednoho nebo více indikátorů a představuje očekávanou/vyžadovanou úroveň kvality v daném aspektu, matematicky vyjádřenou. Příkladem indikátoru je přítomnost záznamu o očkování proti tetanu v dokumentaci. Kritériem je, že více jak 90 % pacientů má záznam o očkování TAT v dokumentaci. Podobně jsou indikátorem vyvěšené ordinční hodiny a kritériem, že vyvěšené jsou, indikátorem kvality záznam o očním vyšetření u diabetika 2. typu a kritériem, že více jak 80 % diabetiků 2. typu má záznam o očním vyšetření ve zdravotní dokumentaci.

## 7.16 Mimořádné události a management pochybení ve všeobecné praxi

Mimořádná událost (také neočekávaná, kritická událost) je událost ve zdravotnickém zařízení, která souvisí se zajišťováním podmínek nebo s průběhem poskytování zdravotní péče a ve svém důsledku může ohrozit kvalitu poskytované péče, bezpečí pacientů nebo členů týmu zdravotnického zařízení. Může být důsledkem náhodné chyby lékaře nebo personálu nebo mít příčinu v selhání organizace/systému praxe. Sledování pochybení a mimořádných událostí, jejich analýza a následná opatření jsou součástí interního systému hodnocení kvality.

Pochybení ve zdravotnictví se rozumí jím jakákoli neočekávaná skutečnost, která se přihodí v lékařské praxi, ale která se neměla stát. Může se jednat o malé či velké pochybení, administrativní nebo klinické, opomenutí či zbytečný čin, zkrátka něco, čemu je do budoucna nutné se vyhnout. Příkladem pochybení v praxi mohou být:

- pochybení administrativního rázu (předpis jiného léku nebo jiného počtu balení, doporučení s hlavičkou jiného pacienta atd.),
- pochybení klinického rázu (pozdní diagnóza, přehlédnutí klinicky závažné okolnosti, aplikace jiné látky intramuskulárně atd.),
- pochybení na základě poruch komunikace (např. příliš asertivní sestra, nepochopení výkladu lékaře pacientem atd.).

Chyby všeho druhu jsou normální součástí lidské práce a nemohou být nikdy zcela eliminovány. V praxi dochází k nežádoucím situacím, které mohou ohrožovat pacienty. Některé z nich jsou důsledkem chyb a omylů. Mnoha pochybením je možné se vyhnout prostřednictvím systémových opatření.

V prostředí primární péče, kde lékař je v unikátním kontinuálním vztahu k pacientům, má složité podmínky pro rozhodovací proces, pracuje často ve stresových podmínkách, s pochybami a nejistotami, jsou chyby a omyly časté. Mohou k nim přispívat i osobnostní rizika pacienta, způsobené např. jeho nemocí, vyčerpáním, ztrátou zájmu a podobně.

# 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., Mgr. Petr Struk**

Pracuje jako praktický lékař pro děti a dorost v Praze-Modřanech v soukromé praxi manželky MUDr. Nory Strukové. Roku 1977 absolvoval Fakultu dětského lékařství Praha, atestace z pediatrie 1981. Roku 1984 absolvoval Filosofickou fakultu Praha – obor psychologie. Od roku 1977 do roku 1985 pracoval jako dětský lékař a obvodní dětský lékař v Chebu, Aši a v Praze 4, 1985–1990 jako klinický výzkumný pracovník v Centru sociální pediatrie ILF, Praha. Byl členem předsednictva Českého národního výboru pro UNICEF, náměstkem ředitele Národního centra podpory zdraví, vedoucím katedry sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví 1. LF UK, Praha, poradcem ministra zdravotnictví ČR, ředitelem odboru zdravotní politiky a poté výzkumu a vzdělávání Ministerstva zdravotnictví ČR. Byl národním koordinátorem ČR programu EU Phare v resortu zdravotnictví, reprezentantem regionu střední a východní Evropy ve společné komisi UNICEF/WHO/UNDF a předsedou Výboru pro lidská práva a biomedicínu Úřadu zmocněnce pro lidská práva vlády ČR. Profesně se kromě praktického dětského lékařství věnuje i veřejnému zdravotnictví, sociálnímu lékařství, e-health /elektronickému zdravotnictví, bioetice a koordinaci národních a mezinárodních projektů. Působí jako konzultant, autor a spoluautor článků a národních a mezinárodních zpráv, zaměřených na zdravotní péči a řízení zdravotnictví.

## **MUDr. Nora Struková**

Narozena 29. 3. 1952 v Praze, vdaná – manžel MUDr. Mgr. Petr Struk, dvě děti – syn 1974, dcera 1979. Od roku 1971 studium na LF UK obor pediatrie, promoce 1977. Po promoci rok práce ve FN Motol na dětském oddělení, od roku 1978 práce v OÚNZ Cheb pracoviště Aš v Kojeneckém ústavu. Atestace z pediatrie 1981, od roku 1984 dětský obvod v Praze 4, od roku 1994 soukromou dětskou lékařku, v roce 2013 založila vlastní s. r. o. Účast v několika výzkumných projektech programu PHARE na podporu primární péče a projektů hodnocení a kvality primární péče HOPP I a II v rámci programu IGA MZ ČR a dále na několika studiích, týkajících se výzkumu očkovacích látek. Práce ve výboru SPLDD pro Prahu a Středočeský kraj – organizace vzdělávacích seminářů, v letech 1997 až 2001 asistentka Katedry všeobecného lékařství 1. LF UK Praha. V současné době dále pracuje v primární péči na pediatrickém obvodě v Praze-Modřanech, na stejném místě působí 31 let. Je akreditovaná pro další vzdělávání praktických lékařů pro děti a dorost.