

OBSAH:

1. Metodický pokyn, kterým se stanoví pravidla k fotodokumentaci ran 3
2. Metodický pokyn pro přípravu vzdělávacího kurzu pro koordinátory dobrovolnictví
ve zdravotních službách 64
3. Oznámení o vydání Českého lékopisu 2023 – Doplněk 2024 81
4. Výzva k podání žádosti o udělení statutu pracoviště pro screeningovou kolonoskopii v programu
screeningu kolorektálního karcinomu 82
5. Metodický návod k zajištění jednotného postupu při posuzování a uznávání covid-19
jako nemoci z povolání 89

METODICKÝ POKYN, KTERÝM SE STANOVÍ PRAVIDLA K FOTODOKUMENTACI RAN

Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „MZ“) vydává tento metodický pokyn za účelem sjednocení požadavků na pořizování a zkvalitňování záznamů k fotodokumentaci ran.

Čl. 1

Všeobecná ustanovení

(1) Tento metodický pokyn mohou využívat všichni poskytovatelé zdravotních¹ služeb, kteří dokumentují² péči o rány a pořizují jejich fotografické záznamy, poškození kůže nebo tkání a nemají k dispozici profesionální fotografické vybavení (např. Single-lens reflex /SLR/ nebo jiné fotoaparáty s výměnnými objektivy s větší plochou čipu).

(2) Metodický pokyn poskytuje pracovní rámec k jednotnému zajištění fotodokumentace a k tomu, aby fotografie byly snímány stále stejným způsobem a docílilo se nejvyšší možné míry jejich porovnatelnosti, přestože ne všechna doporučení lze aplikovat a dodržet v každém klinickém prostředí.

(3) Doporučený postup pro fotodokumentaci ran sjednocuje požadavky na pořizování záznamů, využitelnost v klinické praxi, porovnatelnost výsledků a současně si klade za cíl jejich zkvalitnění.

¹ § 2 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 372/2011 Sb.“)

² § 69 písm. e) zákona č. 372/2011Sb, vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů

Čl. 2

Vymezení pojmů

Pro účely tohoto metodického pokynu se rozumí:

- a) ranou se rozumí porušení kontinuity kožního povrchu a integrity organismu, porušení anatomické struktury a funkce kůže (i sliznic), které je způsobeno různými příčinami zasahujícími různě hluboko do podkožních tkání³;
- b) nehojící se ranou se rozumí rána, při níž dochází k porušení kontinuity a průběhu jednotlivých fází fyziologického procesu hojení. Proces hojení je zastaven nebo stagnuje v určité fázi, nejčastěji ve fázi zánětlivé⁴. Nehojící se a obtížně se hojící rána může nejčastěji vzniknout následkem lokálních poruch vyživování kůže, podmíněným neurologickým či cévním onemocněním, popř. dlouhodobým lokálně působícím tlakem⁵;
- c) pacientem se rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby⁶;
- d) vlastním sociálním prostředím pacienta se rozumí domácí prostředí nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta, např. zařízení sociálních služeb⁷.

³ POSPÍŠILOVÁ, A., Hojení chronických ran. Wound care – wound healing – wound management. Standard léčebného plánu. In *Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči, DERM 2*. Praha: Verlag Dashöfer, 2008. s. 1-16. eISSN 1803-120X, s. 3

⁴ FRYKBERG, R. G., BANKS, J. Challenges in the Treatment of Chronic Wounds. *Advances in Wound Care (New Rochelle)* 2015, vol. 4 no. 9, p. 560-582. eISSN 2162-1934, s. 562

⁵ GERMANN, G. et al. *Kompendium ran a ich ošetrovania*. 2. vyd. Hartmann – Rico, a.s. 2002. 123 s. ISBN 3-929870-18-5, s. 68

⁶ § 3 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.

⁷ § 4 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb.

Čl. 3

Zásady fotodokumentace ran

(1) Pro optimální pořízení snímku je vhodné se na pořizovaný snímek dívat očima osoby, která nevidí ránu ani okolí rány. Fotografie musí mít výpovědní hodnotu a poskytnout informace i osobě, která ránu neviděla v reálné podobě, ale pouze zprostředkovaně ze snímku. Důležitá je ostrost a dostatečné rozlišení fotografie/snímku.

(2) Snaha o dosažení dokonalého snímku je často limitována aktuálním zdravotním stavem, ochotou a možnostmi pacienta spolupracovat. Existují případy, kdy fotografuje jen jedna osoba nebo pacienta nelze uvést do požadované polohy a je nutné pořizovat fotografie v jeho nepřirozených polohách, ve kterých nelze získat vypovídající a kvalitní fotografii. V takových případech je možné zhotovit fotografii za podmínek daných zdravotním stavem pacienta, umístěním a rozsahem rány a počtem fotografujících osob. Obecně se doporučuje vycházet z principů anatomického zobrazování rovin těla.

Při focení rány je doporučeno zaměřit svou pozornost na:

- **pacienta**
- **prostředí**
- **fotoaparát**
- **pravítko**
- **ránu**

Shrnutí základních zásad fotodokumentace ran je uvedeno v *příloze č. 1*.

Čl. 4

Pacient

(1) K pořízení fotodokumentace je nutné pacienta informovat a získat jeho ústní souhlas. Písemný souhlas pacienta, z něhož bude zřejmý účel, pro který byl souhlas udělen, se pořizuje v případě jasné identifikace z fotografie např. obličej, tetování nebo jiný specifický znak.

(2) Při fotografování se respektuje soukromí a důstojnost⁸ pacienta. Pokud je to možné, intimní oblasti, obličej nebo identifikovatelné oblasti těla pacienta se zakryjí (*viz příloha č. 2 s. 9 obr. 1, 2, s. 22 obr. 31, 32*).

(3) V případě život ohrožujících stavů je doporučeno fotografovat pouze celky těla. Například horní polovinu těla a pak dolní polovinu těla tak, aby fotografování zabralo co nejméně času. Další fotodokumentace se pořizuje až po stabilizaci zdravotního stavu pacienta. Týká se například akutních stavů, kdy se pořizují fotografie pro další forenzní archivaci a zpracování (*viz příloha č. 2 s. 9 obr. 1*).

(4) Pro spolehlivý longitudinální monitoring vývoje rány nebo nasazené terapie (např. sledování efektivity krycích materiálů) je nezbytné pořizovat snímky **na začátku, v průběhu a při ukončení lůžkové nebo ambulantní péče**; tzn. při přijetí pacienta do péče, při změně stavu rány nebo léčebného postupu, při jeho překladu v rámci poskytované péče propuštění nebo při ukončení léčby.

(5) Při pořizování fotodokumentace může být doba převazu delší, a tudíž pro pacienta náročnější. Proto je potřebné, před zahájením převazu, podat farmaka na tlumení bolesti.

(6) Je doporučeno zajištění vhodné a pohodlné polohy pro pacienta a fotografující osoby.

(7) K usnadnění práce při fotografování a zajištění bezpečnosti pacienta je možné využít **dostupné příslušenství a technické funkce lůžka** – hrazdička, zvýšení nebo snížení ložní plochy, laterální náklon (*viz příloha č. 2 s. 9 obr. 2, 23*), postranice, polohovací pomůcky, podložení části těla apod.

⁸ § 28 odst. 3 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb.

(8) V rámci možností pracoviště se na pořizování fotografií podílí více osob. Zejména při fotografování velkých ran v oblasti sakra, hýždí, pat, u neklidných pacientů, u obézních pacientů – např. jedna osoba zajišťuje pacienta a přikládá pravítko, druhá osoba pořizuje snímek (fotografuje). **Pozor** u fotografování zejména měkkých tkání, kde vzniká riziko deformace v důsledku jejich fixace v potřebné poloze nebo podložení (*viz příloha č. 2 s. 9 obr. 2*). V případě pořizování fotografie končetin lze fotografovat ve visu s úchopem končetiny v prostoru druhou osobou (*viz příloha 2 s. 21 obr. 29, 30*).

Čl. 5

Prostředí

(1) Před zahájením fotografování se připraví vhodné prostředí, pozadí a okolí fotografovaného pacienta, části těla nebo rány. Pro úpravu pozadí lze využít stěnu, závěs, zástěnu, prostěradlo nebo podložku zavěšenou na postranici lůžka apod.

(2) Bezprostřední okolí pacienta je vhodné uklidit, upravit lůžko a odstranit nepatřičné předměty z lůžka včetně znečištěných podložek. Fotografovanou část těla je vhodné podložit čistou, jednobarevnou podložkou, ideálně bílou.

(3) Doporučuje se sladit požadavky a preference konkrétního pracoviště s technickými požadavky a doporučeními pro pořízení kvalitních snímků. Pro zhotovení kvalitní fotografie má velký význam správné osvětlení místnosti. Pokud je možné odstranit zkreslující faktory, tj. zatemnění, žaluzie, rolety, sluneční svit z okna, zobrazení stínů apod., kvalita snímků bude více vyhovující.

(4) Při fotografování je výhodné, aby použité světlo mělo vždy stejné vlastnosti. K osvětlení rány není vhodné používat umělé zdroje světla, které nejsou součástí běžného světelného vybavení v místnosti. Pokud bude rána snímána vícekrát, tak hrozí, že opakované snímání nebude provedeno za stejného osvětlení. Tím spíše, pokud jej bude provádět někdo jiný. Celá rána by měla být osvětlena jediným typem zdroje světla např. stropním světlem. V případě potřeby lze na neosvětlenou část rány využít spíše odraz světla pomocí bílé odrazné desky či improvizovaně kusem bílého papíru nebo podložkou (*viz příloha č. 2, s. 11 obr. 6, 7 a příloha č. 3*). S odraznou deskou se manipuluje podobně jako se zrcadlem, ve smyslu nastavení

směru, do kterého je žádoucí odrážet světlo na odrazku dopadající. Světlo odražené od odrazky bude rozptýleno více, než by bylo světlo odražené zrcadlem. To je nutné brát v úvahu z hlediska vzdáleností, do které desku umístit, aby dopadajícího světla byl dostatek a zároveň v obraze nevznikaly oblasti, kde je světla více a kde naopak mnohem méně (zejména nesmí vznikat významný rozdíl mezi osvětlením kalibračních prvků jako je pravítko a snímaným povrchem těla). Kde není jiná možnost než osvit umělým bodovým osvětlením, je důležité celou oblast zahrnutou do fotografování osvětlit jedním typem světla stejných barevných vlastností a intenzity, zejména, aby se kalibrační část použitého pravítka obsahující barevné značky nacházela pod tímto typem osvětlení.

(5) Pokud je třeba ve vlastním sociálním prostředí dokumentovat i stav v místě poskytování péče, lze první snímky pořídit bez úpravy okolí. Následně je nezbytné pracovat dle obecných doporučení.

Čl. 6

Fotoaparát (tablet, mobilní telefon)

(1) Nedoporučuje se používat soukromá zařízení personálu, tj. fotoaparát, tablet, mobilní telefon (dále jen fotoaparát) nebo jiná soukromá mobilní zařízení pro pořizování fotografií.

(2) V rámci celého procesu dokumentování je vhodné používat stále stejný fotoaparát a vybavení poskytnuté zaměstnavatelem.

(3) Fotoaparát je nutné chránit před jakoukoliv vnější kontaminací, např. znečištěnými rukavicemi, rukama, potřísněnými povrchy apod. Objektiv je nezbytné udržovat vždy čistý, nikdy se prsty nedotýkat objektivu.

(4) Při focení tabletem nebo mobilním telefonem není vhodné používání digitálního zoomu z důvodu snížení kvality fotografie. Ideální není ani používání optického zoomu. Důvodem je, že při opakovaném fotografování není možné zajistit stejné nastavení zoomu a tím ani perspektivu. Preferenční je používání objektivů s pevnou ohniskovou vzdáleností.

(5) **Přísvit bleskem se nedoporučuje**, protože kombinace blesku a náklonu může způsobit, že reliéf povrchu rány bude na pohled přehnaný (*viz příloha č. 2 s. 11 obr. 5*).

Je to způsobeno tím, že světlo je příliš kontrastní a rozdíl světla a stínu bude větší než s využitím přirozeného světla. Přísvit bleskem je tudíž možné považovat za poslední volbu v případě, že není možný přísvit scény jiným (méně kontrastním) způsobem. Výjimkou je dutina ústní, kde je obtížné ránu osvětlit přirozeným světlem, je tedy nutné použít blesk a zaostřit na danou ránu na sliznici (*viz příloha 2 s. 26, 27, 28*).

(6) Pokud je to možné, tak při fotografování je doporučeno držet fotoaparát v obou rukách k zajištění stability při focení. Pro intenzivnější stabilitu je možnost podepřít lokty/ruce např. o pevnou část lůžka, o své vlastní boky apod.

(7) Při focení se fotoaparát příliš nenaklání a udržuje se stále v kolmém směru vůči fotografovanému povrchu rány (*viz příloha č. 2 s. 11 obr. 6, 7, s. 15 obr. 17, s. 16 obr. 19*). Přílišné náklony mohou vést ke zkreslení obrazu a zdánlivě zvětšovat, či zmenšovat některé části rány (*viz příloha č. 2 obr. 20, 21*).

(8) Po pořízení snímku je nezbytné zkontrolovat ostrost a celkovou kvalitu pořízené fotografie.

Čl. 7

Pravítko

(1) Pravítko slouží jako základní orientační bod k vyhodnocení ostrosti a kvality snímku, poskytuje referenci pro stanovení skutečné velikosti ran, správné orientace fotoaparátu vůči fotografované ráně, k rozpoznání strany a směru focení. Pravítko je nedílnou součástí popsaného procesu a představuje důležitý technický prostředek, který slouží ke správnému vyhodnocení rány, jejího okolí a následně pro dostatečně kvalitní monitoring změn v rámci nastavené léčby. Pro dosažení výše uvedeného pravítko disponuje:

- a) kalibračními prvky (*viz příloha č. 2 s. 13, obr. 10*) – ArUco markerem (či jiným geometrickým prvkem pro kontrolu perspektivy a kalibraci vzdáleností

ve snímaném obraze) a barevnou škálou, které umožní při následném prohlížení snímků na počítači upravit jejich barevné podání, aby co nejvíce odpovídalo realitě, či s využitím vhodných algoritmů změřit rozměry rány apod.,

- b) orientačními symboly, které mohou být např. ve tvaru panáčka nebo hodin, a při focení umožní docílit, aby byla dodržována stejná metoda kladení pravítka. Usnadní to každé další fotografování, protože nebude nutná kontrola přiložení pravítka na předchozí pořízené fotografii,
- c) místo pro zápis poznámek.

(2) Aby bylo možné dosáhnout jednotného postupu práce s pravítkem, je nutné dodržovat několik níže popsanych zásad:

- a) Pravítko se neohýbá, nenaklání, symbol „hlava panáčka“ na pravítku určuje směr focené rány k hlavě pacienta.
- b) Dobrou orientaci na těle pacienta poskytují hodiny nebo symboly „panáčka“. 12. hodina určuje kraniální nebo proximální směr foceného horního okraje rány, směrem k temeni hlavy pacienta. Na chodidle je proximální směr k patě/kotníku. 6. hodina určuje kaudální nebo distální směr foceného dolního okraje rány směrem k dolním končetinám. Na chodidle je distální směr k prstům nohy.
- c) Pravítko se popisuje iniciálami pacienta, a to v pořadí – jméno, příjmení, rok narození. Do poznámek na pravítku lze uvést datum, popř. čas převazu, polohu pacienta při focení, lokalizaci, např. pravá pata, noha - 5. prst pravé dolní končetiny.
- d) Pravítko nesmí zakrývat ránu ani její část.
- e) Pravítko se přikládá vždy stejně, jeho umístění je cca 2 cm od rány, aby okolí rány bylo zaměřené spolu s ránou.
- f) Pokud to dovolují okolnosti, pravítko se pokládá na pokožku těsně v okolí rány (viz bod výše). V případech, kdy to požadavky na sterilitu nepovolují, pravítko je potřeba držet v těsné blízkosti nad ránou a jejím okolím. Při pořizování fotografických záznamů je nezbytné dodržovat požadavky na aseptický postup a nutnost využít vždy jedno pravítko na jednu ránu. Pravítko se umístí do bezprostřední výšky v blízkosti rány bez přímého zakrytí rány a jejího okolí pravítkem (včetně případného stínu vrženého pravítkem do

oblasti rány) a zároveň do co nejtěsnější výšky nad fotografovanou ránu (viz příloha č. 2 s. 15 obr. 17, 18). Důvodem je, aby nedocházelo k nepřesnému posouzení vzdáleností ve snímku pomocí přiloženého pravítka. Pravítko umístěné do větší výšky nad ránu zkreslí posuzované vzdálenosti ve snímané scéně (viz příloha č. 2 s. 16 obr. 19.) Navíc hrozí, že při opakovaném snímání stejné rány a umístění pravítka do rozdílné výšky nebude možné dostatečně přesně porovnat vzdálenosti ve fotografované scéně. Z čehož vyplývá požadavek na dodržování stále stejné výšky umístění pravítka nad ránu a její okolí.

- g) V případě, že fotí jedna osoba, lze si vypomoci zafixováním pravítka náplastí k tělu pacienta. Alternativně je možné použít papírové pravítko, jehož rubová strana je opatřena adhezivem, které umožňuje dočasnou fixaci pravítka na kůži pacienta bez nutnosti dodatečně použít náplast.
- h) Velikost pravítka je třeba přizpůsobit rozměrům rány tak, aby na pořízené fotografii byla viditelně zachycena velikost rány – pravoúhlé 10 cm/20 cm pravítko levopravé nebo pravolevé.
- i) Na trhu jsou k dispozici různé typy pravítek včetně metalického pravítka, které je sterilizovatelné. Za účelem co nejpřesnějšího změření by pravítko mělo být pravoúhlé, jednorázové, barvy bílé, ideálně obsahující barevnou škálu a obrazec umožňující kontrolu perspektivy nebo syntetický orientační obrazec tzv. ArUco marker.
- j) Grafické elementy na pravítku jsou důležité k vyhodnocování rány, proto je nutné, aby byly na fotografii viditelné a aby se pravítko neohýbalo nebo jinak nedeformovalo. Náklon pravítka způsobí, že délkové jednotky jeho měřítka nebudou v celé šířce pravítka stejně velké, což povede k nemožnosti správně změřit velikost rány a jejího okolí. Prevencí deformace je tisk pravítka na papír s gramáží 300 g/m² a vyšší.

Čl. 8

Rána

(1) U mnohočetných ran je vhodné poříditi fotografii větší části těla např. rány na zádech, břichu apod., aby byl poskytnut komplexní pohled a poté fotografovat detaily jednotlivých ran.

(2) V případě potřeby dokumentace sekrece z rány je vhodné vyfotografovat ránu společně s odstraněným primárním krytím, před a po debridementu.

(3) Fotografuje se kolmo nad ránou.

(4) **Ke zhotovení fotodokumentace existují různé přístupy:**

- Focení ve směru anatomických rovin, jako při CT/MRI – ty určují směry fotografování. Příkladem z praxe je fotografování z pohledu předního čelního, zadního, pravého a levého bočního, a nakonec snímkování detailu. V takovém případě lze očekávat nejvyšší míru opakovatelnosti, jelikož se pozorovaná rovina jednoduše popíše slovně a v případě dalšího fotografování je zjevné z jakého směru je nutné pořizovat další snímky.
- Fotografuje se co nejvíce kolmo na rovinu, ve které se nachází dokumentovaná rána. Pokud se snímek pořizuje na nějakém kloubu, břiše apod., je pravděpodobné, že tento směr již nebude možné při dalším focení zachytit stejně. Toto riziko hrozí zejména u snímků, které fotí pokaždé jiná osoba. Střed otáčení, nebo osa, která bude procházet ranou, se bude navíc v rámci hojení posouvat, proto je jednodušší orientovat se pomocí rovin používaných v učebnicích anatomie.
- U ležícího pacienta se preferuje horizontální směr fotografování a pokud to situace dovolí, pacient se polohuje. Tam kde není možné s pacientem vytvořit vhodnou polohu, lze využít držení fotoaparátu volně v ruce a polohu fotoaparátu přizpůsobit poloze pacienta. U stojícího pacienta se dává přednost vertikálnímu směru fotografování.
- Zobrazení rány, těla nebo části těla by se mělo nacházet uprostřed displeje fotoaparátu.

Při fotografování detailů ran se využívá takových způsobů zobrazení, aby plocha rány ideálně zaujímala celou plochu formátu snímané fotografie.

(5) V praxi to znamená, že velkou ránu, velkou plochu těla či celé tělo pacienta je nutné fotografovat z větší vzdálenosti; malou ránu zase z menší vzdálenosti. Proto při každém dalším fotografování je vhodné dodržet stejnou vzdálenost, stranu a úhel, aby byly snímky mezi sebou následně porovnatelné.

(6) Při opakovaném pořizování fotografie je snahou umístit fotoaparát do stejné vzdálenosti od foceného rány.

(7) Bezprostředně před fotografováním se fotoaparát zaměřuje a zaostřuje na ránu. V případě, že pořízená fotografie není ostrá, snímek rány se zhotoví znovu. Ideální je udělat více snímků a pro archivaci vybrat ten nejostřejší. Pokud zdravotní stav pacienta neumožňuje opětovné snímání, lze použít i méně kvalitní fotografie, které je nezbytné doplnit o slovní komentář do dokumentace pacienta.

Přílohy:

Příloha č. 1:

Shrnutí základních zásad fotodokumentace ran

Příloha č. 2:

Návod k fotodokumentaci ran

(Fakultní nemocnice Olomouc, Česká společnost pro léčbu rány, 2024)

Odkaz na přílohu: [Fotodokumentace ran \(cslr.cz\)](https://www.cslr.cz)

Šablony měřidel

Příloha č. 3:

Znázornění odrazu světla

Shrnutí základních zásad fotodokumentace ran

Shrnutí základních zásad fotodokumentace ran

PACIENT	PROSTŘEDÍ	FOTOAPARÁT	PRAVÍTKO	RÁNA
Před fotografováním zohledněte zdravotní stav pacienta.	Připravte prostředí, pozadí, okolí pacienta v místnosti.	K fotografování používejte stále stejný přístroj poskytnutý zaměstnavatelem.	Popisujte iniciály pacienta v pořadí jméno, příjmení, rok narození. Datum pořízení snímku.	U mnohočetných ran fotografujte část těla se všemi ránami a v případě potřeby vyfotografujte detaily jednotlivých ran.
Informovaný souhlas požijte v případě jednoznačné identifikace pacienta z fotografie např. při záběru obličeje.	Pokud je třeba v přirozeném sociálním prostředí dokumentovat i stav v místě poskytování péče, lze první snímky pořídit bez úpravy okolí. Následně je nezbytné pracovat dle obecných doporučení.	Fotoaparát, tablet, mobil a jejich objektiv udržujte čisté. Při fotografování držte fotoaparát v obou rukách.	Do poznámky na pravítku lze uvést polohu při focení, lokalizaci, velikosti ran, strany a směr fotografování.	Pozor u fotografování zejména měkkých tkání, kde vzniká riziko jejich deformace v důsledku podložení.
Zachovejte důstojnost pacienta a pokud je to možné, zakryjte intimní oblasti, obličej.	Upravte lůžko a bezprostřední okolí pacienta a rány.	Zajistěte stabilitu rukou při fotografování.	Pravítko by mělo být pravoúhlé – levoprávé a pravolevé, jednorázové, barvy bílé.	Někdy může být vhodné fotografovat ve visu s úchopem končetiny v prostoru druhou osobou.
Fotodokumentaci pořizujte na začátku, v průběhu, při změně stavu nebo léčby. Při ukončení léčby, hospitalizace nebo ambulantní péče.	Přizpůsobte osvětlení v místnosti.	Při fotografování nepoužívejte přísvit bleskem a ZOOM.	Pravítko je prvním orientačním bodem k vyhodnocení ostrosti a kvality snímku.	Při fotografování detailů ran fotografujte takovým způsobem, aby ideálně plocha rány zaujímala celou plochu formátu snímané fotografie.
Snažte se sladit požadavky a preference vašeho pracoviště s technickými požadavky a doporučeními pro pořízení kvalitních snímků.	Pod fotografovanou část těla vložte čistou jednobarevnou podložku.	Je možné, že se snímek bude načítat delší dobu, snažte se udržet stabilitu rukou s fotoaparátem nad ránou, aby nedošlo k třesu rukou a k rozostření snímané rány.	Pravítko je prvním orientačním bodem k vyhodnocení ostrosti a kvality snímku.	Snažte se fotografovat kolmo nad ránou.
Před převazem s fotografováním nezapomínejte na tlumení bolesti.	Eliminujte zkrslující světelné faktory v místnosti – stíny žaluzií apod.	Fotoaparát příliš nenaklánejte, udržujte kolmý směr vůči fotografovanému povrchu rány.	Pravítko přikládejte vždy stejným způsobem tak, aby blízké okolí rány bylo zaměřené spolu s ránou. Cca 2 cm od rány a do bezprostřední výšky nad ránou.	Pokaždé použijte stejnou metodu měření a kladení pravítka.
Zvolte pohodlnou polohu pro pacienta a pro fotografujícího.	Ránu osvětlíte jen jedním typem zdroje světla, které je v místnosti.	Při opakovaném pořizování fotografie umístěte fotoaparát do stejné vzdálenosti od focené rány.	Pravítko nesmí zakrývat ránu ani její část.	Pravítko umístěte cca 2 cm od rány a do bezprostřední výšky nad ránou.
K fotografování a udržení polohy pacienta využijte příslušenství a funkce lůžka a polohovací pomůcky.	Ihned po vyfotografování zkontrolujte ostrost a kvalitu fotografie.	Nekvalitní záběr nasnímejte znovu, dokud nedosáhnete požadované kvality snímku.	Symbol panáčka na pravítku směřujeme k hlavě pacienta.	Zaměřte a zaostřete ránu.
Pokud je to možné tak rozsáhlé rány nebo obtížně přístupné rány fotografujte alespoň ve dvojici.	Nekvalitní záběr nasnímejte znovu, dokud nedosáhnete požadované kvality snímku.	Pokud zdravotní stav pacienta neumožňuje opětovné snímání, ponechejte i méně kvalitní fotografii. Doplněte komentářem v dokumentaci.	Máte-li pravítko bez orientačních symbolů, tak dobrou orientaci poskytnou hodiny – směr hlava 12. hodina, směr k nohám 6. hodina.	V případě, že pořizovaná fotografie není ostrá, vyfotografujte ránu znovu.
				Vyfotografujte ránu společně s odstraněným krytím, před debridementem. Dokumentujte tím sekreci rány.
				Vyfotografujte ránu po debridementu, tedy po přípravě spodiny rány nebo vždy je-li to třeba.



NÁVOD K FOTODOKUMENTACI RAN

Fakultní nemocnice Olomouc:

Mgr. Lenka Šeflová, RNDr. et RNDr. Ing. Ladislav Stanke, Ph.D., Jana Habáňová, Blanka Baslarová, Jana Tichá, Bc. Pavla Götzellová, Mgr. Adéla Kolková, Bc. Dalibor Janeček, Anna Hanáková, MUDr. Daniela Čihalíková, MUDr. Bohumil Zálešák, Ph.D., MUDr. Karin Chytilová, Ph.D., Světlana Svačinová, Bc. Petra Lexová

Česká společnost pro léčbu rány:

prof. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D., doc. MUDr. Lenka Veverková, Ph.D., MUDr. Vladimíra Fejfarová, Ph.D., Mgr. Markéta Koutná, Ph.D., MUDr. Júlia Černožorská, Ph.D., MUDr. Radek Doležel, Ph.D., MUDr. Jan Stryja, Ph.D., MUDr. Vojtěch Mezera, Ph.D., MUDr. Dominika Diamantová

TIRÁŽ PŘEDNÍ / IMPRESUM**Návod k fotodokumentaci ran**

Fakultní nemocnice Olomouc, Česká společnost pro léčbu rány

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

Odpovědná redaktorka Tereza Vintrová
Návrh obálky a layout Dalibor Janeček
Sazba Dalibor Janeček

Vydala Univerzita Palackého v Olomouci

Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
www.vydavatelstvi.upol.cz

Vytiskla firma Profi-tisk group s.r.o.

Chválkovická 223/5, 779 00 Olomouc
www.profitisk.cz

1. vydání
Olomouc 2024

Publikace ve VUP neprošla předtiskovou ani jazykovou úpravou.

© text Lenka Šeflová, Ladislav Stanke, Jana Habáňová, Blanka Baslarová, Jana Tichá, Pavla Götzlová, Adéla Kolková, Dalibor Janeček, Anna Hanáková, Daniela Čihalíková, Bohumil Zálešák, Karin Chytilová, Světlana Svačinová, Petra Lexová, Andrea Pokorná, Lenka Veverková, Vladimíra Fejfarová, Markéta Koutná, Júlia Černoorská, Radek Doležel, Jan Stryja, Vojtěch Mezera, Dominika Diamantová, 2023
© Univerzita Palackého v Olomouci, 2024

ISBN 978-80-244-6422-0 (tisk)
ISBN 978-80-244-6423-7 (online: iPDF)

VUP 2024-0007 (tisk)
VUP 2024-0008 (online: iPDF)

Neprodejná publikace

Zásady fotodokumentace ran

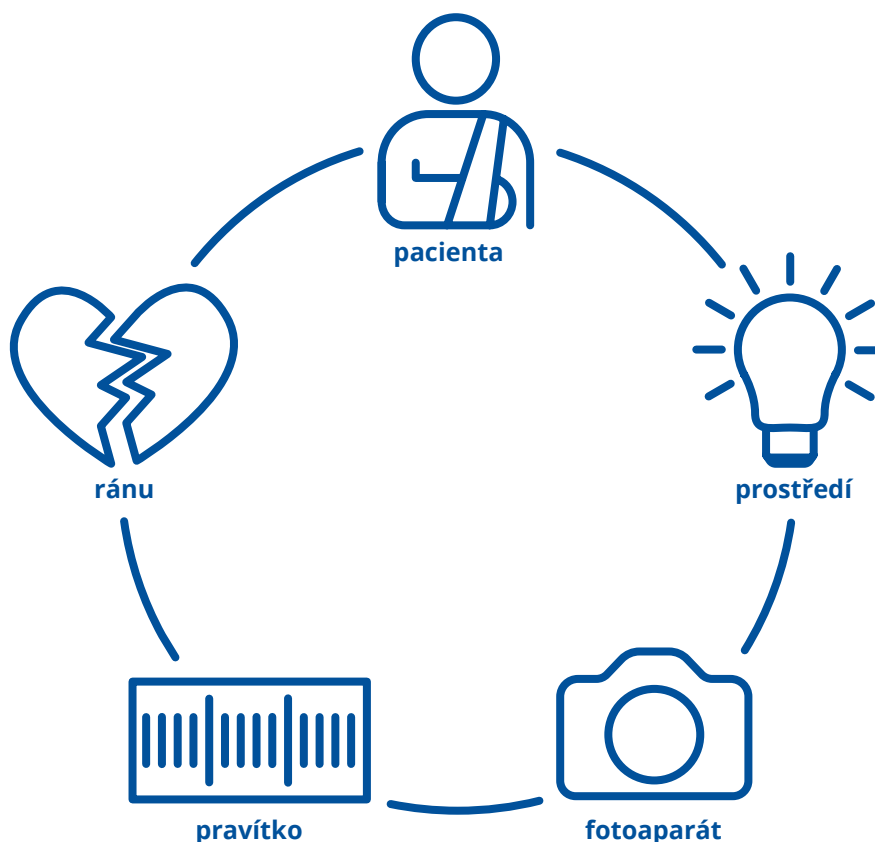
Autorský kolektiv si je vědom, že ne všechna doporučení lze aplikovat a dodržet v různém klinickém prostředí. Materiál je majoritně určen pro využití u lůžkových poskytovatelů zdravotních služeb (nemocnice), kteří nemají k dispozici profesionální fotografické vybavení (např. SLR nebo jiné fotoaparáty s výměnnými objektivy s větší plochou čipu). Příručka pro fotodokumentaci ran je určena všem zdravotnickým pracovníkům, kteří pořizují fotografické záznamy ran a poškození kůže a tkání. Jedná se o zjednodušené metodické pokyny, které by měly vést ke sjednocení požadavků na pořizování záznamů a jejich zkvalitnění. S ohledem na rozsah textu je nezbytné využít jisté míry zjednodušení tak, aby byla metodika maximálně stručná, v klinické praxi využitelná a výsledky porovnatelné.

Dívejte se na pořizovaný snímek očima člověka, který nevidí ránu ani okolí rány. Fotografie musí mít výpovědní hodnotu poskytnout informace i osobě, která ránu neviděla. Důležitá je ostrost a dostatečné rozlišení fotografie/snímku.

Snaha o dosažení dokonalého snímku je často limitována aktuálním zdravotním stavem, ochotou a možnostmi pacienta spolupracovat. Jsou případy, kdy fotografuje jen jedna osoba nebo pacienta nelze uvést do požadované polohy a jsme nuceni pořizovat fotografie v nepřírozených polohách, při kterých nelze získat vypovídající a kvalitní fotografii. V takových případech pořídte fotografii za podmínek daných zdravotním stavem pacienta, umístěním a rozsahem rány a počtem fotografujících osob.

V námi představeném textu nejsou uvedené jednotlivé kroky, které na sebe pevně navazují. Jedná se spíše o pracovní rámec a přehled doporučení. Návod k fotodokumentaci ran poskytuje souhrnné informace tak, aby fotografie byly snímány stále stejným způsobem a docílily nejvyšší možné míry jejich porovnatelnosti. Obecně se doporučuje vycházet z principů anatomického zobrazování rovin těla. Shrnutí základních zásad fotodokumentace ran je uvedeno v příloze č. 1.

Při focení rány zaměřte svou pozornost na:



Pacient

V případě život ohrožujících stavů fotografujte pouze celky těla. Například horní polovinu těla a pak dolní polovinu těla apod. tak, aby fotografování zabralo co nejméně času. Fotografie pořídte až po stabilizaci zdravotního stavu pacienta. Týká se například akutních stavů, kdy fotografujeme pro další forenzní archivaci a zpracování (*obr. 1*).

Pacienta informujte a získajte ústní souhlas. Písemný informovaný souhlas pacienta pořídte v případě jednoznačné identifikace z fotografie např. obličej, tetování nebo jiný specifický znak.

Respektujte soukromí a důstojnost pacienta. Pokud je to možné, zakryjte intimní oblasti, obličej nebo identifikovatelné oblasti těla pacienta (*obr. 1, 2, 31, 32*).

Fotodokumentaci pořizujte na začátku, v průběhu, při ukončení ústavní nebo ambulantní péče; tzn. při přijetí, při změně stavu rány nebo léčebného postupu, při překladu, propuštění nebo při ukončení léčby.

Snažte se sladit požadavky a preference vašeho pracoviště s technickými požadavky a doporučeními pro pořízení kvalitních snímků.

Před zahájením převazu **nezapomínejte na tlumení bolesti**. Při pořizování fotodokumentace může být doba převazu delší a pro pacienta náročnější.

Zvolte pohodlnou polohu pro pacienta i pro fotografující osoby.

Využijte možnosti dostupného příslušenství a funkcí lůžka – hrazdička, zvýšení nebo snížení ložní plochy, laterální náklon (*obr. 2, 23*), postranice, polohovací pomůcky, podložení části těla, apod.

V rámci možností pracoviště fotografujte s pomocí dalších osob. Zejména při fotografování velkých ran v oblasti sakra, hýždí, pat, u neklidných pacientů, u obézních pacientů – např. jeden drží pacienta a pravítko, druhý fotografuje. **Pozor** u fotografování zejména měkkých tkání, kde vzniká riziko deformace v důsledku jejich fixace v potřebné poloze nebo podložení (*obr. 2*). V případě pořizování fotografie končetin můžeme fotografovat ve visu s úchopem končetiny v prostoru druhou osobou (*obr. 29, 30*).

Prostředí

Připravte prostředí, pozadí a okolí fotografovaného pacienta, části těla nebo rány. Pro úpravu pozadí využijte stěnu, závěs, zástěnu, prostěradlo nebo podložku zavěšenou na postranici lůžka apod. Příklad nevhodného tmavého pozadí můžeme vidět na *obr. 30*.

Uklidte, upravte lůžko a bezprostřední okolí pacienta např. shrnuté ložní prádlo, nevhodné předměty na lůžku, znečištěné podložky, ložní a osobní prádlo (příklad nevhodného prostředí na *obr. 3, 4*).

Pod fotografovanou část těla dejte čistou, jednobarevnou podložku, ideálně bílou.

Zkontrolujte a pokud je to možné přizpůsobte osvětlení místnosti. Pokuste se odstranit zkrusující faktory – zatemnění, žaluzie, rolety, sluneční svit z okna, zobrazení stínů (*obr. 4, 5, 26*) apod.

Při fotografování se snažte, aby použité světlo bylo vždy stejných vlastností. Vyhybejte se přisvícení ran umělými zdroji světla, které nejsou součástí běžného světelného vybavení v místnosti. Pokud bude rána snímána vícekrát, tak hrozí, že opakované snímání nebude provedeno za stejného osvětlení. Tím spíše, pokud jej bude provádět někdo jiný (*obr. 5*).

Celá rána by měla být osvětlena jediným typem zdroje světla např. stropní světlo (*obr. 31, 32*). V případě potřeby, neosvětlenou část rány dosvíte spíše odrazem, např. pomocí bílé odrazné desky (*obr. 6, 7*) či improvizovaně kusem bílého papíru nebo podložkou. Kde není jiná možnost než osvit umělým bodovým osvětlením, dbejte na to, aby celá oblast zájmu byla osvětlena jedním typem osvětlení a zejména, aby se kalibrační část pravítka obsahující barevné značky nacházela pod tímto typem osvětlení.

Pokud je třeba v přirozeném sociálním prostředí dokumentovat i stav v místě poskytování péče, lze první snímky pořídít bez úpravy okolí. Následně je nezbytné pracovat dle obecných doporučení.

Fotoaparát (tablet, mobilní telefon)

Nepoužívejte soukromý fotoaparát, tablet, mobilní telefon (dále jen fotoaparát) nebo jiná soukromá mobilní zařízení pro pořizování fotografií.

Používejte stále stejný fotoaparát a vybavení poskytnuté zaměstnavatelem.

Chraňte fotoaparát před vnější kontaminací znečištěnými rukavicemi, rukama, povrchy.

Prsty nepokládejte na objektiv. Objektiv udržujte čistý.

Při focení tabletem, mobilním telefonem se vyvarujte používání digitálního zoomu z důvodu snížení kvality fotografie. Ideální není ani používání optického zoomu a to z toho důvodu, že při opakovaném fotografování není možné zajistit stejné nastavení zoomu a tím ani perspektivu. Preferenční je používání objektivů s pevnou ohniskovou vzdáleností.

Přísvit bleskem nedoporučujeme, zejména z toho důvodu, že kombinace blesku a náklonu může způsobit, že reliéf povrchu rány bude na pohled přehnaný (*obr. 5*).

To je způsobeno tím, že světlo je příliš kontrastní a rozdíl světla a stínu bude větší, než s využitím přirozeného světla. Přísvit bleskem je tudíž možné považovat za poslední volbu, v případě, že není možný přísvit scény jiným (méně kontrastním) způsobem. Výjimkou je dutina ústní, kde je obtížné ránu osvětlit přirozeným světlem, je tedy nutné použít blesk a zaostřit na danou ránu (*viz příloha č. 4*).

Pokud je to možné, tak při fotografování držte fotoaparát v obou rukách, abyste zajistili stabilitu při focení (*obr. 8, 9*). Pro zvýšení stability si můžete lokty/ruce zapřít např. o pevnou část lůžka, o své vlastní boky.

Fotoaparát příliš nenaklánějte a udržujte stále kolmý směr vůči fotografovanému povrchu rány (*obr. 6, 7, 9, 17, 19, příloha č. 4*). Přílišné náklony mohou vést ke zkreslení obrazu a zdánlivě zvětšovat, či zmenšovat některé části rány (*obr. 20, 21*).

Ihned po pořízení snímku zkontrolujte ostrost a celkovou kvalitu pořízené fotografie.

Pravítko

Pravítko slouží jako: základní orientační bod k vyhodnocení ostrosti a kvality snímku, poskytuje referenci pro stanovení skutečné velikosti ran, správné orientace fotoaparátu vůči fotografované ráně, k rozpoznání strany a směru focení. Pravítko je nedílnou součástí popsaného procesu a představuje důležitý technický prostředek, který slouží ke správnému vyhodnocení rány, jejího okolí a následně pro dostatečně kvalitní monitoring změn v rámci nastavené léčby (*obr. 10*). Pro dosažení výše uvedeného disponuje kalibračními prvky – ArUco markerem a barevnou škálou (*obr. 11, 12, příklad jejich parametrů je uveden v technické příloze č. 3*), které umožní při následném prohlížení snímků na počítači upravit jejich barevné podání, aby co nejlépe odpovídalo realitě, či s využitím vhodných algoritmů změřit rozměry rány apod.

Aby bylo možné tohoto dosáhnout, je nutné dodržovat několik dále popsaných zásad:

- Pravítko neohýbejte, nenaklánějte, symbol hlava panáčka na pravítku určuje směr focené rány k hlavě pacienta (*obr. 2, 6, 17, 18*).
- Dobrou orientaci na těle pacienta poskytují hodiny nebo symboly panáčka, srdíčka. 12. hodina určuje kraniální nebo proximální směr foceného horního okraje rány, směrem k temeni hlavy pacienta. Na chodidle je proximální směr k patě/kotníku. 6. hodina určuje kaudální nebo distální směr foceného dolního okraje rány směrem k dolním končetinám. Na chodidle je distální směr k prstům nohy. *Viz příloha č. 4 Metodická pomůcka k příkládání pravítka.*
- Pravítko popisujte iniciály pacienta v pořadí jméno, příjmení, rok narození (*obr. 13, 14*). Do poznámek na pravítku lze uvést datum, popř. čas převazu, polohu pacienta při focení, lokalizaci, např. pravá pata, noha - 5. prst pravé dolní končetiny.
- Pravítko nesmí zakrývat ránu ani její část (*obr. 15, 16*).
- Pravítko přikládejte vždy stejně, umístěte ho cca 2 cm od rány, aby okolí rány bylo zaměřené spolu s ránou (*obr. 17, 18*).

- Pokud je to možné, tak pravítko položte na pokožku těsně v okolí rány, tam kde to požadavky na sterilitu nepovolují, pravítko držte v těsné blízkosti nad ránou a jejím okolím (*obr. 17, 18*). Zdůrazňujeme požadavek na aseptický postup a nutnost využít vždy jedno pravítko na jednu ránu. Pravítko umístíte do bezprostřední výšky v blízkosti rány bez přímého zakrytí rány a jejího okolí pravítkem (včetně případného stínu vrženého pravítkem do oblasti rány) a zároveň do co nejtěsnější výšky nad fotografovanou ránou (*obr. 17, 18*). Důvodem je, aby nedocházelo k nepřesnému posouzení vzdáleností ve snímku pomocí přiloženého pravítka. Pravítko umístěné do větší výšky nad ránu zkreslí posuzované vzdálenosti ve snímané scéně (*obr. 19, 20, 21*). Navíc hrozí, že při opakovaném snímání stejné rány a umístění pravítka do rozdílné výšky nebude možné dostatečně přesně porovnat vzdálenosti ve fotografované scéně. Z čehož vyplývá požadavek na dodržování stále stejné výšky umístění pravítka nad ránu a její okolí.
- V případě, že fotí jedna osoba, lze si pomoci zafixováním pravítka náplastí k tělu pacienta (*obr. 22*). Alternativně je možné použít papírové pravítko, jehož rubová strana je opatřena adhezivem, které umožňuje dočasnou fixaci pravítka na kůži pacienta bez nutnosti dodatečně použít náplast.
- Velikost pravítka přizpůsobte rozměrům rány tak, aby na pořízené fotografii byla viditelně zachycena velikost rány – pravouhlé 10 cm/20 cm pravítko levopravé nebo pravolevé (*obr. 18, 23*).
- Na trhu jsou různé typy pravítek včetně metalického pravítka, které je sterilizovatelné. Za účelem co nejpřesnějšího změření by pravítko mělo být pravouhlé, jednorázové, barvy bílé, ideálně obsahující barevnou škálu a obrazec umožňující kontrolu perspektivy nebo syntetický orientační obrazec tzv. ArUco marker (*obr. 10, 11, 12*).
- Grafické elementy na pravítku jsou důležité k vyhodnocování rány, proto je nutné, aby byly na fotografii viditelné a aby se pravítko neohýbalo nebo jinak nedeformovalo (*obr. 28*). Náklon pravítka způsobí, že délkové jednotky jeho měřítka nebudou v celé šířce pravítka stejně velké, což povede k nemožnosti správně změřit velikost rány a jejího okolí. Prevencí deformace je tisk pravítka na papír s gramáží 300 g/m² a vyšší. Technické parametry jsou popsány v *příloze č. 3*.

Rána

U mnohočetných ran je vhodné pořídit fotografii větší části těla např. rány na zádech (*obr. 1*), břichu apod., aby byl poskytnutý komplexní pohled a poté fotografovat detaily jednotlivých ran.

V případě potřeby dokumentace sekrece z rány vyfotografujte ránu společně s odstraněným krytím, před a po debridementu (*obr. 24, 25*).

Fotografujte kolmo nad ránou (*obr. 6, 7, 17, 19, příloha č. 4*).

Existují různé přístupy viz příloha č. 4, obr. 6, 9, 17:

- Bude se fotit ve směru anatomických rovin, jako při CT/MRI a ty určují směry fotografování. V takovém případě lze očekávat nejvyšší míru opakovatelnosti, jelikož se pozorovaná rovina jednoduše popíše slovně a v případě dalšího fotografování je zjevné z jakého směru je nutné pořizovat další snímky.
- Fotografuje se co nejvíce kolmo na rovinu, ve které se nachází dokumentovaná rána (*obr. 17, příloha č. 4*). Pokud to bude na nějakém kloubu, břiše apod., tak se pravděpodobně už nikdy do tohoto směru netrefíme, protože to nebude podle čeho posoudit. To je riziko speciálně pokud to fotí pokaždé někdo jiný. Střed otáčení, nebo osa, která bude procházet ránou se bude navíc v rámci hojení posouvat, proto je jednodušší se orientovat pomocí rovin používaných v učebnicích anatomie.
- U ležícího pacienta preferujeme horizontální směr fotografování (pakliže nefotíme třeba plosku nohy nebo bradu) s tím, že si pacienta, pokud to situace dovolí, napolohujeme. Tam kde to není možné, lze využít toho, že máme fotoaparát volně v ruce a polohu fotoaparátu přizpůsobíme poloze pacienta. U stojícího pacienta preferujeme vertikální směr fotografování.

- Zobrazení rány, těla nebo části těla by se mělo nacházet uprostřed displeje fotoaparátu.

Při fotografování detailů ran fotografujeme takovým způsobem, aby ideálně plocha rány zaujímala celou plochu formátu snímané fotografie. (*obr. 9, 18, 26, 27*)

V praxi to znamená, že velkou ránu, velkou plochu těla, celé tělo pacienta jsme nuceni fotografovat z větší vzdálenosti (*obr. 17*); malou ránu zase z kratší vzdálenosti. Proto při každém dalším fotografování je vhodné dodržet stejnou vzdálenost, stranu a úhel, aby byly snímky mezi sebou následně porovnatelné.

Pravítko nesmí zakrývat ránu ani její část (*obr. 15, 16*). Pravítko přikládejte vždy stejně, umístěte ho cca 2 cm od rány, aby okolí rány bylo zaměřené spolu s ránou.

V bloku pacient upozorňujeme na fotografování zejména měkkých tkání, kde vzniká riziko jejich deformace v důsledku podložení. Někdy může být vhodné fotografovat ve visu s úchopem končetiny druhou osobou v prostoru (*obr. 2, 29, 30*).

Snahou je docílit, abychom všichni dodržovali stejnou metodu kladení pravítka. Usnadní nám to každé další fotografování, protože nebudeme muset kontrolovat přiložení pravítka na předchozí pořízené fotografie.

Při opakovaném pořizování fotografie se snažte umístit fotoaparát do stejné vzdálenosti od focené rány.

Zaměřte a zaostřete ránu. V případě že pořízená fotografie není ostrá, vyfoťte ránu znovu. Ujistěte se, že máte snímek ostrý, vyfoťte více snímků a pro archivaci vyberte ten nejostřejší. Pokud zdravotní stav pacienta neumožňuje opětovné snímání, ponechejte i méně kvalitní fotografii. Ideálně doplňte slovní komentář do dokumentace pacienta (*viz příloha 4*).

Příloha č. 1 Shrnutí základních zásad fotodokumentace ran

PACIENT	PROSTŘEDÍ	FOTOAPARÁT	PRAVÍTKO	RÁNA
Před fotografováním zohledněte zdravotní stav pacienta.	Připravte prostředí, pozadí, okolí pacienta v místnosti.	K fotografování používejte stále stejný přístroj poskytnutý zaměstnavatelem.	Popisujte iniciály pacienta v pořadí jméno, příjmení, rok narození. Datum pořízení snímku.	U mnohočetných ran fotografujte část těla se všemi ranami a v případě potřeby vyfotografujte detaily jednotlivých ran.
Informovaný souhlas poříďte v případě jednoznačné identifikace pacienta z fotografie např. při záběru obličeje.	Pokud je třeba v přirozeném sociálním prostředí dokumentovat i stav v místě poskytování péče, lze první snímky pořídit bez úpravy okolí.	Fotoaparát, tablet, mobil a jejich objektiv udržujte čisty.	Do poznámky na pravítku lze uvést polohu při focení, lokalizaci, velikosti ran, strany a směr fotografování.	Pozor u fotografování zejména měkkých tkání, kde vzniká riziko jejich deformace v důsledku podložení.
Zachovejte důstojnost pacienta a pokud je to možné, zakryjte intimní oblasti, obličej.	Následně je nezbytné pracovat dle obecných doporučení.	Při fotografování držte fotoaparát v obou rukách.	Pravítko by mělo být pravouhlé – levoprávé a pravolevé, jednorázové, barvy bílé.	Někdy může být vhodné fotografovat ve visu s úchopem končetiny v prostoru druhou osobou.
Fotodokumentaci pořizujte na začátku, v průběhu, při změně stavu nebo léčby. Při ukončení léčby, hospitalizace nebo ambulantní péče.	Upravte lůžko a bezprostřední okolí pacienta a rány.	Při fotografování nepoužívejte přisvit bleskem a ZOOM.	Pravítko je prvním orientačním bodem k vyhodnocení ostrosti a kvality snímku.	Při fotografování detailů ran fotografujte takovým způsobem, aby ideálně plocha rány zaujímala celou plochu formátu snímané fotografie.
Snažte se sladit požadavky a preference vašeho pracoviště s technickými požadavky a doporučeními pro pořízení kvalitních snímků.	Přizpůsobte osvětlení v místnosti.	Je možné, že se snímek bude načítat delší dobu, snažte se udržet stabilitu rukou s fotoaparátem nad ránou, aby nedošlo k třesu rukou a k rozostření snímané rány.	Pravítko přikládejte vždy stejným způsobem tak, aby blízké okolí rány bylo zaměřené spolu s ránou. Cca 2 cm od rány a do bezprostřední výšky nad ránou.	Snažte se fotografovat kolmo nad ránou.
Před převazem s fotografováním nepamenejte na tlumení bolesti.	Eliminujte zkrslující světelné faktory v místnosti – stíny žaluzií apod.	Fotoaparát příliš nenaklánějte, udržujte kolmý směr vůči fotografovanému povrchu rány.	Pravítko nesmí zakrývat ránu ani její část.	Pokaždé používejte stejnou metodu měření a kladení pravítka.
Zvolte pohodlnou polohu pro pacienta a pro fotografoujícího.	Ránu osvětlete jen jedním typem zdroje světla, které je v místnosti.	Při opakovaném pořizování fotografie umístěte fotoaparát do stejné vzdálenosti od focené rány.	Pravítko neohýbejte, nenaklánějte, ani jinak nedeformujte.	Pravítko umístěte cca 2 cm od rány a do bezprostřední výšky nad ránou.
K fotografování a udržení polohy pacienta využijte příslušenství a funkce lůžka a polohovací pomůcky.	Ihned po vyfotografování zkontrolujte ostrost a kvalitu fotografie.	Nekvalitní záběr nasnímejte znovu, dokud nedosáhnete požadované kvality snímku.	Symbol panáčka na pravítku směřujeme k hlavě pacienta.	Zaměřte a zaostřete ránu.
Pokud je to možné tak rozsáhlé rány nebo obtížně přístupné rány fotografujte alespoň ve dvojici.	Pokud zdravotní stav pacienta neumožňuje opětovné snímání, ponechejte i méně kvalitní fotografii. Doplňte komentářem v dokumentaci.		Máte-li pravítko bez orientačních symbolů např. srdíčka, panáčka, tak dobrou orientaci poskytují hodiny – směr hlava 12. hodina, směr k nohám 6. hodina.	V případě, že pořízená fotografie není ostrá, vyfotografujte ránu znovu.
				Vyfotografujte ránu společně s odstraněným krytím, před debridementem. Dokumentujte tím sekreci rány.
				Vyfotografujte ránu po debridementu, tedy po přípravě spodiny rány nebo vždy je-li to třeba.

Příloha č. 2 Obrazová příloha

Obr. 1 Správná modelová ukázka fotografie velké plochy těla. Popálenina zad u pacienta po přijetí na oddělení urgentního příjmu. Detail popáleniny je na vedlejší fotografii. Hlavní snímaná část těla (záda) centrována na střed snímku, s respektem na soukromí a důstojnost pacienta.



Obr. 2 Opruzeniny v podbřišku, obtížně přístupná lokalita v oblasti laloků břicha naléhajících na sebe. Lokalitu nelze vyfotit jedinou osobou. Při zvednutí laloku dochází k mírné deformaci měkkých tkání. Ke zlepšení přístupu k fotografované lokalitě byla použita poloha vleže s laterálním náklonem lůžka.



Obr. 3 Nepohodlná poloha při fotografování. Nevyužité možnosti polohovacího lůžka. Horní končetina fotografující osoby je nevhodně stabilizována o ložní plochu lůžka. Nevhodně zvolená velikost pravítka, shrnutá plena pod pacientem. Hodinky na ruce fotografující osoby.



Obr. 4 Jedná se o nesprávný postup, pohozený župan – neuklizené okolí. Neostré pravítko znázorňuje, že ani pořizovaná fotografie nebude ostrá. Dolní část snímku je zastíněna.

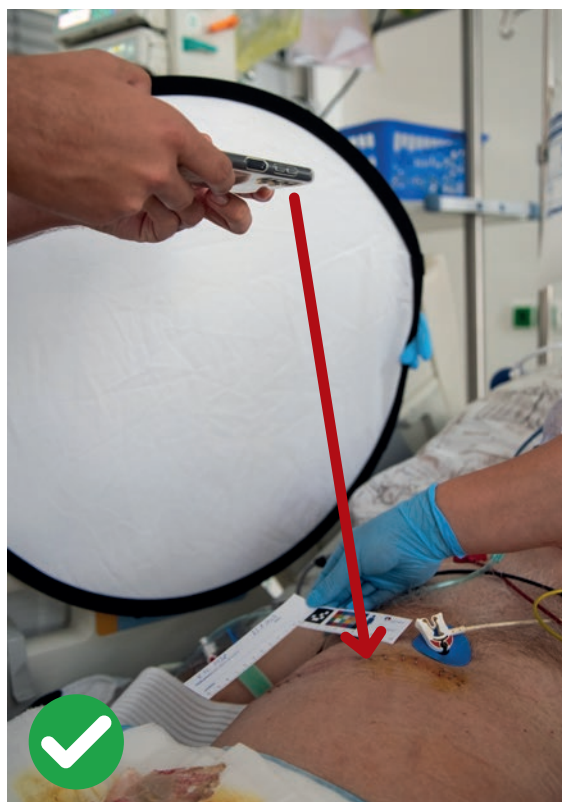


Obr. 5 Jedná se o nesprávný postup. Při fotografování není zajištěna stabilita horních končetin fotografující osoby. Pacient je uložen do nepohodlné polohy. Hodinky na ruce fotografující osoby.

Při focení jsou viditelné stíny. Orientace pravítka není dle konvence prezentované v návodu. K focení malé rány by stačilo 10 cm pravítko, zde bylo použité 20 cm pravítko.



Obr. 6 Detail demonstrace správného použití odrazné desky při fotografování dehiscence operační rány na bříše. Fotoaparát je správně kolmo na ránu.



Obr. 7 Správný postup při focení. Rozmístění osob při fotografování dehiscence operační rány na bříše za pomoci odrazné desky. Vyfotografované odstraněné krytí pro možnost posouzení míry/rozsahu sekrece.



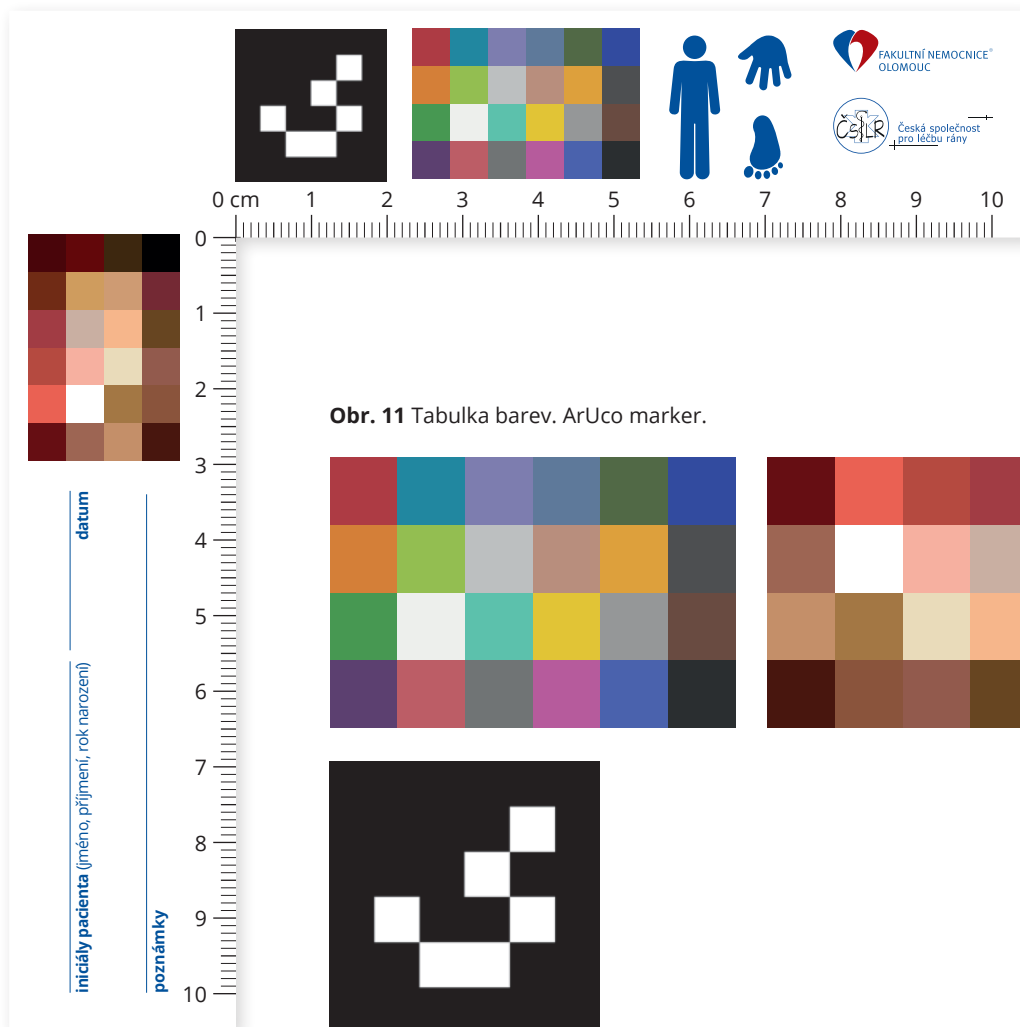
Obr. 8 Ukázka fotografování mobilním telefonem. Poloha dolní končetiny při fotografování není ideální, ale museli jsme se přizpůsobit přání a spolupráci pacienta.



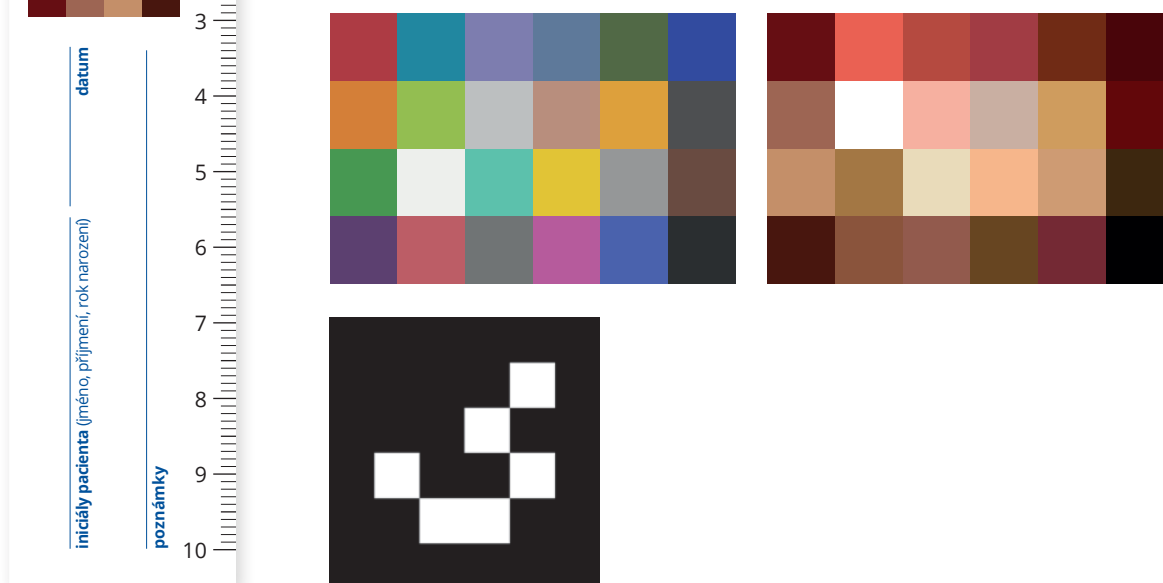
Obr. 9 Ukázka fotografování tabletem. Tablet je správně směřován kolmo na ránu. Poloha dolní končetiny při fotografování není ideální, ale museli jsme se přizpůsobit přání a spolupráci pacienta.



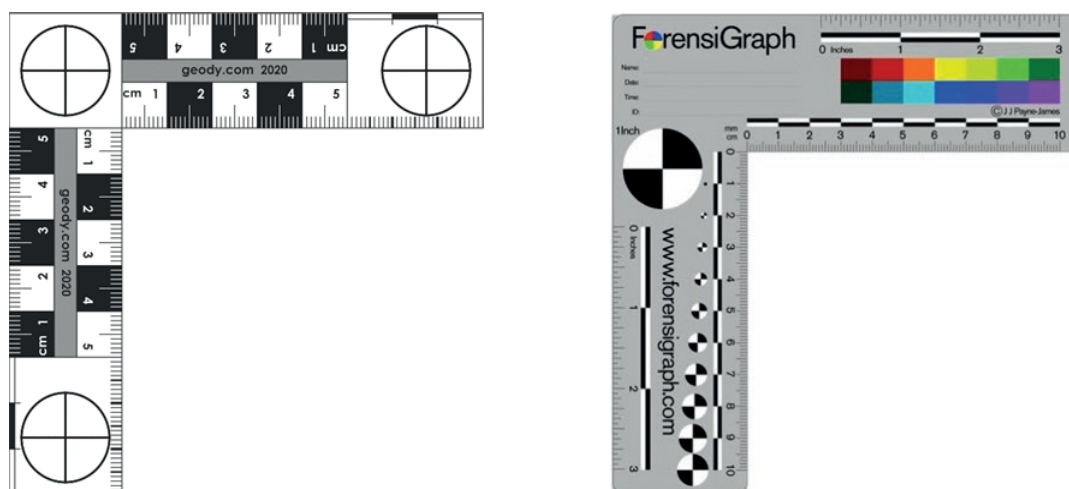
Obr. 10 Příklad 10 cm pravítka pro focení ran s tabulkou barevné škály barev, s ArUco markerem.



Obr. 11 Tabulka barev. ArUco marker.



Obr. 12 Příklad pravítek pro forenzní účely. Crime scene scale ruler (malls-09.top)



Obr. 13, 14 Příklad nesprávné praxe. Jedná se o srovnání dvou stejných ran u jednoho pacienta – každá je vyfotografovaná jinak. Bez popisu bychom nepoznali stranu. Je pozorovatelný vliv osvětlení.

Iniciály na pravítku mají být ve správném pořadí jméno, příjmení pacienta, rok narození viz obr 13.

Na obr. 13 vlivem nesprávné polohy fotografované rány není vidět celá plocha rány, ale jen její část, pravítko je nad ránou umístěno příliš vysoko.

Na obr. 14 je popis pravítka u stejného pacienta v jiném, tedy nesprávném pořadí.



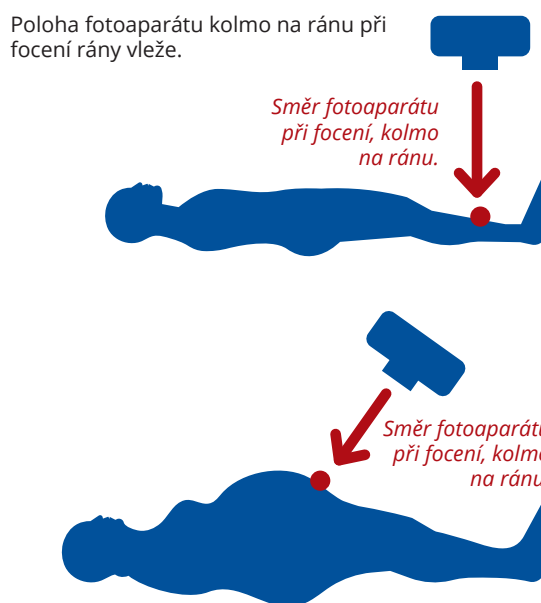
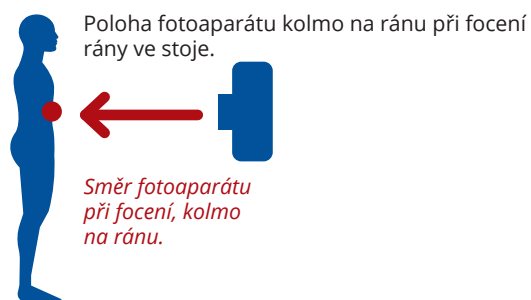
Obr. 15 Příklad nesprávně umístěného pravítka: překrytí části palce, symbol srdíčka nesměřuje proximálně.



Obr. 16 Příklad nesprávně umístěného pravítka: část rány je překryta nesterilním rovným pravítkem, není poznat umístění rány na těle. Vždy je lepší vyfotit celkový pohled na ránu a potom detail rány.



Obr. 17 Správný příklad umístění pravítka do bezprostřední výšky v blízkosti rány bez přímého zakrytí rány a jejího okolí a zároveň do nejtěsnější výšky nad fotografovanou ránu. Správná poloha fotoaparátu kolmo na ránu. Fotografující fotografoval celou operační ránu, proto snímek zabral z větší vzdálenosti.



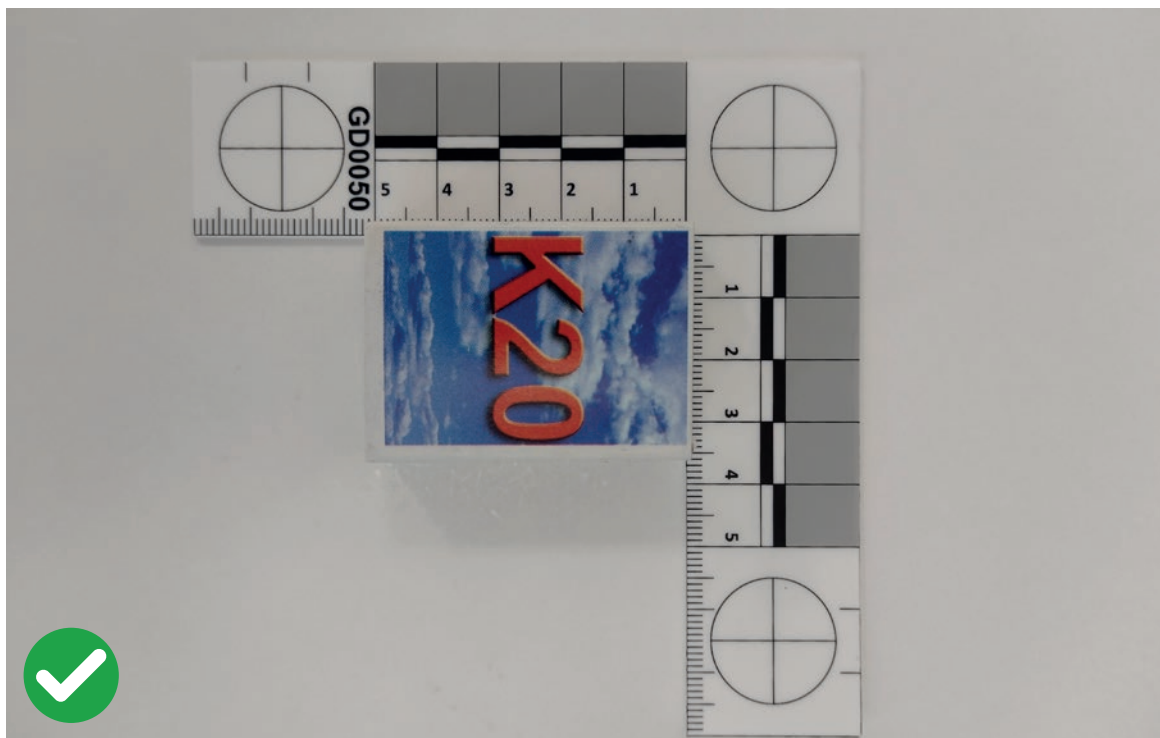
Obr. 18 Správně zvolená velikost pravítka. Správný příklad umístění pravítka do bezprostřední výšky v blízkosti rány bez přímého zakrytí rány a jejího okolí a zároveň do nejtěsnější výšky nad fotografovanou ránu.



Obr. 19 Příklad nesprávného umístění pravítka do větší výšky nad ránu zkreslí posuzované vzdálenosti ve snímané scéně. Správný příklad anonymizace pečující osoby.



Obr. 20 Ukázka správně přiloženého pravítka ke krabičce zápalek, nedochází ke zkreslení – pravítko i krabička jsou položeny na stole.

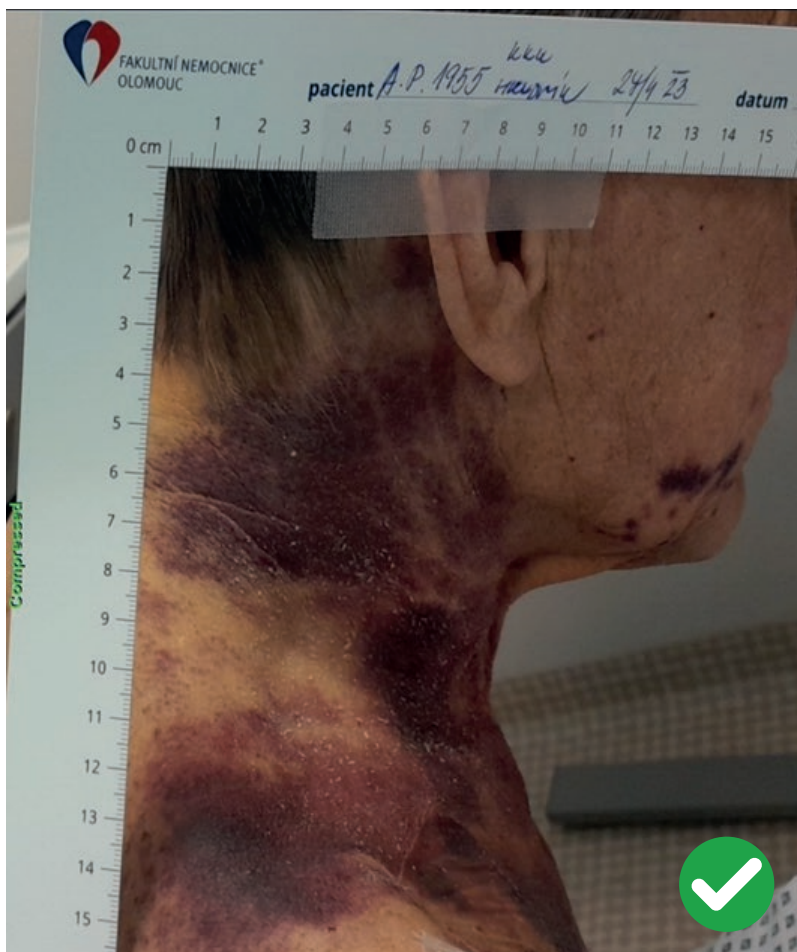


Obr. 21 Ukázka nesprávně přiloženého pravítka, kdy je viditelné zkreslení velikosti krabičky od zápalek – krabička je položena na stole a pravítko je přiložené ve výšce.



Obr. 22 Správný příklad fotografování rány bez ohybu pravítka. Pravítko je přichycené náplastí při fotografování jednou osobou.

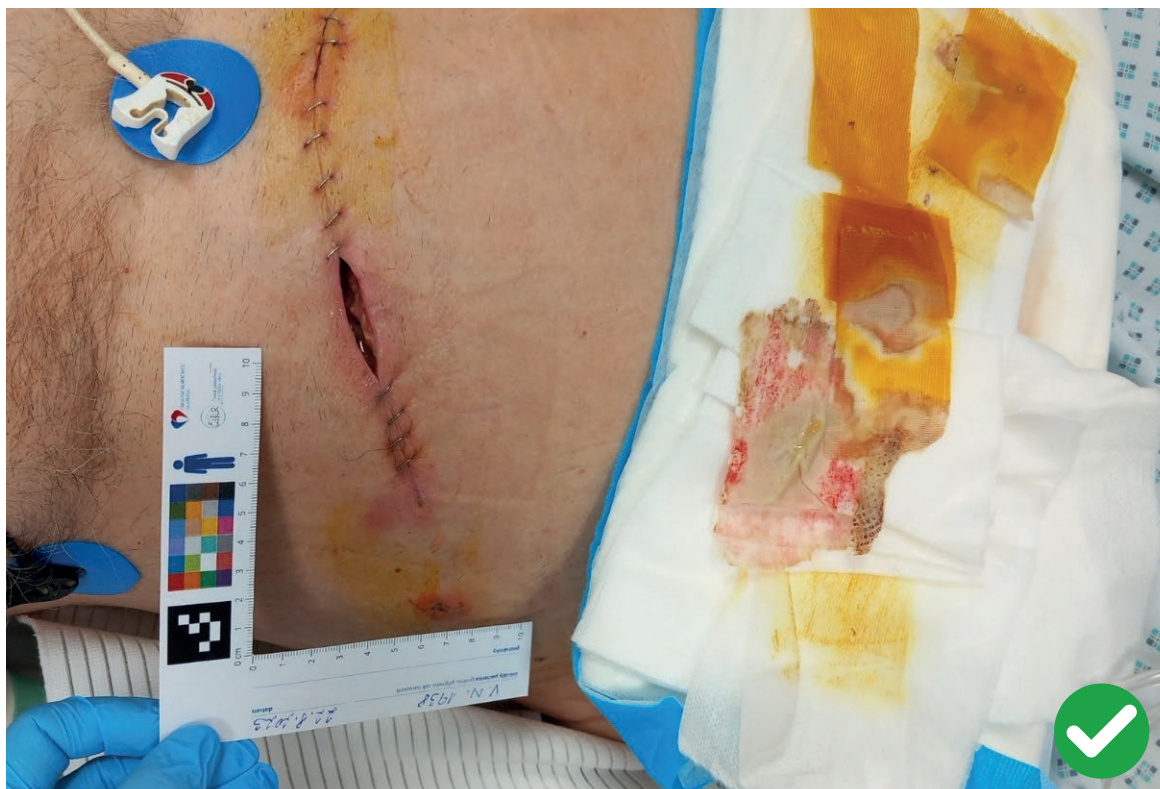
Fixace průhlednou náplastí uprostřed pravítka zajistí, aby se pravítko neohnulo.



Obr. 23 Příklad focení jiným typem pravítka s využitím laterálního náklonu lůžka.



Obr. 24 Fotodokumentace sekrece rány s odstraněným krytím pro možnost posouzení míry/rozsahu sekrece.



Obr. 25 Fotodokumentace dehiscence operační rány po debridementu.



Obr. 26 Správný příklad fotografování rány bez ohybu pravítka, dolní končetina je uprostřed snímku. Je patrný lehký stín modré rukavice.



Obr. 27 I když pozice fotografujícího není zcela ideální a rána je focená mírně shora a nikoliv kolmo k focené ploše, snímek můžeme považovat za správný příklad fotografování rány bez ohybu pravítka, symbol panáčka směřuje kraniiálně. Světelné podmínky v oblasti pod pravítkem jsou relativně homogenní.



Obr. 28 Nesprávný příklad fotografování rány. Pravítko je nerovně položeno na lůžku, symbol srdíčka nesměřuje k hlavě, tedy kraniiálně.



Obr. 29 Nesprávný příklad fotografování paty dolní končetiny v poloze na zádech se zvednutou dolní končetinou, ve visu v prostoru. Při fotografování ale není vidět celá rána. Vhodnější poloha pro fotografování by mohla být vleže na boku. Pravítko je umístěno vysoko nad ránou, částečně ránu zakrývá, není umístěno kolmo na směr fotografování, symbol srdíčka nesměruje proximálně, tedy k hlavě pacienta.



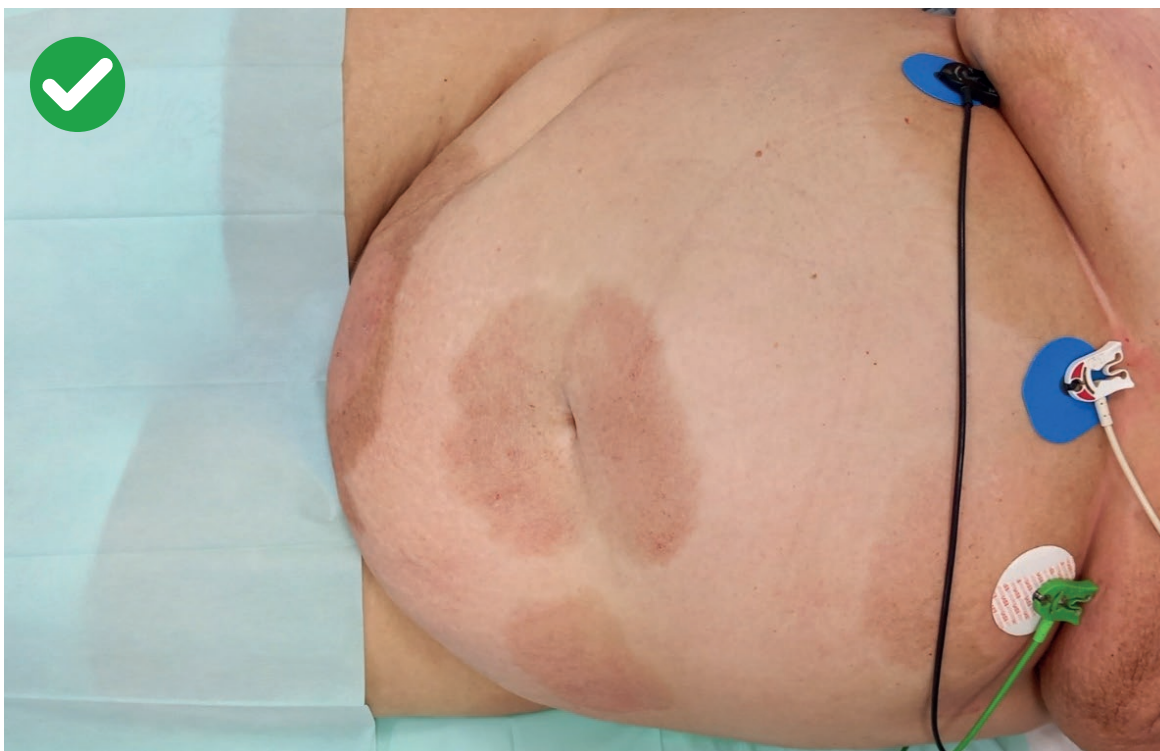
Obr. 30 Na fotografii si můžeme všimnout nevhodného tmavého pozadí ochranného prvku postranice, které bylo možné upravit umístěním bílé podložky. Příkladem je náročná fotografování chodidla ve zvednuté poloze v prostoru u neklidné pacientky. Při focení rány orientační symbol srdíčka směřuje proximálně. Přiložení pravítka muselo být přizpůsobeno zdravotnímu stavu a spolupráci pacientky. Lokality a směr rány jsou na fotografii jasně viditelné. Při pořizování další fotografie je třeba pravítko přiložit ve stejném směru.



Obr. 31 Fotografie pořízena v pokoji pacienta ve stejný den a dobu jako na obr. 32, při denním osvětlení se zakrytím intimních oblastí.



Obr. 32 Fotografie pořízena v pokoji pacienta ve stejný den a dobu jako na obr. 31, při stropním osvětlení se zakrytím intimních oblastí.



Příloha č. 3 Technická příloha

Doporučená gramáž papíru k tisku pravítka je 300 g/m².

Pro možnost výroby vlastních pravítek obsahující prvky pro kalibraci obrazu, zde uvádíme návrh postupu k vytvoření prvků, které řeší kalibraci barevného podání, kontrolu perspektivy a měření rozměrů ve snímaném obraze. Zde uvedené prvky jsou nezávislé na použitém software a v případě potřeby je může každé pracoviště modifikovat a implementovat do svého vlastního řešení.

Color Checker

Barevné čtyřúhelníky jsou uspořádány do mřížek 4 x 6, kde rozměry jednotlivých bloků jsou 5x5 mm. Barvy v mřížkách jsou definovány v RGB barevném prostoru a zapsány v HEX formě jako:

```
color_matrix = [
    ['#af363c', '#0885a1', '#8580b1', '#627a9d', '#576c43', '#383d96'],
    ['#d67e2c', '#9dbc40', '#c8c8c8', '#c29682', '#e0a32e', '#555555'],
    ['#469449', '#f3f3f2', '#67bdaa', '#e7c71f', '#a0a0a0', '#735244'],
    ['#5e3c6c', '#c15a63', '#7a7a7a', '#bb5695', '#505ba6', '#343434']
]

color_matrix = [
    ['#6D1A14', '#E5594C', '#B84437', '#A6393E', '#772D14', '#50110C'],
    ['#A66851', '#FEFEFE', '#F5B7A8', '#D3B9AC', '#D6A259', '#6A1005'],
    ['#CA9569', '#AD7C41', '#EFE2C2', '#F5BC91', '#D4A176', '#452D11'],
    ['#501F10', '#935639', '#9B5C4B', '#714A21', '#7B2C32', '#030400']
]
```

Během převodu (tisku) do barevného prostoru CMYK dochází ke změně barev a je třeba provést měření skutečných vytištěných barev. Bez přesného změření výsledných barev umístěných na pravítku, není možné zajistit věrohodné podání na kalibrovaných monitorech.

Marker

Použitý čtvercový marker o rozměrech 20 x 20 mm je typu ArUco, který navrhli Rafael Muñoz a Sergio Garrido. Slovník, vygenerovaný knihovnou OpenCV, je následující:

```
nmarkers: 30
markersize: 4
maxCorrectionBits: 1
marker_0: „0101001100101100“
marker_1: „1010111110001111“
marker_2: „001000000111111“
marker_3: „0001001010010110“
marker_4: „000000111111001“
marker_5: „1001101000101111“
marker_6: „0100011101010100“
marker_7: „1101100001110000“
marker_8: „1011110011010111“
marker_9: „0111110111100110“
marker_10: „0101101110001011“
marker_11: „1111001101000110“
marker_12: „0101000011001100“
marker_13: „1010011100101001“
marker_14: „0001000010100000“
marker_15: „0000110010000010“
marker_16: „0110010110011001“
marker_17: „0011011101110010“
marker_18: „1110101000100110“
marker_19: „1101100011111111“
marker_20: „0001110101101010“
marker_21: „0101010111101001“
marker_22: „1101111110110101“
marker_23: „0010110000001101“
marker_24: „1110101011110001“
marker_25: „0111000000010010“
marker_26: „1010011110011000“
marker_27: „1111001100110001“
marker_28: „0011100000001011“
marker_29: „1010001101010001“
Použitý marker na pravítku má ID 3.
```

Příloha č. 4 Metodická pomůcka k přikládání pravítka na různých částech těla.

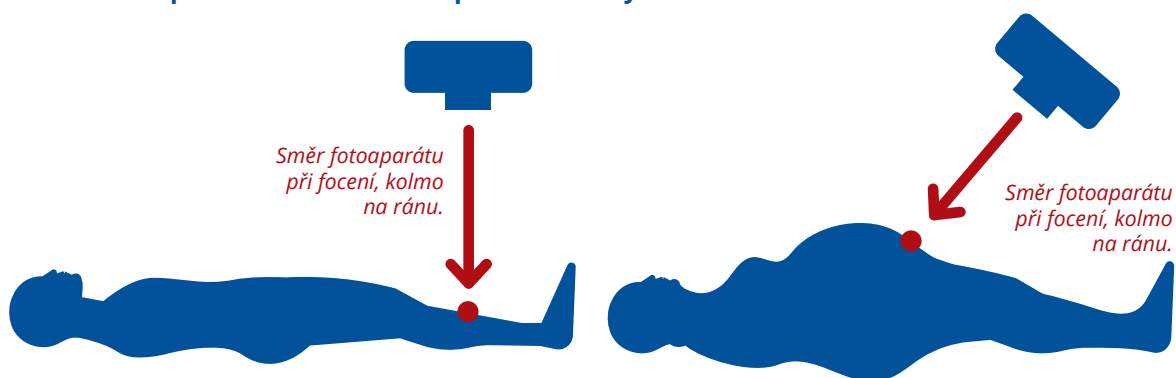
Směr přiloženého pravítka bude vždy limitovaný:

- zdravotním stavem pacienta
- umístěním a rozsahem rány
- počtem fotografujících osob

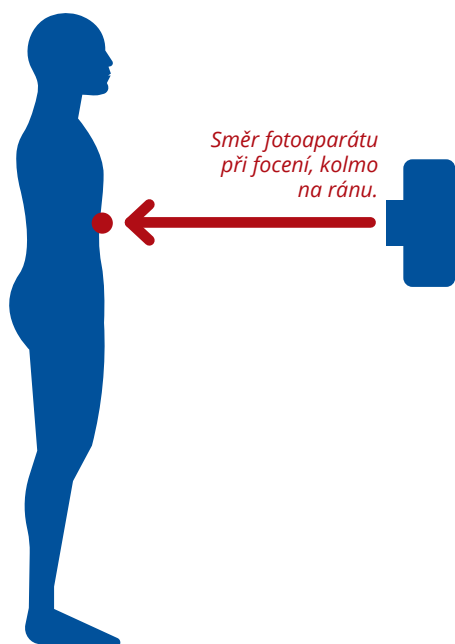
Snaha je vytvořit systém jednotného přikládání pravítka.

Kdokoliv bude fotografovat, přiloží pravítko stejným způsobem nebo se alespoň přiblíží původnímu přiložení.

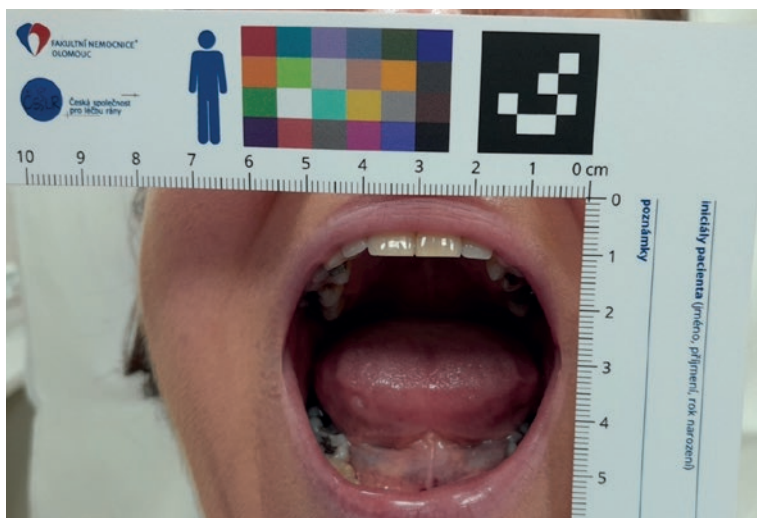
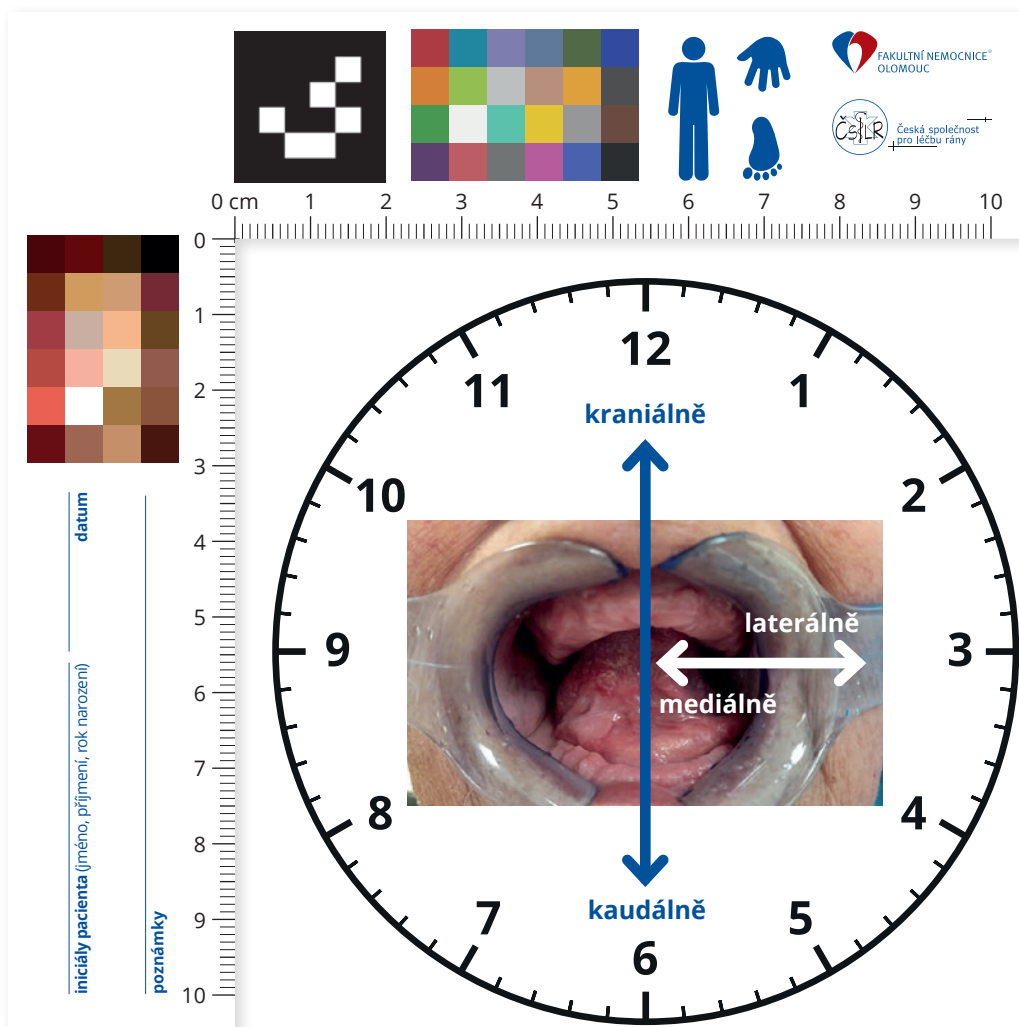
Poloha fotoaparátu kolmo na ránu při focení rány vleže



Poloha fotoaparátu kolmo na ránu při focení rány ve stoje

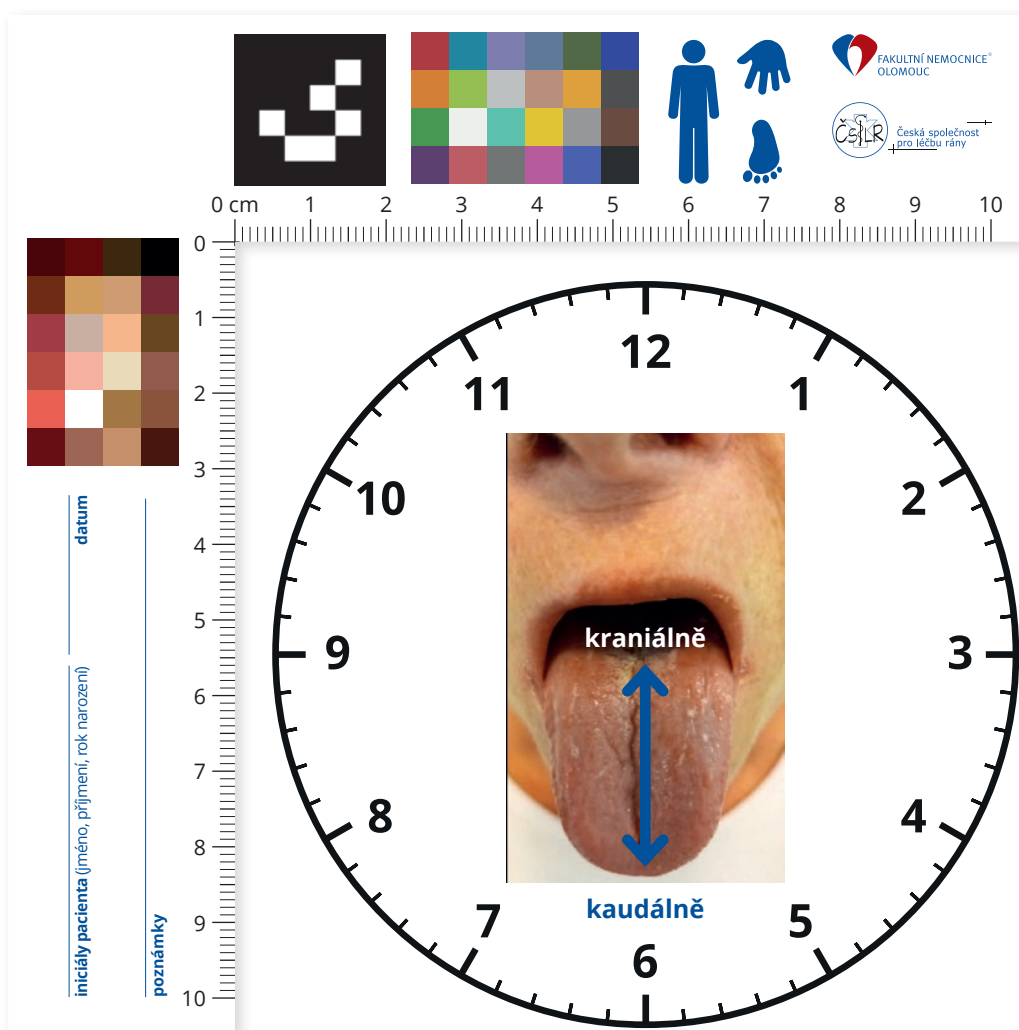


Pořízení fotografie v dutině ústní



Fotodokumentace v dutině ústní je specifická a má svá úskalí. Fotografie zevních částí obličeje se dají pořídít za pomoci pravítka při dodržení všech podmínek. Směry jsou jasné – kranialně, kaudálně, mediálně, laterálně.

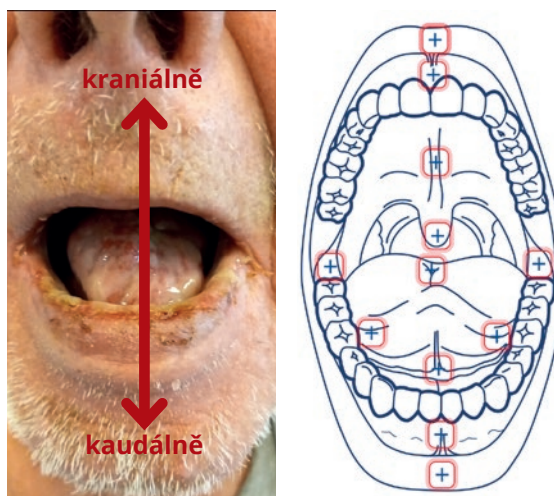
Dutina ústní



U ran v dutině ústní, na jazyku nebo patrových obloucích je situace komplikovanější z důvodu překrytí dané oblasti tvářovou sliznicí, rtem nebo i problematickým otvíráním úst pacienta. Při fotografování se obtížně odstraňují stíny a téměř vždy je nutné přisvícení dalším zdrojem světla. Spolupráce pacienta může být omezená a limitovaná bolestí, čelistní kontrakturou nebo tahem jizevnaté tkáně.

Na fotografii vidíme mukositudu v dutině ústní.

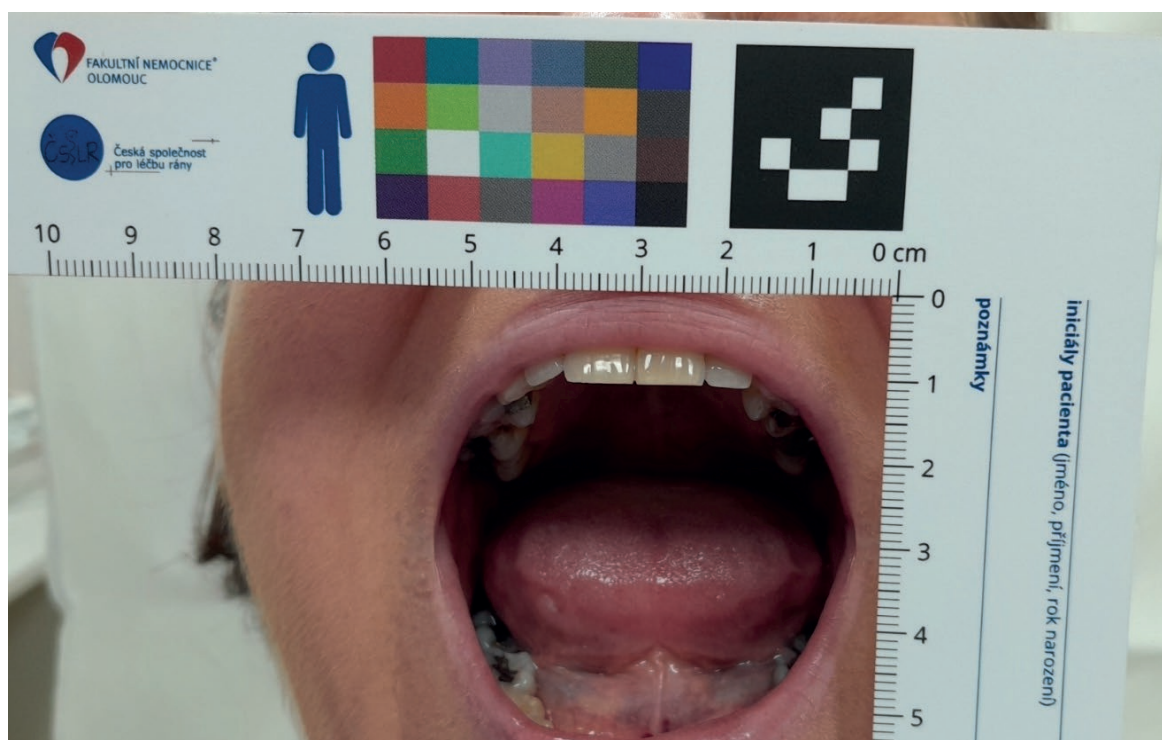
Na kresleném obrázku jsou vidět otevřená ústa a důležité body, s označením důležitých míst jako je hrana jazyka oboustranně (nejčastější výskyt zhoubných nádorů dutiny ústní), kořen jazyka a patro.



Dutina ústní

U pacientky před a po extrakci zubu, je dobře vidět, jak obtížné je vizualizovat ránu v dutině ústní. Je nutné použít blesk a také zaostření na danou ránu, liší se tedy od doporučení v metodickém pokynu. I tak je rána špatně viditelná.

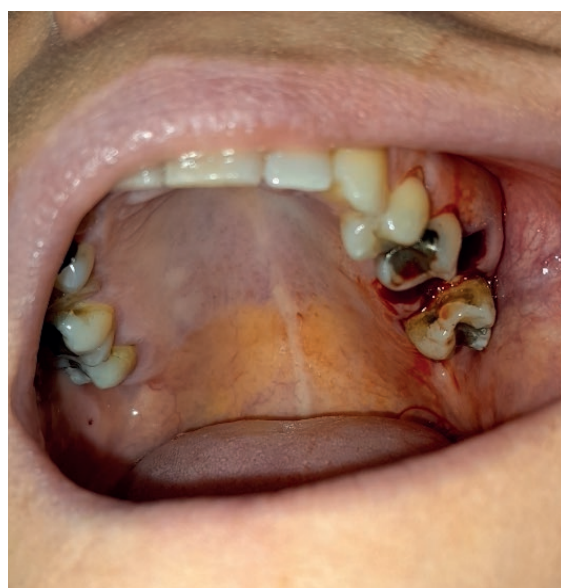
Před extrakcí zubu.



Extrakce zubu.
Fotografie pořízená bez blesku.



Extrakce zubu.
Fotografie pořízená s bleskem.



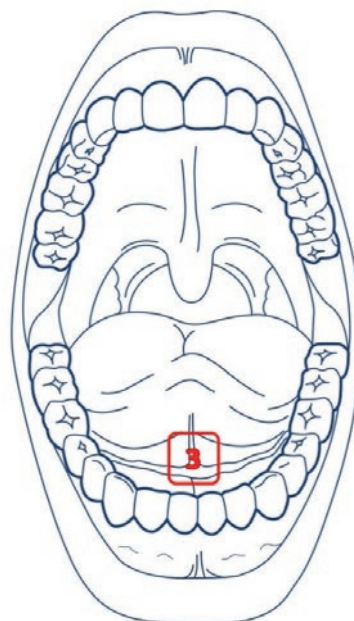
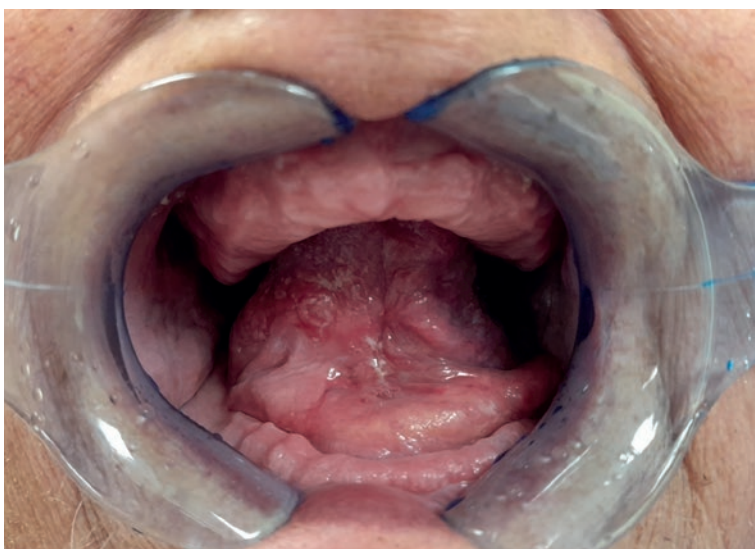
Dutina ústní

Problém zastínění řešíme odtažením měkkých tkání pomocí háků, ústních rozvěračů, dentálních fotografických zrcátek a retraktorů měkkých tkání.

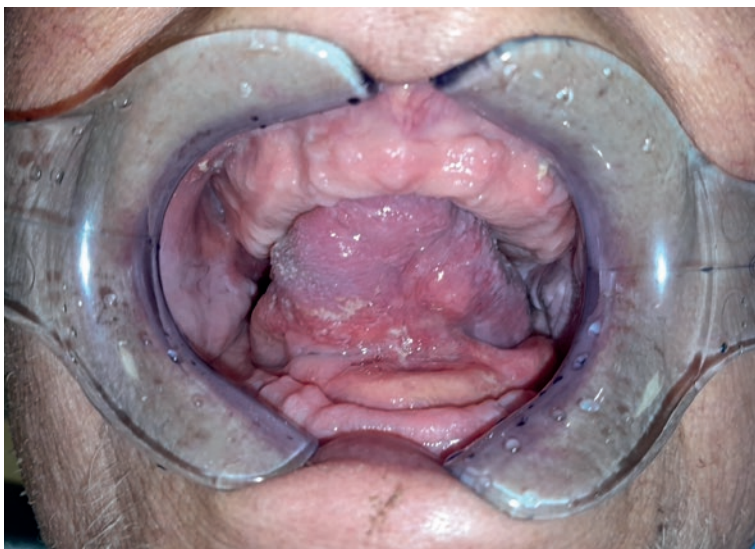
Extraorální fotografie

Pacienta fotíme v rámci operačních zákroků v oblasti krku při odstranění tukově-lymfatické tkáně u onkochirurgických výkonů. Také pořizujeme fotodokumentaci při odběru štěpu (volného laloku nebo na cévní stopce) z nohy, ruky, hrudníku, nadlopatkové oblasti nebo zad. Extraorálně pořízené fotografie se dají zhotovit dle metodického pokynu.

Onkologická operační rána pod jazykem. Fotografie pořízená za pomoci rozvěrače dutiny ústní **bez blesku**.



Onkologická operační rána pod jazykem. Fotografie pořízená za pomoci rozvěrače dutiny ústní **s bleskem**.



Fotodokumentace v rámci ortodontické terapie

Ortodoncie má jako součást vstupního vyšetření i fotodokumentaci pacienta, na které je názorně vidět změna v pozici zubu, skupiny zubů nebo celé horní i dolní čelisti (řešení pomocí ortognátní chirurgie). Problematické oblasti, jako patro případně celá spodina dutiny ústní, jsou pro dokonalé zobrazení focené přes zrcátko, fotí se tedy zrcadlový obraz dané situace. Na trhu je k dispozici několik typů zubních zrcátek k fotografii (foto zrcátka nebo dentální fotografická zrcátka) v dutině ústní, jak pro dospělé, tak pro dětské pacienty nebo pro laterální úsek dutiny ústní.

Fotografie sady foto zrcátek



Fotografie dolní čelisti přes foto zrcátko



Fotografie horní čelisti přes foto zrcátko



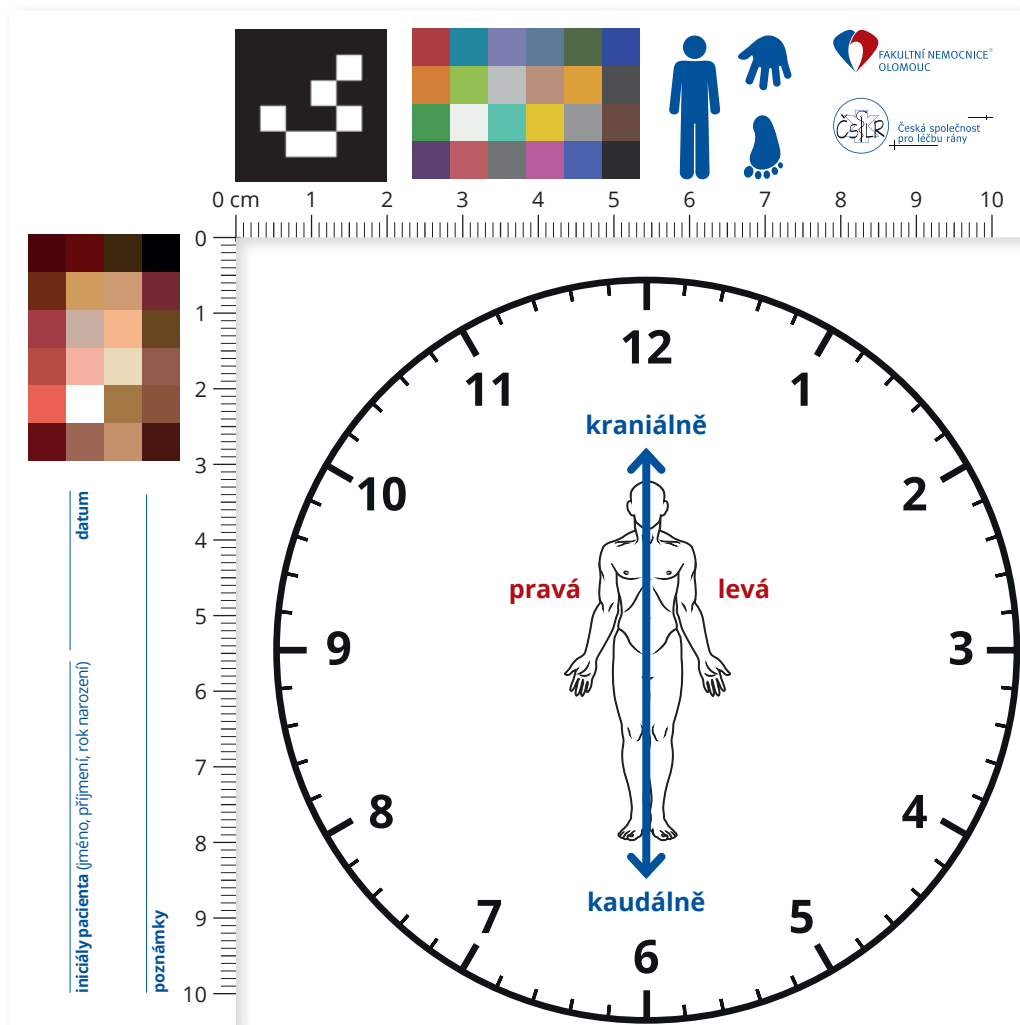
Fotografie zepředu, otevřený skus



Fotografie z boku s použitím retraktorů měkkých tkání (plastové rozvěrače)



Směry na těle

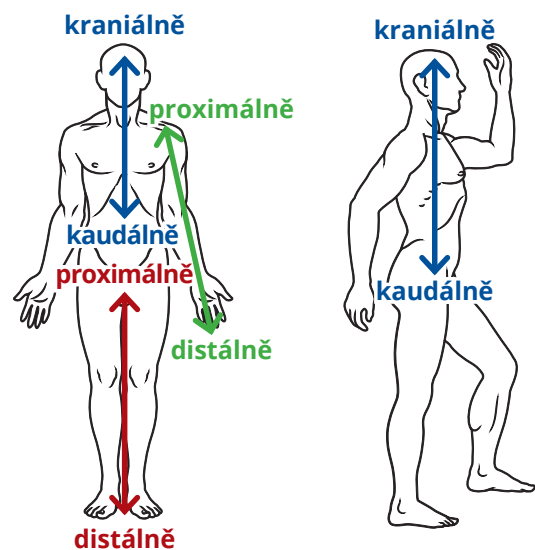


Pravítko přikládejte vždy stejně.

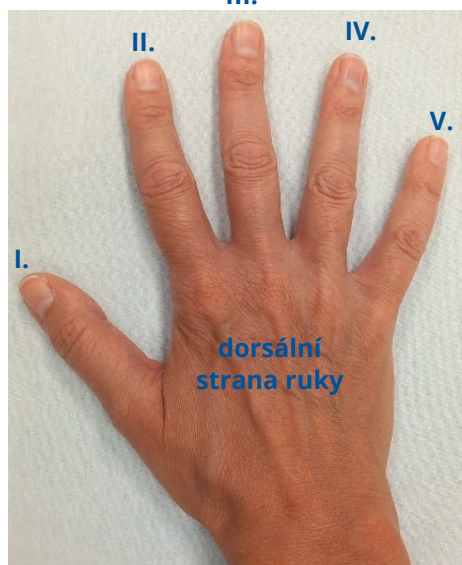
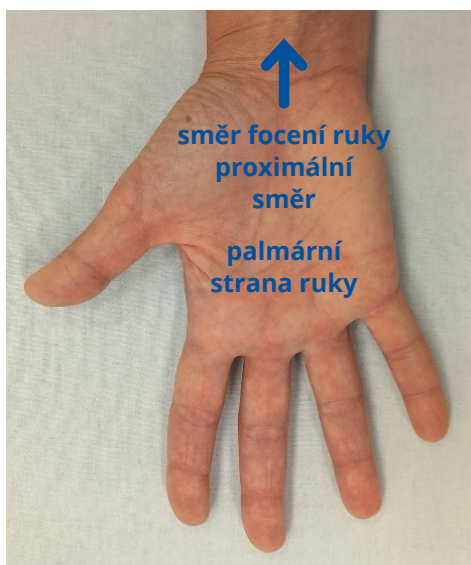
Využijte orientačních symbolů na pravítku, orientaci dle hodin nebo dle anatomického postavení.



Pravítko nenaklánějte, neohýbejte, jinak nedeformujte.

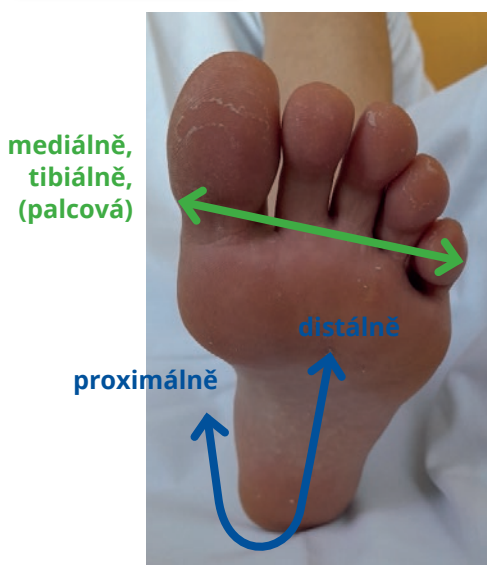
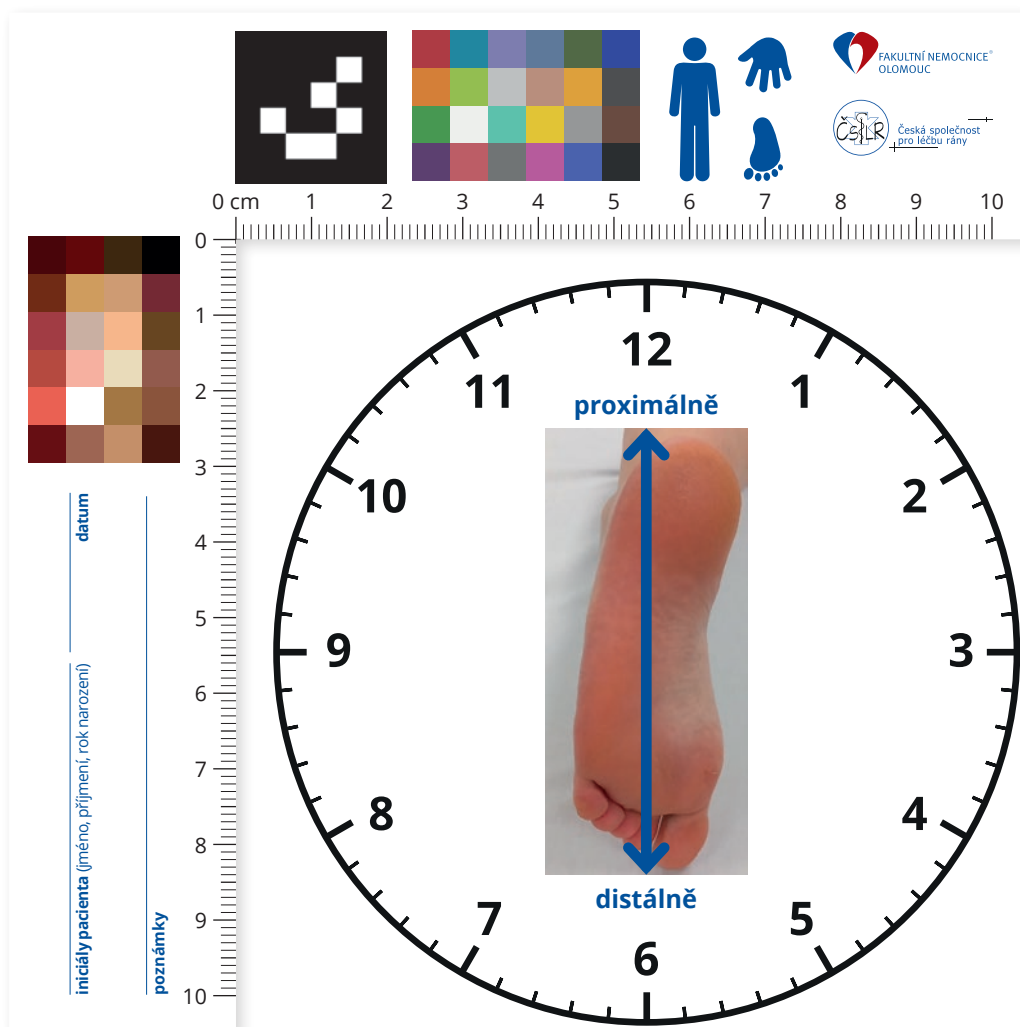


Směry na ruce



Pořadí prstů na ruce
 I. palec
 II. ukazováček
 III. prostředníček
 IV. prsteníček
 V. malíček

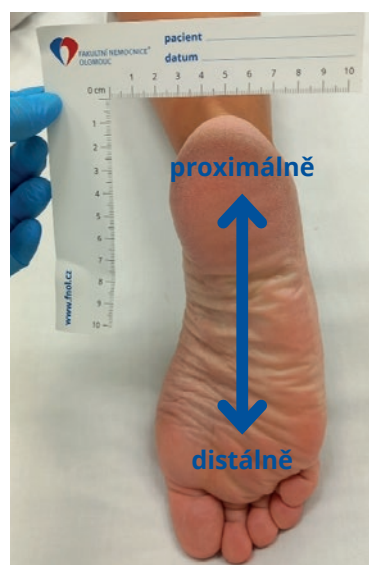
Směry na noze – chodidlo



laterálně,
fibulárně,
(malíková)

Pořadí prstů na noze

- I. palec
- II. ukazováček
- III. prostředníček
- IV. prsteníček
- V. malíček

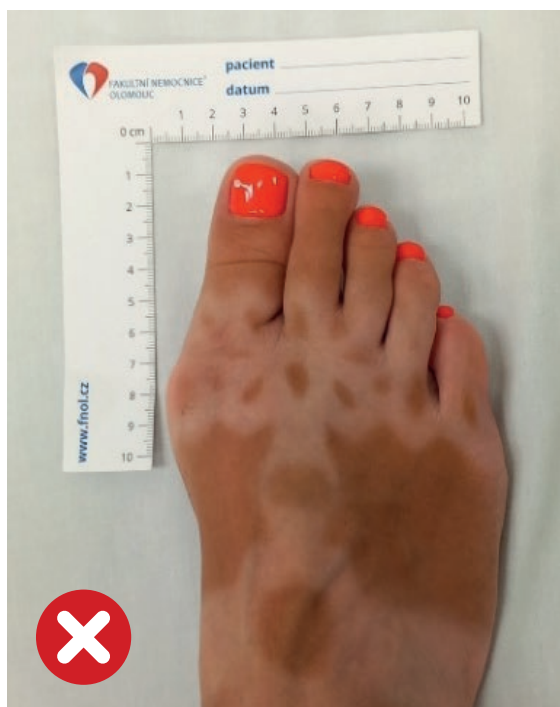


Různé pohledy na příkládání pravítka při focení ran na hřbetu nohy.

Nesprávný distální směr přiloženého pravítka.



Nesprávný distální směr přiloženého pravítka.



Správný proximální směr přiloženého pravítka, nesprávně moc vysoko nad ránou.



Různé pohledy na přikládání pravítka při focení ran na hraně nohy.



Fotografie rány na hraně nohy. Srdíčko na pravítku při focení rány směřuje proximálně. Pravítko je moc vysoko nad ránou.



Různé pohledy na přikládání pravítka při focení ran na patě.

Ukázka odlišného přiložení pravítka k ráně na patě u stejné pacientky. Přiložení pravítka bylo přizpůsobeno poloze pacientky. Je patrné fotografování z různé vzdálenosti, který mění pohled na velikost a umístění rány. Fotografie byly pořízené dvěma osobami.

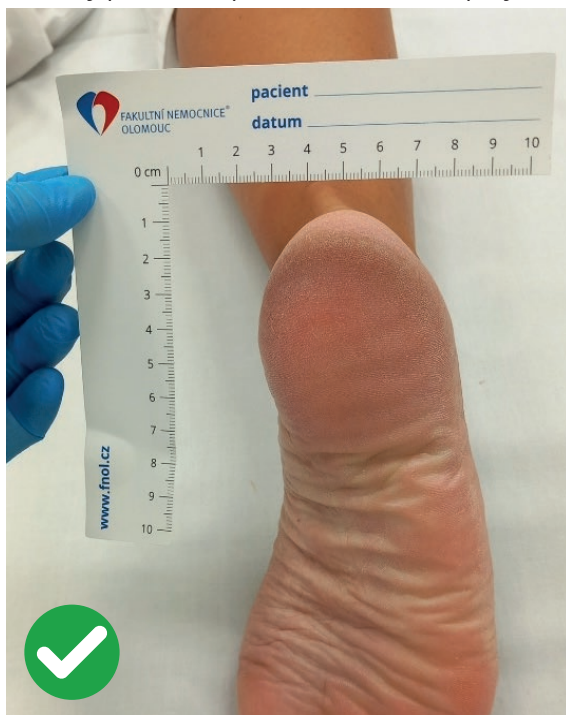
Na obr. č. 1 srdíčko směřuje proximálně a na obr. č. 2 distálně k prstům. Při pořizování dalších fotografií je vhodné zvolit stejné přiložení pravítka, aby nedošlo ke zkreslení.

1 správný kraniální směr pravítka.

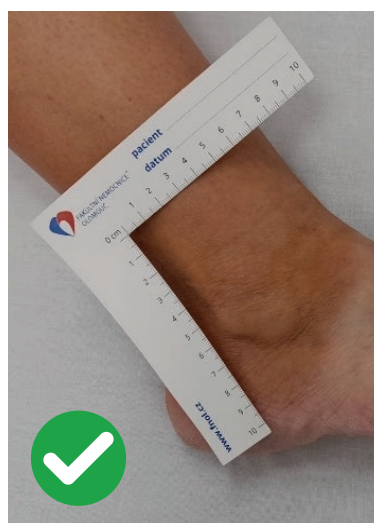
2 nesprávný distální směr pravítka



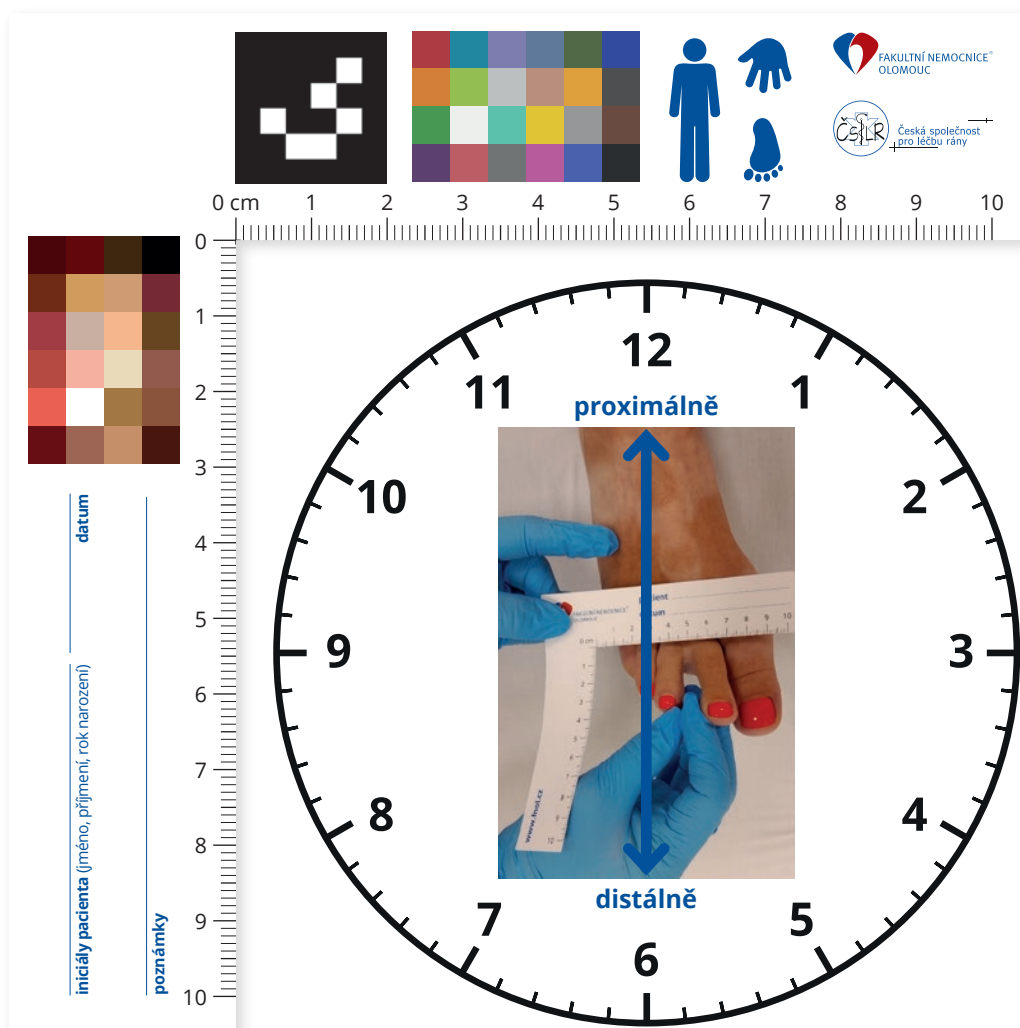
Příklady přikládání pravítek v lokalizaci paty. Orientační symbol srdíčka směřuje proximálně.



**Správné přikládání pravítka při focení ran v oblasti kotníku.
Orientační symbol srdíčka směřuje proximálně.**



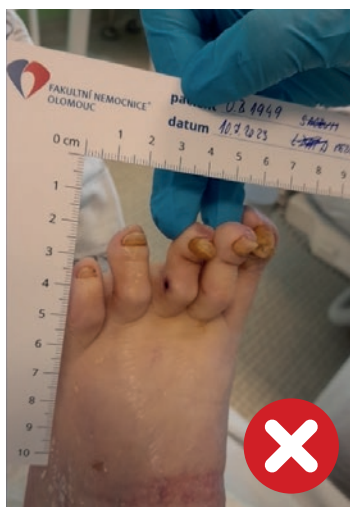
Směry na noze – prsty



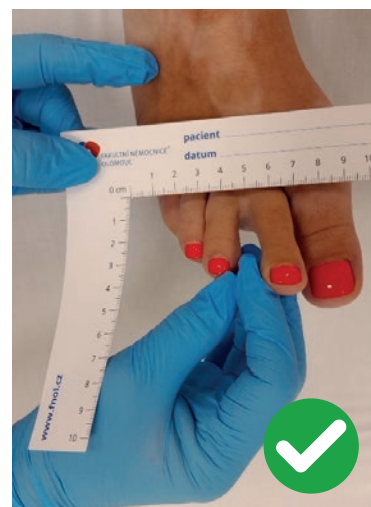
Při pořizování fotografie ran v meziprstí je třeba prsty od sebe rozevřít, aby byla rána pokud možno viditelná.

Na obrázku č. 1 vidíme nesprávně přiložené pravítko, orientační symbol srdíčka na pravítku při focení rány směřoval distálně místo proximálně. I když na fotografii č. 1 vidíme jednoznačnou lokalizaci rány a nesprávný distální směr pravítka nám může připadat bezchybný, v praxi potřebujeme pravítko pokládat stále stejným směrem (obr. č. 2), abychom fotografovali všichni stejným způsobem.

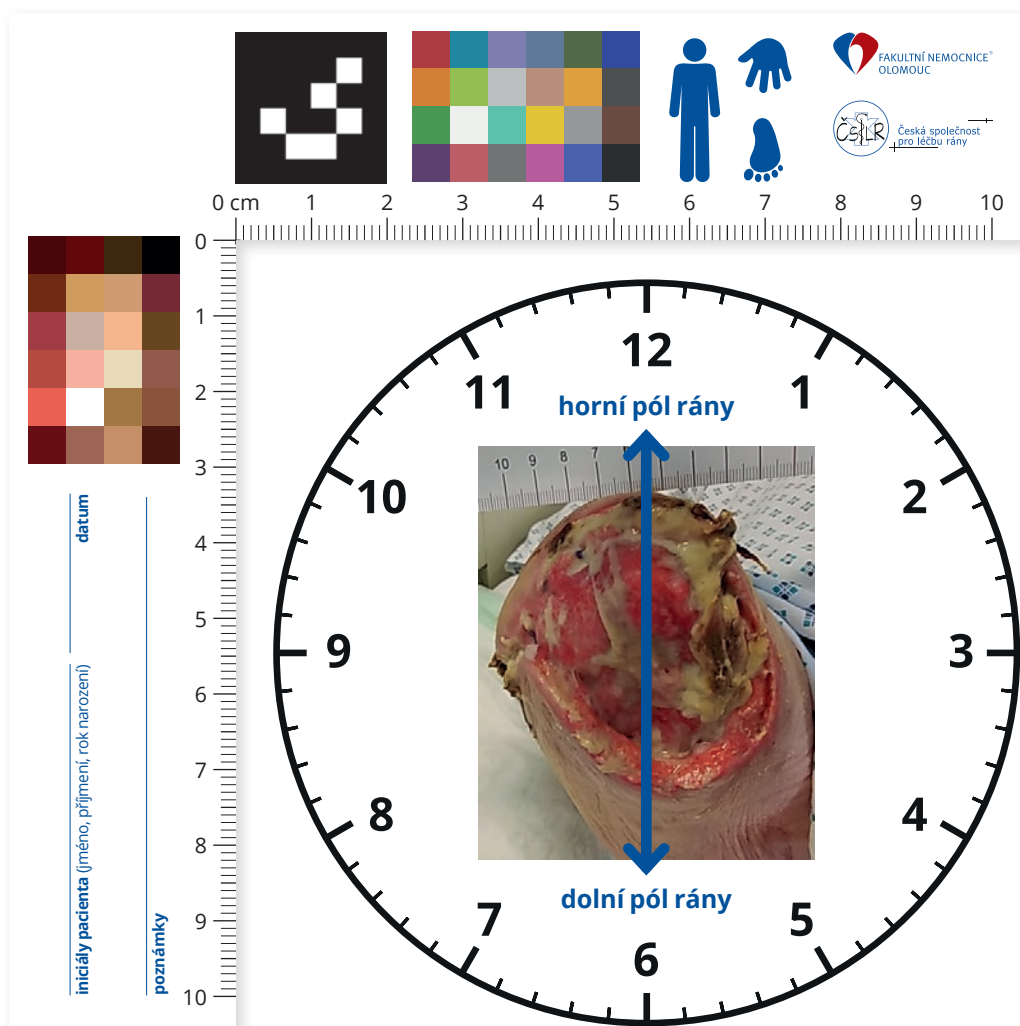
1. Nesprávný směr pravítka



1. Správný směr pravítka

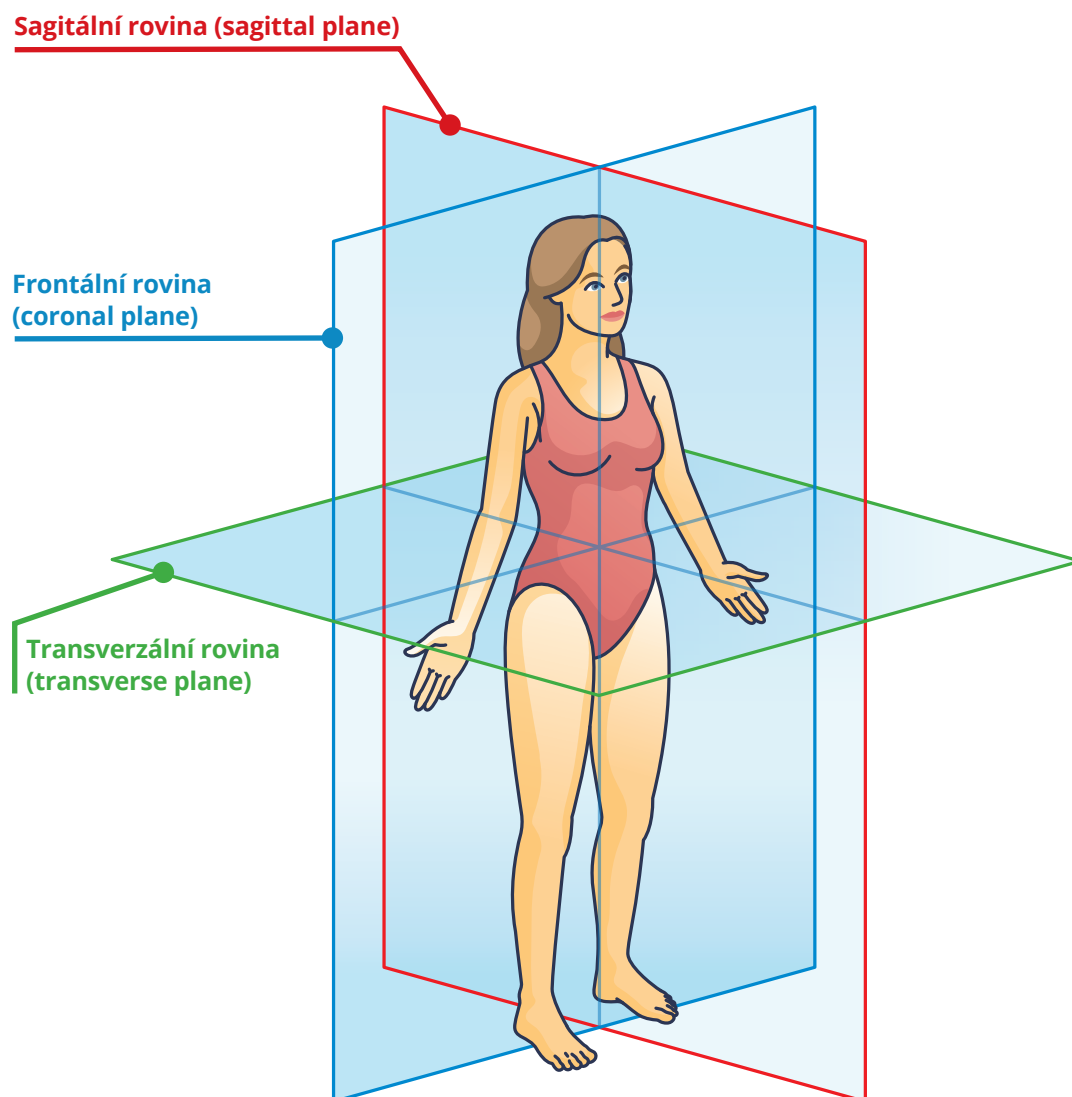


Směry na noze – pahýl dolní končetiny



Amputace dolní končetiny ve stehně – v transversální rovině.

Pahýl dolní končetiny fotografujeme i s přední projekcí, ránu na pahýlu fotografujeme kolmo k ráně, s popisem lokalizace.



www.fnol.cz



Použitá literatura:

European Oral Care in Cancer Group Oral Care Guidance and Support. Vedoucí pracovní skupiny B. Quinn (UK). Revize české verze prof. MUDr. Samuel Vokurka, Ph.D.

National Wound Care Strategy Programme: (2021) Recommendations for the Use of Digital Images in Wound Care.

IMI National Guidelines. A guide to Good Practice. Wound Management Photography.

Lead Author - Karen Rose-McGuckin. Date Created - April 2019. Revision Date - April 2022. Version - V1.

Ten top tips: wound photo documentation. Nancy Estocado and Joyce Black. Wounds International 2019 (Vol 10 Issue 3. www.woundsinternational.com)

Úloha fotodokumentace v ošetřovatelské praxi 21. století. Bakalářská práce České Budějovice 2020. Adam Karaffa, DiS.

Výzkum nemovitých Památek v ČR - aktuální metodické otázky průzkumu a dokumentace, ohrožené druhy památek a jejich vybrané exempláře. Mgr. Ladislav Bezděk, Ing. MgA. Martin Frouz, Ph.D. Národní památkový ústav, 2014. ISBN 978-80-7480-017-7

Garrido-Jurado, Sergio & Muñoz-Salinas, Rafael & Madrid-Cuevas, Francisco & Marín-Jiménez, Manuel. (2014). Automatic generation and detection of highly reliable fiducial markers under occlusion. Pattern Recognition. 47. 2280-2292. 10.1016/j.patcog.2014.01.005.

Fotografie: archiv autorů FN Olomouc

Ilustrace: archiv autorů FN Olomouc a stock.adobe.com

0 cm 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

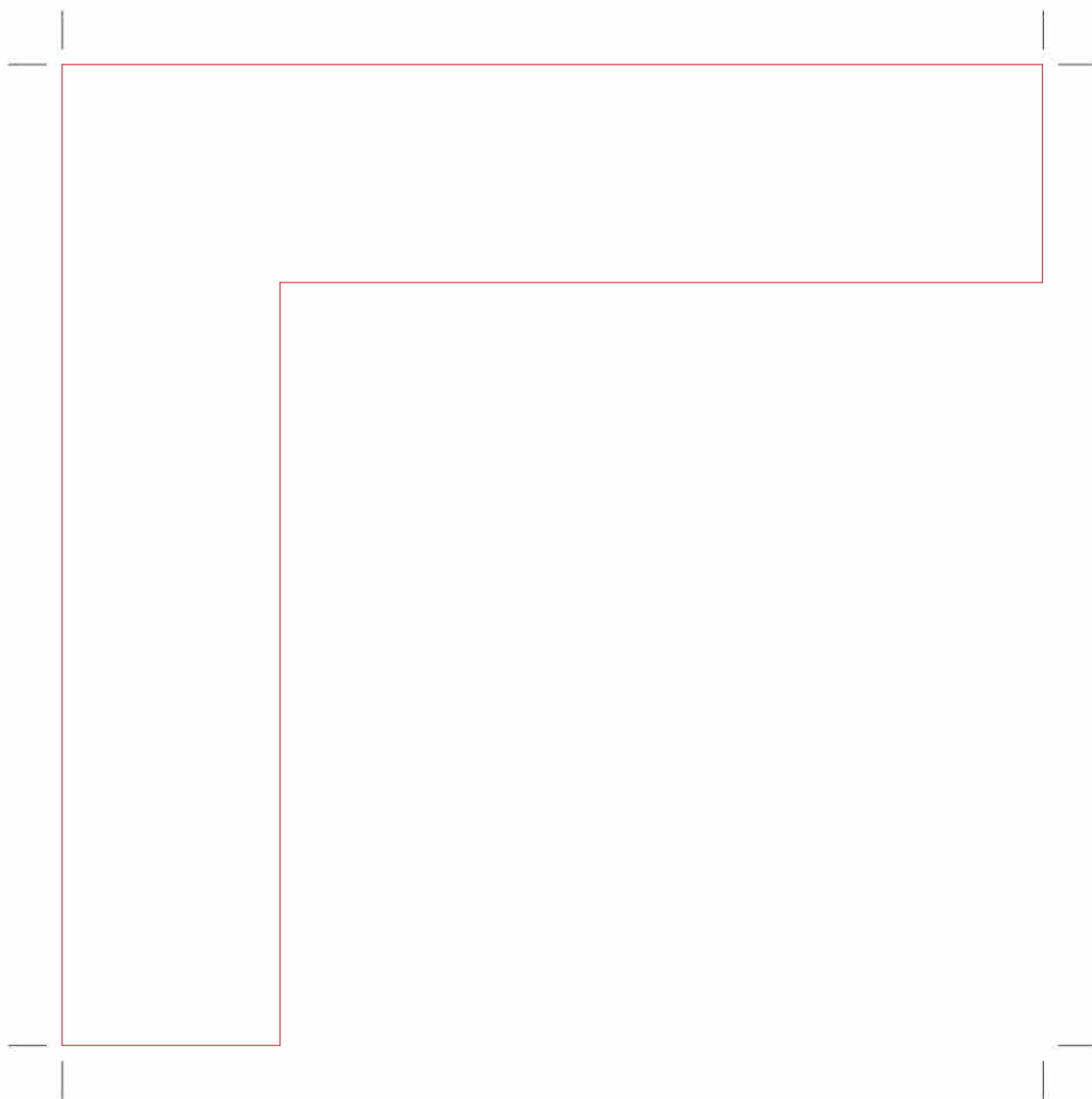
iniciály pacienta (jméno, příjmení, rok narození)

datum

poznámky

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC

ČSILR Česká společnost pro léčbu rány



FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC

ČSILR Česká společnost pro léčbu rány

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 cm

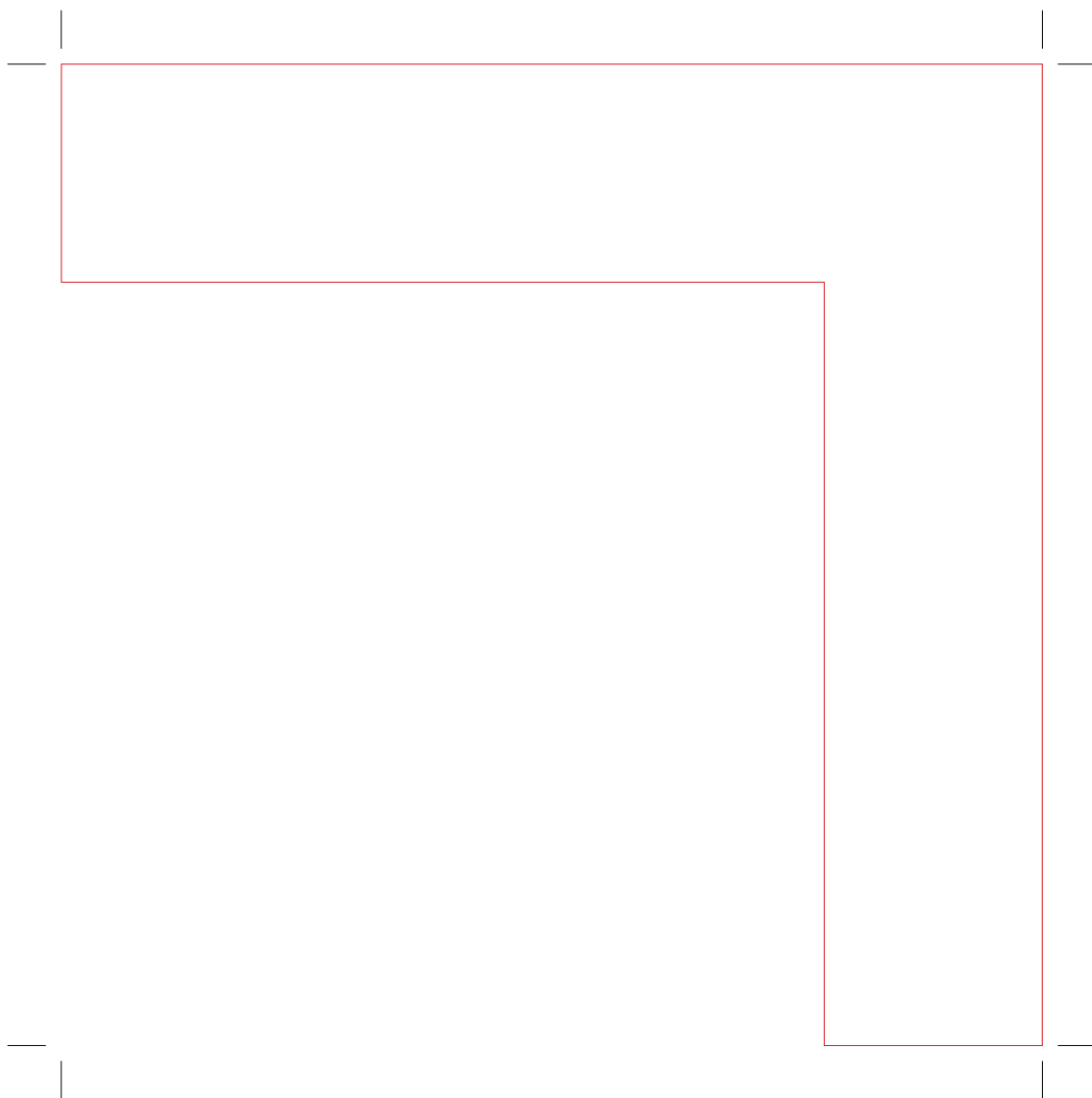
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

poznámky

iniciály pacienta (jméno, příjmení, rok narození)

datum

Detailed description: This is a medical assessment scale. At the top left, there are logos for 'FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC' and 'ČSILR Česká společnost pro léčbu rány'. Below the logos are icons for a human figure, a hand, and a foot. To the right of these icons is a 3x3 grid of colored squares and a 3x3 grid of grayscale squares. Below these is a horizontal ruler from 10 cm to 0 cm. On the right side, there is a vertical ruler from 0 to 10 cm. To the right of the vertical ruler is a 3x3 grid of colored squares. Below the vertical ruler are labels for 'poznámky', 'iniciály pacienta (jméno, příjmení, rok narození)', and 'datum'.



0 cm 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

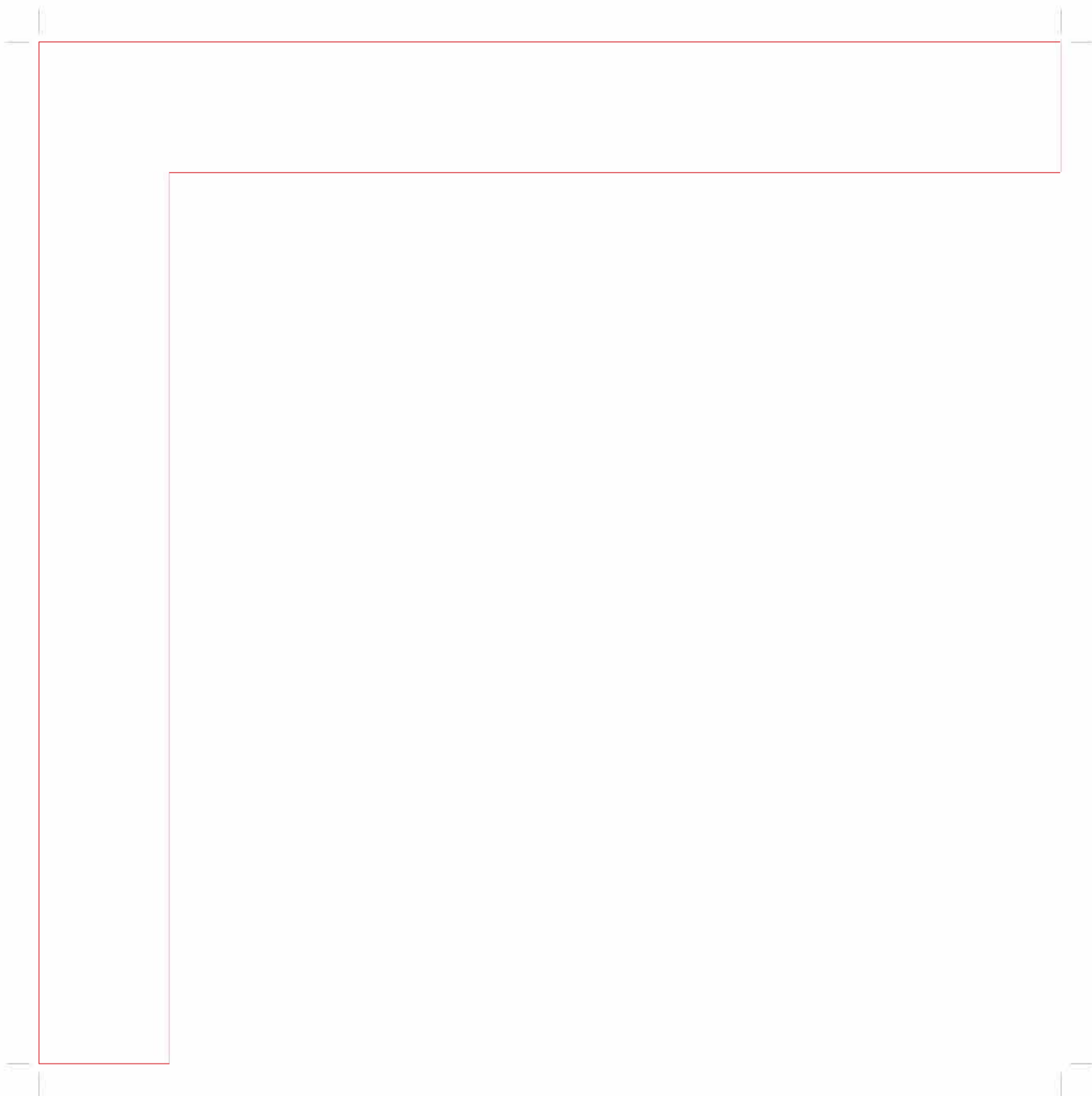
iniciály pacienta (jméno, příjmení, rok narození)

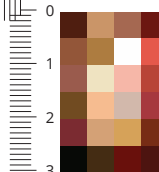
datum

poznámky

FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC

ČSILR Česká společnost
pro léčbu rány

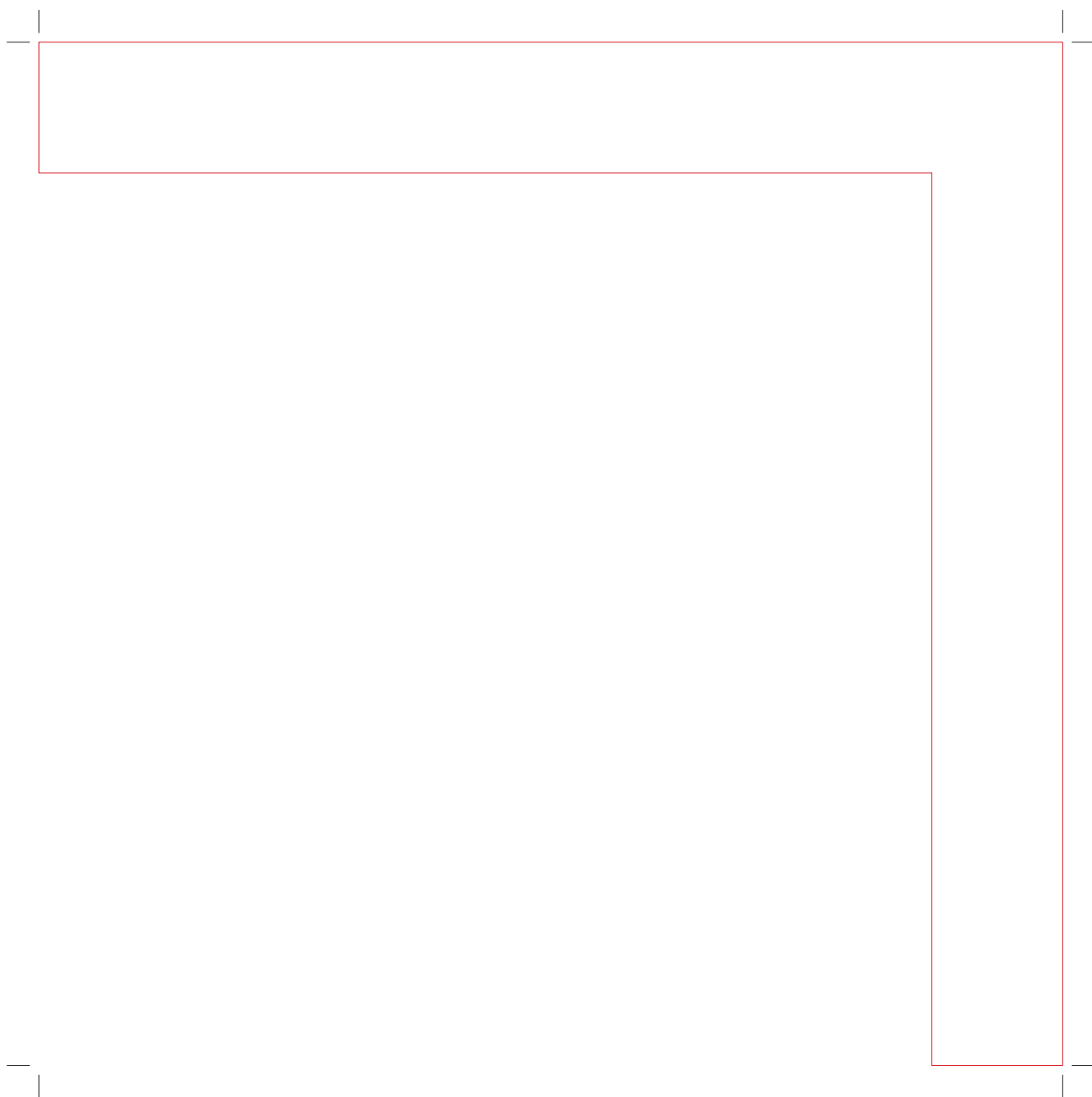




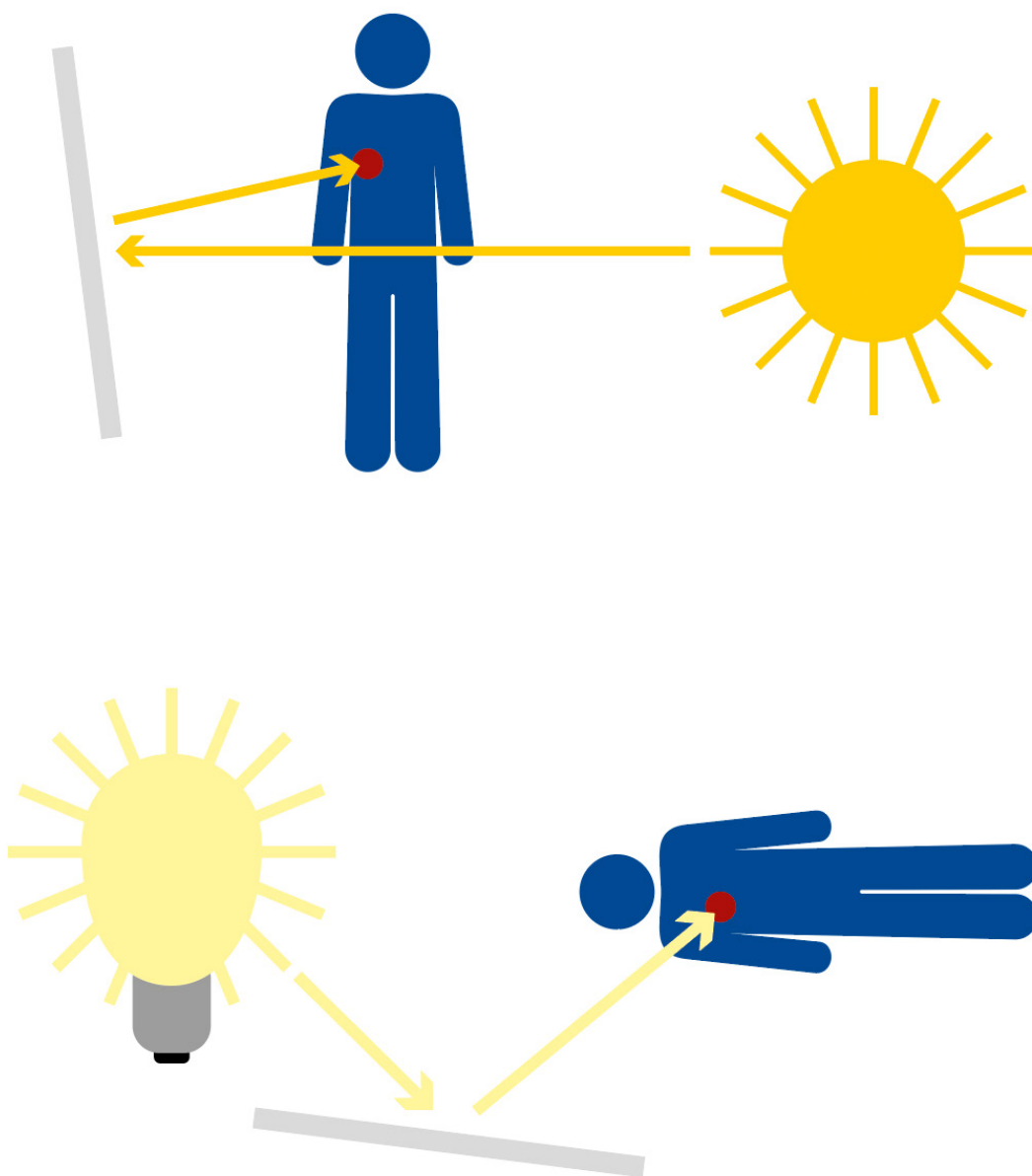
poznámky

iniciály pacienta (jméno, příjmení; rok narození)

datum



Znázornění odrazu světla



**METODICKÝ POKYN PRO PŘÍPRAVU
VZDĚLÁVACÍHO KURZU PRO KOORDINÁTORY
DOBROVOLNICTVÍ VE ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH**

31. května 2024

Obsah

1. Název kurzu.....	66
2. Anotace kurzu.....	66
3. Cíl kurzu	66
4. Komu je kurz určen.....	66
5. Kdo může kurz organizovat	67
6. Doporučený počet účastníků kurzu	68
7. Časová dotace a forma kurzu.....	68
8. Způsob ukončení kurzu	68
9. Požadavky na kvalifikační předpoklady odborného garanta a lektory vzdělávacího kurzu	69
Odborný garant.....	69
Lektoři teoretické části	69
Lektoři praktické části	69
10. Obsah kurzu	70
11. Seznam studijních materiálů.....	71
I. Obsah teoretické části kurzu	72
1. tematický blok: Význam, přínos a základní pravidla dobrovolnictví ve zdravotnictví	72
2. tematický blok: Právní rámec a etické aspekty PDZS	72
3. tematický blok: Systém řízení, plánování, příprava a organizace PDZS	73
4. tematický blok: Procesy realizace PDZS a role KDZS.....	74
5. tematický blok: Specifika dobrovolnické činnosti ve vztahu k potřebám pacientů a typu pracoviště	75
6. tematický blok: Řízení kvality a bezpečí PDZS v návaznosti na řízení kvality zdravotních služeb u PZS	75
7. tematický blok: Evaluace, efektivita a ekonomika PDZS	76
II. Obsah praktické části kurzu	77
1. Seznámení s koncepcí dobrovolnického programu a fungováním dobrovolnického centra u PZS	77
2. Systém práce s riziky, nábor nových dobrovolníků a vstupní pohovor se zájemcem o dobrovolnictví. Administrativa PDZS.....	77
3. Školení dobrovolníků.....	78
4. Specifické dobrovolnické aktivity v PDZS, návštěva na vybraném oddělení/pracovišti	78
5. Systém podpory dobrovolníků Evaluace, financování a plánování PDZS	79
III. Obsah závěrečného diskusního a interaktivního bloku	79

1. Název kurzu

Vzdělávací kurz pro koordinátory dobrovolnictví ve zdravotních službách

2. Anotace kurzu

Dobrovolnictví ve zdravotnictví je jednou z nejnáročnějších oblastí dobrovolnické činnosti, vyžadující odborně způsobilé koordinátory. Vzhledem k citlivosti práce s pacienty a jejich bezpečím je zajištění kvalitní péče a ochrany zdraví pacientů nejvyšší prioritou. Ministerstvo zdravotnictví proto vypracovalo Metodický pokyn pro přípravu vzdělávacího kurzu pro koordinátory ve zdravotních službách, která poskytuje strukturovaný a komplexní přístup k této náročné problematice.

Tento metodický pokyn specifikuje požadavky a obsah kurzu tak, aby odpovídal náročným standardům kladeným na koordinátory dobrovolnictví. Vzdělávací kurz kombinuje teoretické znalosti s praktickými dovednostmi, nezbytnými pro zajištění bezpečnosti a kvality dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních. Díky aktuálním metodickým doporučením a postupům se kurz zaměřuje na všechny fáze realizace dobrovolnického programu, od jeho nastavení a koordinace až po hodnocení dosažených výsledků.

3. Cíl kurzu

Hlavním cílem kurzu je poskytnout účastníkům ucelené vzdělání pro činnost koordinátora dobrovolnictví ve zdravotních službách, seznámit se s těžejními metodickými materiály – komplexní Metodikou dobrovolnictví ve zdravotnictví (dále jen „Metodika“) upravující podmínky pro jeho realizaci, připravit k odborným činnostem potřebným pro zajištění koordinace dobrovolníků a řízení dobrovolnických programů ve zdravotních službách.

Během kurzu si účastníci osvojí potřebné teoretické znalosti a praktické dovednosti, které jsou základem pro splnění vysokých nároků kladených na zabezpečení dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních zejména, ale nejenom, s ohledem na nutnost zajištění kvalitní a bezpečné péče poskytované pacientům.

4. Komu je kurz určen

Zájemcům o oblast dobrovolnictví ve zdravotnictví s ukončeným úplným středoškolským vzděláním a zkušeností s dobrovolnictvím ve zdravotnických zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb (zkušenost se dokládá přehledem působení na pozicích dobrovolníka ve zdravotnictví nebo v roli koordinátora dobrovolníků ve zdravotnictví, s uvedením doby a místa působení).

5. Kdo může kurz organizovat

Vzdělávací instituce, poskytovatel zdravotních služeb (dále také jen „PZS“) či jiný subjekt, který splní stanovené organizační, administrativní a odborné požadavky pro tento kurz v souladu s tímto metodickým pokynem (dále jen „pořádající instituce“).

Pořádající instituce zodpovídá za:

- zajištění vzdělávání v souladu se vzdělávacím programem a daným metodickým pokynem,
- využívání aktuálních studijních materiálů k dobrovolnictví ve zdravotnictví zveřejňovaných na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví v sekci dobrovolnictví ve zdravotnictví,
- zajištění veškeré organizační a administrativní agendy spojené s kurzem (zajištění vhodných prostor a IT techniky pro teoretickou část, minimálně jednoho zdravotnického zařízení PZS s dobrovolnickým programem pro praxi účastníků kurzu, odborné lektory pro teoretickou i praktickou část) včetně zajištění této podpory účastníkům kurzu (pozvánky, prezenční listiny, výukové materiály, certifikát o absolvování kurzu s uvedením rozsahu hodin v případě úspěšného splnění závěrečné zkoušky),
- zpracování hodnotícího dotazníku pro účastníky kurzu zaměřeného na kvalitu výuky rozděleného na kvalitu výuku, a to na hodnocení teoretické části a na hodnocení praxe ve zdravotnickém zařízení poskytovatele zdravotních služeb včetně zajištění jejich vyhodnocení na konci kurzu.

(Pozn.: Vhodnými prostory se rozumí prostory dostatečné velikosti pro vzdělávání uvedeného počtu 10-30 účastníků s odpovídající IT technikou (tj. dataprojektor, připojení na internet apod.) a dalšími pomůckami pro vzdělávání (např. flipchart, tabule a další).

Požadavky na poskytovatele zdravotní služeb, v jehož zdravotnickém zařízení bude probíhat praktická část (praxe):

- zavedený dobrovolnický program minimálně 3 roky, a to buď v interním modelu řízení (tj. PZS řídí program dobrovolnictví ve zdravotních službách /dále také jen „PDZS“/ vlastními silami) nebo v kombinovaném modelu řízení (tj. část PDZS si řídí vlastními silami a na části spolupracuje s externí dobrovolnickou organizací),
- PZS musí být v rámci praxe schopen představit praktické fungování všech částí a procesů realizace PDZS, které jsou popsány v doporučených metodických materiálech pro realizaci PDZS; za ověření splnění této podmínky odpovídá odborný garant kurzu,
- zajištění vedení praxe koordinátorem dobrovolníků, který je u PZS zaměstnán na plný úvazek, zodpovídá za realizaci PDZS a má alespoň 3 roky zkušeností s jeho koordinací v posledních 5 letech.

6. Doporučený počet účastníků kurzu

Počet účastníků není striktně stanoven, odvíjí se od zájmu a možností pořádající instituce. S ohledem na zajištění kvality a efektivnosti kurzu se doporučuje 10 až 30 účastníků.

7. Časová dotace a forma kurzu

Jedná se o kurz realizovaný prezenční formou v celkovém rozsahu **80 hodin** rozvržených do **10 dnů** následovně:

- teoretická část – 4 dny (32 hodin),
- praktická část – praxe u PZS – 5 dní (40 hodin),
- závěrečný diskusní a interaktivní blok – 1 den (8 hodin).

Další 1 den je určen pro závěrečnou zkoušku.

8. Způsob ukončení kurzu

Pro úspěšné ukončení kurzu je nutné:

- splnit předepsané povinnosti stanovené vzdělávacím programem,
- splnit min. 90% účast v teoretické i praktické části kurzu (případná absence musí být doložena lékařským potvrzením),
- úspěšně absolvovat **závěrečnou zkoušku** sestávající z:
 - písemného testu typu "multiple choice" splněného minimálně s 80% úspěšností - otázky v testu navrhují lektori teoretické části, přičemž doporučený počet otázek je alespoň 5 ke každému tematickému bloku; konečné znění závěrečného písemného testu schvaluje odborný garant kurzu,
 - prezentace a obhajoby vlastního zpracovaného projektu realizace dobrovolnického programu u vybraného zdravotnického zařízení PZS před zkušební komisí – členové komise obdrží zpracované projekty k posouzení alespoň jeden týden před termínem závěrečné zkoušky; zkušební komise je složena minimálně ze 3 členů – odborného garanta, zástupce lektorů teoretické části a zástupce lektorů praktické části kurzu.

(Pozn.: Závěrečná zkouška se doporučuje uskutečnit přibližně 3 týdny po absolvování vzdělávací teoretické a praktické části kurzu tak, aby měl účastník dostatek prostoru pro studium a zpracování projektu.)

Po úspěšném absolvování závěrečné zkoušky obdrží účastník **certifikát o absolvování kurzu** s uvedením rozsahu hodin vydaný pořádající institucí kurzu.

9. Požadavky na kvalifikační předpoklady odborného garanta a lektory vzdělávacího kurzu

Odborný garant

Má vysokoškolské vzdělání, minimálně 3 roky z posledních 10 let praxe v dobrovolnictví ve zdravotnictví s vedením vzdělávacích akcí a lektorskou činností. Praxe je doložena přehledem činností a realizovaných kurzů a seminářů.

Odborný garant kurzu:

- zodpovídá za průběh kurzu,
- garantuje odbornou úroveň kurzu, uvádí témata dle aktuální Metodiky Ministerstva zdravotnictví,
- zodpovídá za výběr kvalifikovaných lektorů pro jednotlivé tematické celky,
- spolupracuje se smluvními poskytovateli zdravotních služeb při realizaci praktické části (praxe),
- vede úvodní a závěrečný diskusní a interaktivní blok,
- sestavuje zkušební komisi, která je složena minimálně ze 3 členů – odborného garanta, zástupce lektorů teoretické části a zástupce lektorů praktické části.

Lektoři teoretické části

- odborný garant kurzu, případně lektor 3. nebo 4. tematického bloku pro 1. tematický blok,
- právník s praxí minimálně 2 roky v oblasti zdravotnické legislativy pro 2. tematický blok,
- zástupce vrcholového managementu zdravotnického zařízení poskytovatele zdravotních služeb s praxí minimálně 3 roky z posledních 10 let na pozici garanta programu dobrovolnictví ve zdravotních službách pro 3. tematický blok,
- koordinátor dobrovolníků ve zdravotnictví s absolvovaným kurzem pro koordinátora dobrovolnictví ve zdravotních službách (dále také „KDZS“) a praxí minimálně 3 roky z posledních 10 let pro 4. tematický blok,
- psycholog ve zdravotnictví s dvouletou praxí v lůžkovém zdravotnickém zařízení s různými typy pacientů a s vlastní zkušeností s dobrovolnictvím ve zdravotnictví (např. na pozici koordinátora dobrovolníků nebo supervizora dobrovolníků) pro 5. tematický blok,
- manažer kvality zdravotních služeb poskytovatele zdravotních služeb, kde PDZS funguje minimálně 3 roky z posledních 10 let pro 6. tematický blok,
- zástupce vrcholového managementu s praxí minimálně 3 roky z posledních 10 let na pozici garanta PDZS, případně lektor zabývající se hodnocením PDZS v praxi pro 7. tematický blok.

Lektoři praktické části

- koordinátor dobrovolníků ve zdravotnictví nebo vedoucí dobrovolnického centra poskytovatele zdravotních služeb s minimálně 3 roky praxe z posledních 10 let

s vedením dobrovolnického programu ve zdravotnickém zařízení buď v interním modelu řízení (tj. PZS řídí PDZS vlastními silami) nebo v kombinovaném modelu řízení (tj. část PDZS řídí PZS vlastními silami a na části spolupracuje s externí dobrovolnickou organizací),

- osoby zabezpečující vzdělávání v rámci praktické části (praxe) ve zdravotnickém zařízení poskytovatele zdravotních služeb s praxí alespoň 3 roky z posledních 10 let – jedná se o manažera kvality poskytovatele zdravotních služeb, kontaktní osobu z vybraného pracoviště zdravotnického zařízení a zkušeného dobrovolníka působícího v PDZS.

(Pozn. V případě kombinovaného modelu řízení ve zdravotnickém zařízení PZS si k některým tématům praxe může PZS přizvat spolupracujícího zástupce z externí dobrovolnické organizace.)

10. Obsah kurzu

Vzdělávací kurz sestává z teoretické části rozdělené do 7 tematických bloků a praktické části absolvované praxí ve zdravotnickém zařízení PZS s dobrovolnickým programem. Obsahové náplně obou částí jsou uvedeny v příloze.

Vzdělávací program vychází z metodických materiálů Ministerstva zdravotnictví k dobrovolnictví ve zdravotnictví zveřejněných na internetových stránkách ministerstva, z nichž je odborným garantem a lektory zpracovaná obsahová náplň jednotlivých tematických bloků. Konkrétně se jedná o:

- Metodické doporučení pro přípravu a realizaci dobrovolnictví ve zdravotnictví publikované ve [Věstníku č. 17/2023](#),
- komplexní Metodiku dobrovolnictví ve zdravotnictví uveřejněné na internetových stránkách ministerstva. Komplexní podobu [Metodiky](#) tvoří základní text metodiky, 15 tematických manuálů a dokument Administrativa PDZS. U jednotlivých tematických bloků jsou vždy uvedeny konkrétní doporučené metodické dokumenty k danému tématu, které slouží také jako vzdělávací materiály pro účastníky kurzu (za zajištění odpovídá odborný garant kurzu).

Lektoři pracující v rámci svého tematického bloku s organizační strukturou a s procesy v dobrovolnických programech ve zdravotnictví využívají ve výuce k tomu určená organizační schémata, která jsou součástí Metodiky. Současně mohou předkládat i vlastní studijní texty. Své prezentace předkládají na vědomí odbornému garantovi kurzu minimálně 3 týdny před konáním kurzu.

11. Seznam studijních materiálů

1. Metodické doporučení pro přípravu a realizaci dobrovolnictví ve zdravotnictví, Věstník č. 17/2023.
2. Metodika dobrovolnictví ve zdravotnictví – základní text Metodiky a její přílohy:
 - Administrativa PDZS – příloha k Metodice dobrovolnictví ve zdravotnictví
 - Sada 15 tematických manuálů, z nichž každý zpracovává specifické téma, doporučené postupy a příklady dobré praxe
 - TM1 – Organizace a modely řízení programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
 - TM2 – Fáze realizace programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
 - TM3 – Výběr, školení a podpora dobrovolníků v PDZS
 - TM4 – Dobrovolnická činnost pro dětské pacienty
 - TM5 – Dobrovolnická činnost pro dospělé pacienty
 - TM6 – Dobrovolnická činnost na onkologii, v hospicové a paliativní péči
 - TM7 – Dobrovolnická činnost v oblasti péče o duševní zdraví
 - TM8 – Zooterapie v rámci programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
 - TM9 – Firemní dobrovolnictví v rámci programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
 - TM10 – Zapojení dobrovolníků ve zdravotnictví v mimořádných situacích
 - TM11 – Dobrovolnická činnost v podpoře zdraví
 - TM12 – Průvodce kvalitou a bezpečím programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
 - TM13 – Evaluace a efektivita programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
 - TM14 – Komunikační strategie v programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
 - TM15 – Integrovaná koordinace podpůrných programů a aktivit ve zdravotnictví
3. PPT prezentace ke všem výukovým blokům.
4. Jiné materiály dle doporučení lektorů.

(Pozn. Aktuální studijní materiály uvedené výše v bodě 1 a 2 jsou dostupné na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví [zde](#))

Příloha

I. Obsah teoretické části kurzu

Doporučená časová dotace: 32 hodin rozvržených do 4 dnů

Úvodní blok

Doporučená časová dotace: 1 hodina

Obsahuje obecné informace o kurzu a jeho organizaci (tj. průběh, harmonogram teoretické i praktické části; výukové materiály, podmínky ukončení kurzu a obsah závěrečné zkoušky se zadáním zpracování vlastního projektu PDZS). Součástí je i představení účastníků a jejich očekávání od kurzu.

1. tematický blok: Význam, přínos a základní pravidla dobrovolnictví ve zdravotnictví

Doporučená časová dotace: 2 hodiny

Cíl: Vysvětlit roli, význam a přínos zapojení dobrovolníků do činnosti ve zdravotnictví ve vazbě na pravidla a podmínky, které je třeba v zájmu kvality a bezpečí dobrovolnického programu nastavit a dodržovat.

Náplň vzdělávacího programu:

- definice dobrovolnické služby a role dobrovolníka ve zdravotnictví,
- přínos dobrovolnického programu ve zdravotnictví pro pacienty, jejich rodinné příslušníky, a osoby blízké, pro personál PZS, dobrovolníky a veřejnost celkově,
- základní podmínky kvalitní a bezpečné realizace PDZS, kritéria způsobilosti dobrovolníka a pravidla dobrovolnické činnosti v jednotlivých programových liniích PDZS,
- základní rozlišení a definice typů dobrovolnické činnosti – činnost individuální a skupinová, pravidelná a jednorázová, nesespecifické a specifické dobrovolnické aktivity.

Forma výuky: prezentace, interaktivní diskuse, práce ve skupinách.

Doporučené studijní materiály:

- Metodické doporučení pro přípravu a realizaci dobrovolnictví ve zdravotnictví, Věstník č. 17/2023,
- základní text Metodiky, kap. 1 a 2.

2. tematický blok: Právní rámec a etické aspekty PDZS

Doporučená časová dotace: 4 hodiny

Cíl: Výklad a porozumění právním předpisům, které se týkají PDZS, jejich významu a způsobu aplikace v dobrovolnické činnosti; dopady a význam etických aspektů dobrovolnické činnosti.

Náplň vzdělávacího programu:

- legislativní rámec dobrovolnictví ve zdravotnictví, metodická doporučení a jejich závaznost,
- odpovědnost PZS za PDZS, včetně modelu řízení ve spolupráci s externí dobrovolnickou organizací, odpovědnost, práva a povinnosti dobrovolníka ve zdravotních službách, etický kodex dobrovolníka,
- autonomie a práva pacienta, ochrana soukromí, ochrana dat a zacházení s citlivými informacemi v PDZS,
- modelové rizikové situace v PDZS s právními dopady a jejich rozbor (aktivní účast posluchačů pod vedením lektora).

Forma výuky: Prezentace s diskusí, interaktivní rozbor konkrétních modelových situací formou výukového testu řešení modelových situací z praxe¹.

(Pozn. Celý tematický blok je doporučen rozdělit na dvě části po dvou hodinách. Test řešení modelových situací je vhodné zadat v první části tohoto tematického bloku. Rozbor řešení pak je žádoucí zařadit poté, co posluchači absolvují 4. a 5. tematický blok a mají tak už představu, jak dobrovolnická činnost v praxi funguje.)

Doporučené studijní materiály:

- Základní text Metodiky, kap. 10 (Přehled související legislativy) a kapitoly související s tématem v dalších metodických dokumentech.

3. tematický blok: Systém řízení, plánování, příprava a organizace PDZS

Doporučená časová dotace: 3 hodiny

Cíl: Vysvětlit význam přípravy a optimálního nastavení organizace a řízení PDZS pro zajištění kvality a bezpečí jeho realizace:

Náplň vzdělávacího programu:

- význam zapojení vrcholového vedení PZS do strategického řízení, plánování a financování PDZS, do volby programových linií PDZS,
- volba vhodného modelu řízení PDZS, funkční nastavení spolupráce s externí dobrovolnickou organizací a/nebo patientskou organizací, stručné vysvětlení fází vývoje PDZS,
- začlenění PDZS do organizační struktury PZS, realizační tým a klíčové osoby v řízení PDZS (viz příslušné schéma v Metodice),

¹ Test a modelové situace připraví lektor tohoto tematického bloku.

- role KDZS, jeho kompetence a zodpovědnosti v řízení PDZS zejména z hlediska prevence možných dopadů dobrovolnických aktivit na kvalitu a bezpečí zdravotních služeb,
- specifika provozu různých typů pracovišť a oddělení zdravotnického zařízení PZS,
- propagace PDZS ve spolupráci s celkovou strategií PR u PZS.

Forma výuky: kombinace přednášek a interaktivní práce, diskuse.

Doporučené studijní materiály:

- Metodické doporučení pro přípravu a realizaci dobrovolnictví ve zdravotnictví, Věstník č. 17/2023, kap. 3, 4 a 7.3,
- kapitoly 3, 4 a 9 základního textu Metodiky,
- tematické manuály TM1, TM2, TM14.

4. tematický blok: Procesy realizace PDZS a role KDZS

Doporučená časová dotace: 10 hodin

Cíl: Vysvětlit, porozumět a popsat procesy realizace programu dobrovolnictví ve zdravotních službách a roli koordinátorů dobrovolníků ve zdravotních službách.

Náplň vzdělávacího programu:

- popis procesů realizace PDZS, jejich posloupnost a provázanost *(s využitím organizačních schémat z Metodiky)*,
- zajištění informovanosti personálu a provedení analýzy potřeb jednotlivých oddělení a pracovišť ve vztahu k zapojení dobrovolníků,
- propagace a nábor zájemců o PDZS ve vazbě na analýzu potřeb a kritéria výběru, výběr vhodných dobrovolníků, vstupní pohovor a uplatnění bezpečnostního filtru v praxi,
- příprava dobrovolníků na činnost ve zdravotnictví: vstupní školení nových dobrovolníků, školení BOZP, specializovaná nadstavbová školení dobrovolníků dle oboru a typu dobrovolnické činnosti,
- požadavky a nároky na organizační zajištění jednotlivých typů dobrovolnické činnosti, specifika dobrovolnické činnosti v jednotlivých programových liniích,
- základy a podmínky realizace specifické dobrovolnické činnosti v oblasti zooterapie a firemního dobrovolnictví,
- práce koordinátora s dobrovolníky: zahájení dobrovolnické činnosti a vstup dobrovolníka na oddělení, zajištění jednotného označení dobrovolníků a pomůcek pro výkon dobrovolnické činnosti, průběžná podpora a ocenění dobrovolníků, systém supervize,
- administrativa a evidence dat PDZS.

Forma výuky: interaktivní, lektor je průvodce procesem práce KDZS.

Doporučené studijní materiály:

- Metodické doporučení pro přípravu a realizaci dobrovolnictví ve zdravotnictví, Věstník č. 17/2023, kap. 5.,
- základní text Metodiky, kap. 5.,
- administrativa PDZS,
- tematické manuály TM3, volitelně TM1, TM8, TM9, TM10, TM11, TM14.

5. tematický blok: Specifika dobrovolnické činnosti ve vztahu k potřebám pacientů a typu pracoviště

Doporučená časová dotace: 4 hodiny

Cíl: Vysvětlit a popsat jaká jsou specifika a rizika dobrovolnické činnosti ve zdravotnictví.

Náplň vzdělávacího programu:

- specifika a limity dobrovolnických aktivit ve vztahu k typu pacientů (dětský pacient, geriatrický pacient, pacient v terminálním stadiu nemoci, pacient s duševním onemocněním, pacienti s mentálním, smyslovým a chronickým zdravotním postižením aj.),
- příklady dobrovolnických činností v různých oborech a na různých pracovištích,
- spolupráce koordinátora s odborným personálem na specializovaných školeních a přípravě dobrovolníků pro činnost v přímém kontaktu s pacienty na různých typech pracovišť; výhody a limity realizace školení jinou organizací,
- spolupráce s patientskými organizacemi, jejich pozice a způsob výkonu dobrovolnické činnosti.

Forma výuky: Prezentace a interaktivní diskuse k Metodice, tematickým manuálům a zkušenostem z praxe.

Doporučené studijní materiály:

- základní text Metodiky, kap. 2.7.1. a kap. 6.,
- tematické manuály TM4, TM5, TM6, TM7, TM11.

6. tematický blok: Řízení kvality a bezpečí PDZS v návaznosti na řízení kvality zdravotních služeb u PZS

Doporučená časová dotace: 4 hodiny

Cíl: Seznámení s principy zajištění kvality zdravotních služeb a jejich uplatnění při řízení a koordinaci PDZS.

Náplň vzdělávacího programu:

- hlavní zásady řízení a hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, možnosti provázání a aplikace na realizaci PDZS; spolupráce KDZS s manažerem kvality zdravotních služeb,

- systém práce s riziky v PDZS, možnosti jejich prevence a minimalizace,
- sledování spokojenosti s PDZS u pacientů, dobrovolníků a zaměstnanců a příklady použití dalších metod a postupů pro hodnocení kvality a bezpečí PDZS,
- vysvětlení významu vedení administrativy a interní dokumentace ke kvalitě a bezpečí PDZS (jen stručný základ).

Forma výuky: Prezentace s diskusí, s využitím příslušných schémat z TM12 Metodiky.

Doporučené studijní materiály:

- Metodické doporučení pro přípravu a realizaci dobrovolnictví ve zdravotnictví, Věstník č. 17/2023, kap. 6.,
- základní text Metodiky, kap. 7.,
- administrativa PDZS,
- tematický manuál TM12.

7. tematický blok: Evaluace, efektivita a ekonomika PDZS

Doporučená časová dotace: 4 hodiny

Cíl: Seznámení s významem a základními principy evaluace pro získání podkladů a dat důležitých pro rozhodování o dalším směru vývoje PDZS.

Náplň vzdělávacího programu:

- význam evaluace pro plánování a rozvoj PDZS, interní a celostátní úroveň evaluace,
- evaluační systém a evaluační indikátory PDZS,
- role KDZS v procesu evaluace, sběr a evidence dat, vedení interní databáze PDZS, vykazování dat do celostátní statistiky prostřednictvím formulářů ÚZIS,
- hodnocení efektivit PDZS z hlediska přínosu pro pacienty a PZS, možnosti systému indikátorových karet,
- pohled na ekonomiku PDZS s využitím konceptu Balanced Scorecard,
- fundraising a sponzoring v realizaci PDZS.

Forma výuky: Prezentace s výkladem a diskuse k jednotlivým tématům.

Doporučené studijní materiály:

- Metodické doporučení pro přípravu a realizaci dobrovolnictví ve zdravotnictví, Věstník č. 17/2023, kap. 7.,
- základní text Metodiky, kap. 8 a 9.,
- tematický manuál TM13,
- dokument „Interní databáze“ dostupné na internetových stránkách MZ.

II. Obsah praktické části kurzu

Doporučená časová dotace praxe: 40 hodin rozvržených do 5 dnů

Cíl: Získání informací o náplni práce koordinátora a fungování dobrovolnického programu v praxi zdravotnického zařízení poskytovatele zdravotních služeb.

Obsahová náplň:

Navazuje na teoretickou část a obsahuje následující tematické oblasti:

1. Seznámení s koncepcí dobrovolnického programu a fungováním dobrovolnického centra u PZS

- pozice dobrovolnického programu a dobrovolnického centra v organizační struktuře PZS,
- představení a zdůvodnění zvoleného modelu řízení PDZS v případě spolupráce s externí dobrovolnickou organizací (případně i s patientskou organizací), seznámení s rozdělením kompetencí a zodpovědností mezi spolupracujícími subjekty,
- představení související dokumentace (zpracovaný popis PDZS, vnitřní předpisy/směrnice k realizaci PDZS, pojištění, rámcově smlouvy atd.),
- personální obsazení realizačního týmu PDZS, podrobné seznámení s náplní a výkonem práce koordinátora dobrovolníků vzhledem k nárokům koordinace daného PDZS (tj. vzhledem k aktuálnímu rozsahu PDZS, zastoupeným programovým liniím a typům realizované dobrovolnické činnosti, počtu dobrovolníků, počtu zapojených pracovišť aj.),
- role a fungování kontaktních osob, spolupráce s personálem při analýze potřeb a sledování spokojenosti s výkonem dobrovolnické činnosti,
- zajišťování informovanosti o PDZS, propagace směrem dovnitř PZS a směrem k veřejnosti, způsob nábory nových dobrovolníků.

2. Systém práce s riziky, nábor nových dobrovolníků a vstupní pohovor se zájemcem o dobrovolnictví. Administrativa PDZS

- seznámení s nastavením práce s riziky PDZS v praxi, spolupráce koordinátora s manažerem kvality, včetně nastavení auditů,
- nastavení kritérií pro výběr vhodných dobrovolníků pro konkrétní PDZS, vazba na analýzu potřeb oddělení, definovaná rizika a zajištění kvality a bezpečí PDZS,
- seznámení s průběhem prvního kontaktu a vstupního pohovoru se zájemcem o dobrovolnictví, zjišťování motivace zájemce a jeho očekávání v praxi, rozpoznání rizikového dobrovolníka, způsob práce s bezpečnostními filtry,
- přehled administrativy spojené s koordinací PDZS a seznámení se způsobem vedení interní databáze – evidence dat potřebných pro evaluaci, interní řízení PDZS a pro vyplnění formulářů ÚZIS do celostátní statistiky dobrovolnictví ve zdravotnictví.

3. Školení dobrovolníků

- seznámení s celým procesem přípravy a realizace vstupního školení nových dobrovolníků, zvolenou formou školení (individuální/skupinová) a jeho délkou (počet hodin),
- představení obsahu vstupního školení by mělo zahrnovat:
 - a) seznámení s informacemi, které by měli dobrovolníci při vstupním školení získat (náplň a pravidla dobrovolnické činnosti ve zdravotnictví, vysvětlení hranice dobrovolnické role ve vztahu k pacientům, rodinným příslušníkům a ve vztahu k personálu PZS, vysvětlení smyslu bezpečnostních opatření, tj. závazek mlčenlivosti dobrovolníka, význam vyplňování Docházkového listu, čestného prohlášení o zdravotním stavu dobrovolníka, význam identifikace a označení dobrovolníka atd.),
 - b) výběr klíčových modelových situací a význam hraní rolí při vstupním školení, vhodné je názorné představení účastníkům.
- seznámení se způsobem získávání zpětných vazeb na vstupní školení, jejich zpracováním a dalším využitím pro evaluaci PDZS.
(Forma předání informací o vstupním školení by měla zahrnovat i praktické vyzkoušení role zájemců o dobrovolnictví a role školitelů ze strany účastníků kurzu)
- seznámení se systémem nadstavbových školení pro dobrovolníky (včetně způsobu realizace vzdělávání dobrovolníků v základech laické první pomoci).

4. Specifické dobrovolnické aktivity v PDZS, návštěva na vybraném oddělení/pracovišti

- praktické využití zvířat v dobrovolnické činnosti (animoterapie/zooterapie),
- seznámení se způsobem organizací jednorázových akcí v rámci PDZS (příklady osvědčených akcí), organizace aktivit firemního dobrovolnictví,
- jiné možnosti zapojení dobrovolníků v rámci PDZS (dobrovolnické aktivity bez přímého kontaktu s pacienty v liniích B, C, D (podrobněji vizte ve Věstníku MZ č. 17/2023, kapitola 2.3.), propagační a fundraisingové akce na podporu PDZS apod.), návštěva na vybraném oddělení s koordinátorem dobrovolníků a krátké setkání s kontaktní osobou na tomto oddělení slouží k seznámení s procesy nutnými k výkonu dobrovolnické činnosti na daném typu pracoviště,
- seznámení s označením dobrovolníka (pracovní oděv, jmenovka), uložení Registračních karet dobrovolníků na oddělení, vyplňování Docházkového listu dobrovolníků, komunikace dobrovolníka s personálem,

- návštěva na oddělení pro dospělé nebo dětské pacienty v doprovodu zkušeného dobrovolníka ukáže účastníkům kurzu úhel pohledu dobrovolníka na postupy při realizaci dobrovolnické činnosti, zpětná vazba a vyhodnocení návštěvy na oddělení od účastníků kurzu.

5. Systém podpory dobrovolníků Evaluace, financování a plánování PDZS

- seznámení se systémem podpory dobrovolníků:
 - a) supervize dobrovolníků (forma, frekvence, nároky na organizaci), spolupráce s externím supervizorem. Může být zařazena „modelová skupinová supervize se supervizorem“, při které budou účastníci v roli supervidovaných dobrovolníků,
 - b) podpora ze strany koordinátora, intervize a jiné způsoby používané podpory,
 - c) osvědčený způsob oceňování dobrovolníků,
- používané způsoby hodnocení spokojenosti s PDZS (ze strany pacientů/rodinných příslušníků, personálu, dobrovolníků), proces hodnocení PDZS v praxi (jaké typy informací a zpětných vazeb jsou využívány pro evaluaci PDZS,
- využívání evaluace pro plánování PDZS na další období, systém projektové práce a jeho využití (vyzkoušení nového typu dobrovolnické činnosti, získávání finančních prostředků aj.), fundraising – co se v praxi osvědčuje.

III. Obsah závěrečného diskusního a interaktivního bloku

Závěrečný diskusní a interaktivní blok následuje po ukončení praktické části a uzavírá teoretickou i praktickou část kurzu. Za vedení a koordinaci této části zodpovídá odborný garant, nicméně k vedení jednotlivých témat může pověřit erudovaného zástupce pro danou oblast.

Doporučená časová dotace: 8 hodin

Cíl: Poskytnout prostor k diskusi a reflexi pozice koordinátora dobrovolníků, která byla v kurzu představena.

Doporučená témata:

- Pohled na **význam projektového řízení v koordinaci PDZS** po absolvování teoretické a praktické části kurzu, diskuse a možnost doplnění informací ke způsobu zpracování projektu k závěrečné zkoušce.
- **Nejčastější riziková místa v PDZS z aktuálního pohledu účastníků kurzu**, způsoby jejich řešení a prevence.
- **Předpoklady úspěšného zvládnutí role koordinátora dobrovolníků ve zdravotnictví** z aktuálního pohledu účastníků kurzu a v kontextu jejich očekávání.
- **Další vzdělávání a supervizní podpora koordinátora dobrovolníků ve zdravotnictví**, metodická podpora ze strany Ministerstva zdravotnictví.
- **Národní program dobrovolnictví ve zdravotnictví**, fungování Pracovní skupiny pro dobrovolnictví ve zdravotnictví při MZ.
- Celkové zhodnocení **naplnění vstupních očekávání od kurzu**.

Forma výuky: Moderovaná diskuse, interaktivní skupinová práce s návaznou diskusí.

OZNÁMENÍ

o vydání Českého lékopisu 2023 – Doplněk 2024

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, na základě zmocnění v § 11 písm. c) a d) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, oznamuje vydání Českého lékopisu 2023 – Doplněk 2024, podle kterého se závazně postupuje od 1. září 2024.

Český lékopis 2023 – Doplněk 2024 vydalo nakladatelství GRADA Publishing, a.s., se sídlem U Průhonu 22, Praha 7, které zajistí jeho distribuci v průběhu měsíce srpna 2024.

Ministr:

prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, EBIR, v. r.

PRACOVISŤE PRO SCREENINGOVOU KOLONOSKOPII V PROGRAMU SCREENINGU KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Výzva k podání žádosti o udělení statutu pracoviště pro screeningovou kolonoskopii v programu screeningu kolorektálního karcinomu podle § 113d zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů – 4. kolo

ČÁST 1

Kontext

Rakovina tlustého střeva a konečníku je jednou z nejčastějších onkologických diagnóz ve všech vyspělých státech.

Screeningem kolorektálního karcinomu (KRK) rozumíme organizované, kontinuální a vyhodnocované úsilí o časný záchyt prekursorových lézí a zhoubných nádorů kolorekta pomocí preventivních vyšetření u asymptomatických (bezpříznakových) jedinců nad 50 let věku. Vyšetřeními jsou testy na okultní krvácení ve stolici (TOKS), prováděné ve věku od 50 do 54 let věku v jednoročním intervalu a od 55 let věku ve dvouletém intervalu. V případě positivity testu následuje TOKS – pozitivní kolonoskopie. Dalším vyšetřením je screeningová kolonoskopie, která je prováděná od věku 50 let a může být v intervalu 10 let zopakována. TOKS – pozitivní kolonoskopie a screeningová kolonoskopie jsou souhrnně označovány jako preventivní kolonoskopie.

Cílem screeningu je zvýšení časnosti záchytu prekursorových lézí (pokročilých adenomů) a zhoubných nádorů kolorekta a zvýšení podílu časných stádií kolorektálního karcinomu na úkor stádií pokročilých, což vede ke snížení incidence a mortality na toto onemocnění. Dalšími cíli jsou redukce paliativních, nekurativních operací u pokročilých stádií onemocnění a dalších chirurgických či endoskopických paliativních výkonů u neresekabilních nádorů.

ČÁST 2

Výzva k podání žádosti o udělení statutu pracoviště pro screeningovou kolonoskopii v programu screeningu kolorektálního karcinomu

Čl. 1

Základní podmínky pro udělení statutu pracoviště pro screeningovou kolonoskopii v programu screeningu kolorektálního karcinomu

1.1 Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen „MZ ČR“) tímto uveřejňuje výzvu k podání žádosti o udělení statutu pracoviště pro screeningovou kolonoskopii v programu screeningu kolorektálního karcinomu (dále také jen „screeningové pracoviště“) podle §113d zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

1.2 Požadavky na technické a věcné vybavení pracoviště uchazeče o udělení statutu, požadavky na personální zabezpečení a další požadavky nezbytné pro udělení statutu screeningového pracoviště musí být splněny ke dni podání žádosti o udělení statutu a po celou

dobu jeho platnosti. Platné požadavky jsou vždy uvedeny v aktuálně platné verzi Standardu pro poskytování a vykazování screeningu nádorů kolorekta v České republice, který je uveřejněn na webových stránkách MZ ČR.

1.3 Územím, pro které má být zdravotní péče ve screeningu kolorektálního karcinomu poskytována, je Česká republika.

1.4 Statut screeningového pracoviště bude udělen na dobu do 31. 12. 2026.

1.5 Žádost se stanovenými přílohami se předkládá MZ ČR na adresu: Ministerstvo zdravotnictví, Odbor zdravotní péče, Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2, a to ve lhůtě do 30 kalendářních dnů od zveřejnění této výzvy. Lhůta pro podání žádosti je zachována, je-li posledním dnem lhůty žádost podána k poštovní přepravě. Bude-li žádost podána prostřednictvím datové schránky, považuje se žádost za včasně podanou, je-li nejpozději poslední den lhůty dodána do datové schránky MZ ČR.

1.6 Pro tento účel se doporučuje použít formulář žádosti o udělení statutu screeningového pracoviště uvedený v příloze č. 1 k této výzvě.

Čl. 2

Organizace a řízení screeningového programu

Screeningový program centrálně řídí na celostátní úrovni MZ ČR prostřednictvím Komise pro program screeningu kolorektálního karcinomu. Podporuje časný záchyt kolorektálních nádorů, zabezpečuje správné provádění screeningu a optimalizaci sítě screeningových pracovišť a zajišťuje interdisciplinární spolupráci odborníků, zabývajících se problematikou diagnostiky kolorektálních nádorů.

ČÁST 3

Podmínky pro udělení statutu screeningového pracoviště

Čl. 3

Požadavky na minimální technické a věcné vybavení screeningového (endoskopického) pracoviště na jednu vyšetřovnu

Screeningové pracoviště zabezpečí, aby používané zdravotnické prostředky odpovídaly ustanovením zákona č. 375/2022 Sb., o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, a také vyhláše č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

- a) Kolonoskop
- b) Procesor a zdroj studeného světla
- c) Odsávací zařízení
- d) Elektrochirurgická jednotka (generátor)
- e) Akcesoria umožňující provádění odběru biopsií a odstranění polypů
- f) Ruční nebo automatický dezinfektor

Čl. 4

Požadavky na personální zabezpečení

a) lékař

- lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gastroenterologie, chirurgie nebo vnitřní lékařství a s licencií F 002 pro provádění kolonoskopie a metody endoskopické polypektomie – úvazek 1,0

b) všeobecná sestra

- všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí – úvazek 1,0

Čl. 5

Požadavky na počty provedených vyšetření

5.1 Pracoviště musí prokázat provedení nejméně 1000 kolonoskopií (zdravotní výkony 15101, 15103, 15105, 15107, 15404, 15403) a 250 terapeutických výkonů při kolonoskopii, tzn. endoskopických polypektomií (EPE, 15950) a/nebo endoskopických mukočních resekcí (EMR, 15475) za rok.

5.2 V případě nesplnění podmínek dle předešlého odstavce se vychází z počtu kolonoskopií a endoskopických polypektomií na jednoho endoskopistu. Minimálním počtem je provedení 200 kolonoskopií a 50 terapeutických výkonů při kolonoskopii, tzn. endoskopických polypektomií (EPE, zdravotní výkon 15950) a/nebo endoskopických mukočních resekcí (EMR, zdravotní výkon 15475) za rok na jednoho endoskopistu.

5.3 Každé screeningové pracoviště provede a vykáže ročně nejméně 100 preventivních kolonoskopií.

Čl. 6

Zajištění komplementu a související péče

Screeningové pracoviště má smluvně zajištěno:

- a) provedení endoskopického vyšetření v rámci nepřetržitého provozu (především k endoskopickému řešení případné komplikace předchozí kolonoskopie, zejména pozdního krvácení po endoskopické terapii),
- b) možnost přijmout pacienta s endoskopickou komplikací na lůžkové oddělení,
- c) bezprostřední návaznost na chirurgické pracoviště (k chirurgickému řešení případné komplikace předchozí kolonoskopie).

Čl. 7

Sledování a vyhodnocování činnosti screeningového programu (datový audit)

7.1 Koordinací datového auditu screeningového programu je pověřen Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen „ÚZIS ČR“), který spravuje Národní zdravotnický informační systém určený mimo jiné k hodnocení programů prevence vážných onemocnění.

7.2 Centrální sběr dat ze screeningových pracovišť dále provádí Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Kamenice 126/3, 625 00 Brno (dále jen „IBA LF MU“), kterému screeningová pracoviště předávají data na základě písemné smlouvy.

7.3 ÚZIS ČR v součinnosti s IBA LF MU a MZ ČR zveřejňuje Metodiku pro provádění datového auditu (dále jen „Metodika“), specifikující proces sběru dat a výpočet ukazatelů kvality a výkonnosti.

7.4 Screeningová pracoviště předávají pravidelně údaje k centrálnímu zpracování náležitou formou v souladu s Metodikou. Screeningová pracoviště jsou povinna doložit výsledky datového auditu screeningu kolorektálního karcinomu a hodnoty indikátorů kvality a výkonnosti v období jeho činnosti v programu screeningu kolorektálního karcinomu.

Čl. 8

Kontrola kvality poskytované zdravotní péče a výkonnosti pracoviště

8.1 Screeningové pracoviště sleduje, zaznamenává a elektronickou cestou (formou předdefinovaných formulářů na internetové adrese <https://crca.data-warehousing.net>) odesílá požadované údaje k centrálnímu zpracování, mezi které patří zejména:

Formulář Osobní údaje subjektu:

- a) datum narození,
- b) pohlaví,
- c) adresa trvalého bydliště (okres, obec, PSČ),
- d) zdravotní pojišťovna.

Formulář Vyšetření subjektu:

- a) test na okultní krvácení: datum (měsíc, rok), IČZ ordinace, jméno lékaře,
- b) kolonoskopie: datum, jméno lékaře, údaj o totální kolonoskopii,
- c) stupeň střevní očisty dle Bostonské škály (BBPS – Boston Bowel Preparation Scale),
- d) počty nalezených a odstraněných polypů,
- e) komplikace kolonoskopie: perforace,
- f) komplikace terapeutického výkonu: perforace, krvácení,
- g) výsledek vyšetření,
- h) podrobný popis nalezených adenomů,
- i) podrobný popis nalezených karcinomů.

8.2 Každé screeningové pracoviště musí splňovat následující indikátory kvality, které budou v pravidelných intervalech hodnoceny MZ ČR na základě dat z Registru preventivních kolonoskopií (dále jen „Registr“):

- a) provedení a zadání minimálně 100 preventivních kolonoskopií (TOKS-pozitivní nebo screeningové kolonoskopie) za jeden kalendářní rok,
- b) adekvátní střevní očista dle BBPS u ≥ 90 % preventivních kolonoskopií,
- c) podíl totálních kolonoskopií (dosažení céka potvrzené foto/videodokumentací) u ≥ 95 % preventivních kolonoskopií,
- d) záchyt adenomových polypů (adenoma detection rate, ADR) celkem ≥ 25 %,
- e) záchyt adenomových polypů (adenoma detection rate, ADR) u mužů ≥ 30 %,

- f) záchyt adenomových polypů (adenoma detection rate, ADR) u žen ≥ 20 %,
- g) sledování a vykazování komplikací (krvácení, perforace) do Registru.

Čl. 9

Za zásadní kritéria pro udělení statutu MZ ČR považuje

- a) personální zabezpečení screeningového pracoviště,
- b) počet preventivních kolonoskopií 100 za rok 2021 nebo 2022 nebo 2023 zadaných do Registru,
- c) věcné a technické vybavení.

Příloha č. 1

**Ministerstvo zdravotnictví ČR – Komise pro program screeningu
kolorektálního karcinomu****Žádost o udělení statutu pracoviště pro screeningovou
kolonoskopii v programu screeningu kolorektálního karcinomu**

Poskytovatel zdravotních služeb

.....

Pracoviště

.....

Úplná adresa místa poskytování zdravotní služby

.....

.....

IČ

.....

IČZ

.....

IČP

.....

Statutární orgán

.....

Žádám o udělení statutu pracoviště pro screeningovou kolonoskopii v programu screeningu kolorektálního karcinomu. Svým podpisem na této žádosti potvrzuji, že všechny údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé. Dále se zavazuji, že:

- umožním na vyžádání zástupcům Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen „MZ ČR“), členům Komise a jí jmenovaným regionálním koordinátorům screeningu uvedené údaje zkontrolovat,
- zajistím dodržování všech podmínek a kritérií programu podle aktuálně platné verze Standardu při poskytování a vykazování screeningu nádorů kolorekta v České republice.

Dále se zavazuji, že:

- zajistím sběr a předávání údajů o screeningovém procesu pro centrální zpracování v souladu s metodikou vydanou Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen „ÚZIS ČR“),

- souhlasím, aby ÚZIS ČR poskytl údaje, které vede v Národním zdravotnickém informačním systému o poskytovateli zdravotních služeb, jehož jsem statutárním zástupcem MZ ČR, Komisi a jí jmenovaným regionálním koordinátorům screeningů za účelem hodnocení této žádosti, či kontrolu plnění podmínek dle Výzvy v budoucnu,
- souhlasím, aby Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity poskytl souhrnné statistické informace o činnosti poskytovatele zdravotních služeb, jehož jsem statutárním zástupcem, MZ ČR, Komisi a jí jmenovaným regionálním koordinátorům screeningů za účelem hodnocení této žádosti, či kontrolu plnění podmínek dle Výzvy v budoucnu.

Podpis statutárního orgánu a razítko PZS

V.....dne

Vyplněnou a podepsanou žádost zašlete na adresu: Ministerstvo zdravotnictví ČR, OZP, Palackého nám. 375/4, 128 00 Praha 2, nebo datovou schránkou MZ ČR.

Přílohy k žádosti poskytovatele zdravotních služeb o udělení statutu pracoviště pro screeningovou kolonoskopii v programu screeningů kolorektálního karcinomu

1. Údaje o rozsahu a objemu poskytované zdravotní péče, kterou je uchazeč o udělení statutu pracoviště pro screeningovou kolonoskopii v programu screeningů kolorektálního karcinomu (dále jen „screeningové pracoviště“) schopen zajistit.
2. Údaje o technickém a věcném vybavení pracoviště uchazeče o udělení statutu screeningového pracoviště, v němž má být zdravotní péče poskytována, a o jejím personálním zabezpečení.
3. Prohlášení uchazeče o udělení statutu screeningového pracoviště, že je schopen splnit požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení pro poskytování kolorektálního screeningů a požadavky na personální zabezpečení této zdravotní péče v rozsahu a ve lhůtě uvedených ve výzvě. Požadavky na technické a věcné vybavení a personální zabezpečení je uchazeč o udělení statutu screeningového pracoviště povinen plnit po celou dobu platnosti statutu.
4. Osobní údaje vedoucího pracovníka screeningového pracoviště – jméno a příjmení, kopie dokladu o jeho nejvyšší dosažené kvalifikaci a údaje o výši jeho pracovního úvazku.
5. Vymezení území, pro které je uchazeč o statut screeningového pracoviště schopen zajistit poskytování kolorektálního screeningů.
6. Údaje o počtu provedených vyšetření a zákroků v rámci pracoviště uchazeče o statut screeningového pracoviště v intervalu od 1. 1. do 31. 12. roku 2021 nebo 2022 nebo 2023.

Metodický návod
k zajištění jednotného postupu při posuzování a uznávání
COVID-19 jako nemoci z povolání

Klinická část

Ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ ČR) vydává tento metodický návod pro zpřesnění a sjednocení postupů středisek nemocí z povolání při posuzování a uznávání covid-19 jako nemoci z povolání podle Kapitoly V položky č. 1 nebo Kapitoly V položky č. 3 přílohy k nařízení vlády č. 290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznam“). Cílem této klinické části je definovat klinickou podmínku, jejíž součástí je i laboratorní vyšetření.

Čl. I

Obecná ustanovení

- 1) Onemocnění označované jako covid-19 je vysoce infekční onemocnění způsobené koronavirem SARS-CoV-2 přenosné z člověka na člověka. Vznik onemocnění v souvislosti s výkonem práce je možný.
- 2) Ohrožení nemocí z povolání se u covid-19 neuznává.

Čl. II

Vymezení některých pojmů

Pro účely tohoto metodického návodu se rozumí:

- 1) **Střediskem nemocí z povolání** zdravotnické zařízení, kterému MZ ČR udělilo dle zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, povolení k uznávání nemocí z povolání (dále jen „Středisko“).
- 2) **Nemocí z povolání** nemoc vznikající nepříznivým působením chemických, fyzikálních, biologických nebo jiných škodlivých vlivů, pokud vznikla za podmínek uvedených v Seznamu. Nemoci z povolání se rozumí též akutní otrava vznikající nepříznivým působením chemických látek. Nemoci z povolání jsou uvedeny v Seznamu.
- 3) **Ohrožením nemocí z povolání** takové změny zdravotního stavu, jež vznikly při výkonu práce nepříznivým působením podmínek, za nichž vznikají nemoci z povolání, avšak nedosahují takového stupně poškození zdravotního stavu, který lze posoudit jako nemoc z povolání, a další výkon práce za stejných podmínek by vedl ke vzniku nemoci z povolání.

Čl. III

Pro uznání covid-19 za nemoc z povolání musí být splněny minimálně tato klinická podmínka:

- 1) onemocnění musí proběhnout s klinickými příznaky zjištěnými lékařem a
- 2) musí být potvrzeno laboratorním vyšetřením.

Za jednoznačný laboratorní průkaz etiologie onemocnění se považuje vyšetření diagnostickou soupravou na principu polymerázové řetězové reakce (PCR) nebo antigenní test konfirmovaný PCR. Antigenní test i PCR test musí být výrobcem určeny pro profesionální použití a provedeny ve zdravotnickém zařízení.

Čl. IV

Tento metodický návod se vztahuje na posuzované případy onemocnění covid-19 laboratorně potvrzené ode dne zveřejnění tohoto metodického návodu ve Věstníku MZ ČR.

