

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

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

**METODICKÝ NÁVOD PRO
SEBEHODNOCENÍ**

ÚVOD

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

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

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

1. POSKYTOVATELÉ LŮŽKOVÉ A JEDNODENNÍ PÉČE

1.1. PROVÁDĚNÍ INTERNÍHO HODNOCENÍ

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

¹ Obvykle manažer kvality či jiná osoba se vzděláním odpovídajícím výkonu funkce.

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

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

1.2. SBĚR DAT

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

1.3. VYHODNOCENÍ DAT

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

navržení funkčnějšího řešení k plnění, zhodnocení stávajícího prováděcího předpisu a v případě potřeby jeho úprava.

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

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

1.4. UCHOVÁVÁNÍ DAT

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

1.5. VYHODNOCENÍ V ČASOVÉ OSE

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

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

2. POSKYTOVATELÉ AMBULANTNÍ PÉČE²

2.1. PROVÁDĚNÍ INTERNÍHO HODNOCENÍ

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

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

³ Obvykle manažer kvality či jiná osoba se vzděláním odpovídajícím výkonu funkce.

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

2.2. SBĚR DAT

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

2.3. VYHODNOCENÍ DAT

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

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

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

2.4. UCHOVÁVÁNÍ DAT

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

2.5. VYHODNOCENÍ V ČASOVÉ OSE

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

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

3. POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY⁴

3.1. PROVÁDĚNÍ INTERNÍHO HODNOCENÍ

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

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

⁵ Obvykle manažer kvality či jiná osoba se vzděláním odpovídajícím výkonu funkce.

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

3.2. SBĚR DAT

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

3.3. VYHODNOCENÍ DAT

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

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

3.4. UCHOVÁVÁNÍ DAT

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

3.5. VYHODNOCENÍ V ČASOVÉ OSE

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

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