



**АГЕНЦИЈА ЗА КВАЛИТЕТ И АКРЕДИТАЦИЈА НА
ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСТАНОВИ**

**СТАНДАРДИ ЗА АКРЕДИТАЦИЈА
НА ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ**

Скопје, 2016 година

Агенција за квалитет и акредитација на здравствените установи
Елизабета Зисовска, Лирим Исахи, Едита Исахи

СОДРЖИНА

ВОВЕД	4
Унапредување на квалитетот на здравствената заштита	5
Хронологија на развивање на стандардите за акредитација	7
Содржина на стандардите	8
ФОРМА НА СТАНДАРДИТЕ	10
Постапка на самооценување и надворешно оценување	10
РАКОВОДЕЊЕ И УПРАВУВАЊЕ (РУ)	12
ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ (ЧР)	21
УПРАВУВАЊЕ СО ИНФОРМАЦИИ (УИ)	25
УПРАВУВАЊЕ СО РИЗИК И БЕЗБЕДНОСТ НА ПАЦИЕНТИ (УРБП)	28
ЛЕКУВАЊЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ	48
СПЕЦИФИЧНИ КЛИНИЧКИ УСЛУГИ (СКУ)	55
Прилог број 1	82

ВОВЕД

Акредитацијата на здравствените установи, согласно член 240 од Законот за здравствената заштита, претставува постапка на оценување на работата на здравствените установи врз основа на примена на оптимално ниво на однапред утврдени стандарди за работа на здравствените установи во одредена област на здравствената заштита, односно гранка на медицината.

Постојат повеќе цели на акредитација, помеѓу кои како најважни се издвојуваат: постојаното унапредување на квалитетот на работата, зголемување на безбедноста на пациентите, создавање на еднакви или приближни услови за пружање на здравствени услуги во целиот систем на здравствена заштита како и зголемување на довербата на корисниците во рамки на системот за здравствена заштита.

Со донесување на Законот за здравствената заштита во 2012 година, создадени беа законски услови за основање на Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи.

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи има за задача да ги утврди стандардите за акредитација на здравствените установи, да го оцени квалитетот на пружената здравствена заштита, да одлучува во управни работи поврзани со процесот на акредитација на здравствените установи, да издава сертификати за акредитација и да води нивна евиденција.

Во рамките на процесот на акредитација се спроведува самооценување на здравствените установи, надворешно оценување на нивната работа и доделување на акредитацискиот статус.

Постапката на акредитација се изведува врз основа на однапред осмислен план за успешно реализирање на сите фази на акредитациската постапка. Планирањето на акредитацијата подразбира подготовка на здравствената установа за акредитација, самооценување, акредитациска посета во рамки на која се врши надворешно оценување и повторените посети кои се вршат поради следење.

Квалитетот на здравствената заштита го опфаќа дефинирањето на атрибутите и критериумите кои го одредуваат тој квалитет. Квалитетот на здравствената заштита е сочинет од различни видови на активности кои можат да се поделат на три меѓусебно поврзани компоненти:

- технички аспект на заштитата кој се однесува на примена на медицинските знаења и технологии на начин кој ја зголемува користа за пациентите, а истовремено го намалува ризикот;

- организацискиот аспект на заштита ги подразбира достапноста и благовременоста на пружената здравствена заштита;

- додека пак интерперсоналниот аспект на квалитетот на здравствената заштита ги вклучува социјалните и психолошките аспекти на интеракција помеѓу здравствените работници како и нивната комуникација и интеракција со корисниците на здравствените услуги односно пациентите.

Најголемиот предизвик за постојаното унапредување на квалитетот на здравствената заштита е систематскиот пристап на неговото мерење. Мерењето на квалитетот овозможува подобро да се сфати што подразбира квалитетот во било кој посебен контекст. Тој е еден релативно едноставен напор кој почнува со одлуката што да се мери, со идентификување на адекватни индикатори заедно со изворот на податоци за нивно обезбедување, продолжува со анализа, синтеза и разбирање на целиот процес, а завршува со дистрибуција на резултатите.

Во Република Македонија со Законот за здравствената заштита, создадени се услови за формирање на индикаторите за квалитет, формирање на комисии за постојано унапредување на квалитетот на здравствената заштита како и

одредување на принцип на задолжителна акредитација на здравствените установи како системска проценка на здравствените установи по однос на експлицитните стандарди кои ја вршат експерти надвор од здравствената установа.

Агенцијата за квалитет и акредитација создава услови за евалуација и препознавање на установите кои ги задоволуваат претходно утврдените стандарди.

Една од поважните димензии на постојаното унапредување на квалитет е развојот на здравствениот систем кој е насочен кон корисникот/пациентот и неговата безбедност во рамки на тој здравствен систем. Неговото место и улога хронолошки гледано, значајно се изменети низ самиот развој на концептот на квалитет на здравствена заштита, при што пациентот од личност која без приговор ги слуша и се покорува на упатствата и советите на лекарите се трансформира во личност која превзема одговорност за сопственото здравје и користи бројни услуги со цел превенција од болести па се до рамноправен информиран партнер при донесување на одлуки за сопственото здравје.

УНАПРЕДУВАЊЕ НА КВАЛИТЕТОТ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Квалитетот на здравствената заштита е препознаен како една од најважните карактеристики на системот за здравствена заштита, како во државниот така и во приватниот сектор. Постојаното унапредување на квалитетот (во понатамошниот текст ПУК) на работењето и безбедноста на пациентите се составни делови на секојдневните активности на здравствените работници и на сите останати вработени во здравствениот систем. ПУК преставува континуиран процес чијашто цел е постигнување на повисоко ниво на ефикасност и успешност во работата, како и поголемо задоволство на корисниците на здравствени услуги и оние кои ги пружаат тие здравствени услуги.

ПУК бара воведување на култура на квалитет која подеднакво ќе ги вклучи сите засегнати страни - корисниците, пружателите на здравствените услуги, финансиските поддржувачи на здравствениот систем и креаторите на здравствените политики. Досегашното традиционално сфаќање дека здравствените работници како непосредни пружатели на здравствените услуги се единствените одговорни за квалитетот на пружената здравствена заштита, се заменува со новиот пристап кој го препознава значењето на организацијата како целина, а особено улогата на менаџментот, како и целокупниот процес на работа наспроти поединечното извршување во задоволување на потребите на корисниците.

Стратегијата на АКАЗУМ за унапредување на квалитетот на здравствената заштита и безбедноста на пациентите чија цел е постигнување на повисоко ниво на квалитетот на работата и безбедноста на пациентите, се дефинира врз основа на следните стратешки цели:

- Создавање на услови кои ќе овозможат пациентот да биде во центарот на системот за здравствена заштита;
- Унапредување на стручната работа на здравствените работници врз основа на развивање на специфични знаења и вештини, а во насока на подигнување на свеста за значењето на ПУК на здравствената заштита;
- Создавање на услови кои ќе промовираат култура за ПУК на здравствената заштита и безбедност на пациентите во рамки на здравствените установи;
- Обезбедување на сигурност, безбедност и исплатливост на здравствените технологии;
- Обезбедување на финансиски стимул за ПУК на здравствената заштита и безбедност на пациентите.

ПУК на здравствената заштита се заснова на вредностите кои се вградени во концептот за квалитетот на работата и последователно, усвоената секојдневна пракса на здравствените установи:

- Насоченост кон корисникот-пациентот,
- Безбедност,
- Делотворност,
- Правовременост,
- Ефикасност,
- Правичност.

За постигнување и реализација на секој од принципите на ПУК потребно е да се дефинираат стандарди и индикатори за три основни аспекти на здравствената заштита, а тоа се: структура, процес и исход.

Основниот фокус при пружање на здравствена заштита во рамки на здравствените установи е насочен кон постојаното унапредување на квалитетот на здравствената заштита, при што е неопходно да се води сметка за неколку фактори кои придонесуваат за реализација на истиот. Тоа пред сè подразбира водење сметка за правата и обврските на пациентите, воспоставување на систем за управување со ризик и безбедност на пациентите.

Во долгиот список човекови права најзначајно место опфаќаат правата на пациентот кои пред сè се однесуваат на неговото право на живот и здравје. Од истото произлегува обврска на докторите да се грижат за здравјето и животот на пациентот и воедно да водат грижа и да ја почитуваат неговата автономија, достоинство и правото да одлучува за сопственото тело. Сите овие права и обврски произлегуваат од законските прописи и судската пракса која се спроведува во сите цивилизирани земји во кои спаѓа и нашата.

Менаџментот со ризик по однос на здравјето на пациентите е важна компонента во рамки на унапредувањето на квалитетот. Се однесува на создавање на безбедна средина во рамки на здравствената установа кој ќе придонесе во унапредување на здравјето на пациентот и намалување на ризиците кои би влијаеле на неговата безбедност при користење на здравствените услуги.

Основна задача на здравствените работници и раководството во рамки на здравствените установи е да утврдат програми, стратегии и политики на менаџмент со ризик на ниво на установата, при што истите ќе бидат достапни за сите и со нив ќе бидат запознаени како пациентите така и нивните семејства. Со имплементирање на системот за управување со ризик ќе се овозможи зголемување на нивото на безбедност како на пружателите така и на корисниците на здравствените услуги, ќе се придонесе до зголемување на нивото на квалитет на услугите како и до зголемување на угледот на здравствената установа.

Планирањето при раководење, во основа вклучува донесување на одлуки во врска со идните активности и цели на службите и како истите можат да се постигнат. Процесот на донесување на одлуки подразбира: дефинирање на проблемите, прибирање на информации, креирање на алтернативни решенија, избор на најдобра алтернатива, планирање на акција, превземање на акција и вреднување на добиените резултати.

Успешноста во сите сегменти во развојот на институцијата зависи од планирањето со оглед на тоа што истото подразбира селекција на едно од повеќето понудени алтернативни решенија. Стратешкото планирање на институцијата претставува и основна функција на стартешкиот менаџмент кој се базира на дефинирање, имплементација и евалуација на функционални одлуки кои ќе ѝ овозможат на организацијата да ги постигне своите цели.

Стратешкото планирање како збир на активности на донесување на одлуки е периодичен процес на развој на една организација за да може истата да ја исполни својата мисија и визија со помош на употреба на стратешкиот начин на размислување.

Стратешкото планирање вклучува периодични сесии на тимска работа, бара податоци и информации за установата како и докази кои прилегуваат од истражувањата спроведени од страна на здравствените организации.

Стратешкото планирање ја наметнува потребата за прилагодување на организацијата кон барањата на средината како резултат на што произлегува стратешкото планирање. Основата за имплементација на стратешкиот план е резултат на интеракција помеѓу надворешната средина, внатрешните ресурси и подготвеноста и способноста на главните менаџери.

ХРОНОЛОГИЈА НА РАЗВИВАЊЕ НА СТАНДАРДИТЕ ЗА АКРЕДИТАЦИЈА

Дефинирањето на стандардите како значаен дел од процесот на акредитација започнува со донесување на Решение за формирање на работна група од претставници на Министерство за здравство во 2010 година. Целта на формирањето на оваа работна група била да ги отпочне подготвителните активности со воспоставување на систем за унапредување на квалитетот во здравството, во тие рамки и процесот на акредитација и развивање на стандардите за акредитација. Во мај истата година е изработен првиот предлог-сет на стандарди врз основа на принципите на International Society for Quality of Healthcare (ISQ-ua) за стандарди за акредитација, базирани на современите европски и светски концепти. Со цел иницијална проценка на нивната применливост во рамките на националниот здравствен систем, оваа верзија на стандардите е дистрибуирана во 40 јавни здравствени установи, после што овој сет на стандарди беа пилотирани во 12 болници.

Поради поефикасна координација на активностите поврзани со унапредување на квалитетот на здравствената заштита, во рамките на Министерството за здравство во декември 2010 година е формиран Сектор за следење и унапредување на квалитетот на здравствените услуги. Секторот имаше привремен карактер и требаше да ги координира на национално ниво сите активности поврзани со квалитетот на здравствената заштита до формирање на Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи. Покрај другите активности од областа на квалитетот, во секторот организирани беа средби со експерти од различни области од медицината во кои се разгледани поединечни делови од стандардите за акредитација, со цел нивно подобрување. Претставниците на Секторот за следење и унапредување на квалитетот на здравствените услуги како членови на Работната група за изработка на новиот Закон за здравствена заштита, предложија и ги изработија законските одредби на новото поглавје за квалитетот на здравствената заштита. Во рамките на овој Закон, кој влезе во сила во 2012 година, дефинирано е дека процесот на акредитација ќе се врши врз основа на однапред утврдени стандарди за акредитација, со што донесувањето на стандардите доби и своја законска основа. Во јуни истата година врз основа на сугестиите и забелешките на членовите на работната група беше ревидирана првата работна верзија која се состоеше од 9 поглавја на стандардите за акредитација, при што се дефинираше втората работна верзија која се состоеше од 6 поглавја на стандарди за чија формулација беа земени во предвид акредитирани стандарди во Данска, Франција, Канада, САД и Австралија. Втората работна верзија одредено време беше достапна на веб страната на Министерството за здравство каде што беше истакнат и повикот до сите поединци и установи кои го сочинуваат здравствениот систем на Република Македонија да дадат свои сугестии, забелешки и предлози со цел подобрување на оваа работна верзија на стандардите.

На 27. Јуни 2014 година е именуван Директор на Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи (проф д-р Елизабета Зисовска), а во јули 2014 година е формирана Агенцијата за квалитет и акредитација на ЗУ. Во јули 2014 направено е повторно разгледување на стандардите со цел ревизија на втората работна верзија на стандардите со претставници на ЈЗУ, а истовремено стандардите беа доставени до сите болнички здравствени установи од секундарно и терциерно ниво на разгледување. Во август 2014 доставени се два унифицирани прашалници за задоволство на пациенти и вработените во ЗУ. Во ноември истата година е формирана мултипрофесионална Работна група за разгледување на стандардите и нивна ревизија, до донесување на дефинитивната верзија која ќе биде доставена на разгледување на седница на Владата на Република Македонија. Во процесот на донесување на првата верзија на Стандардите (верзија 1.0) која беше доставена до Владата на Република Македонија за усвојување покрај поединците кои дадоа свој придонес, значително учество зеде Работната група која ја усвои дефинитивната верзија на стандардите (Прилог број 1).

На 63-тата Седница на Владата на РМ усвоени се Стандардите за акредитација на национално ниво, и оваа Одлука е објавена во „Службен весник на РМ“ број 47/15, а интегралниот текст на стандардите е објавен во „Службен весник на РМ“ број 92/2015.

СОДРЖИНА НА СТАНДАРДИТЕ

Овој документ е наменет за тимовите кои го следат квалитетот на здравствената заштита и се грижат за постојано унапредување на истиот во здравствените установи кои обезбедуваат здравствена заштита на секундарно и терциерно ниво (болниците).

Стандардите мораат да бидат јасно дефинирани, објективни, мерливи и базирани на докази. Тие можат да се однесуваат на структурата, процесот или исходот од работата. Стандардите редовно се ревидираат во согласност со најновите искуства и достигнувања.

Стандардите групирани во 6 поглавја, можат да се поделат во три категории:
-стандарди во врска со управувањето и раководењето;
-стандарди во врска со лекување на пациентите и
-стандарди за работа на помошните служби.

Управување и раководење: Овие стандарди се однесуваат на раководењето и управувањето со здравствената установа. На база на приоритетите во врска со развојот, со овие стандарди се опфатени само поединечни области. Со исполнување на овие стандарди се подразбира дека:

- Раководството при носење на одлуки во врска со начинот на давањето на здравствени услуги во предвид ги зема мислењата и гледиштата на пациентите;
- Пациентите можат да бидат сигурни дека раководните лица во рамки на здравствената установа се насочени во пронаоѓање на тоа што е важно за пациентите и овие информации ги користат за подобрување на нивните планови;
- Здравствената установа има систематичен мониторинг за идентификување и спроведување на можностите за континуирано унапредување на квалитетот и безбедноста на здравствените услуги;
- Во установата се создадени и функционираат механизми на постојана евалуација и оценување на успешноста на работата на највисокото раководство (менаџерите и управниот одбор).

Стандарди во врска со лекување на пациентите: Овие стандарди се изработени со цел да го следат процесот на лекување на пациентот од моментот на прием во здравствената установа, преку процена, планирање и спроведување на лекувањето, до отпуштањето на пациентот. Обезбедени се стандарди за **операционите сали, службата за ургентна медицина, одделенијата за интензивна нега и лабораторија**. Обезбедените стандарди за **Општите насоки** можат да се применуваат во секое одделение во кое се врши лекување на пациентите. Во иднина ова поглавје може да се прошири и/или унапреди со внесување на други специфични одделенија и служби, а имајќи ги предвид специфичностите, да се применува во повеќе одделенија во една болница. Со исполнување на овие стандарди се подразбира дека:

- Здравствената установа обезбедува соодветни простории и опрема за пружање на соодветни здравствени услуги, со цел задоволување на потребите на пациентите.
- Дејноста на здравствената установа се заснова на принципите на Добра клиничка пракса и Медицина базирана на докази, земајќи ги во предвид Клиничките патеки, Клиничките упатства и други стручни протоколи за лекување на пациентите.
- Здравствената установа има дефинирани постапки и пишани процедури за следење на патеката на пациентот за време на добивањето на здравствената грижа, вклучувајќи ги и постапките за прием, трансфер и испис на пациентите.

Стандарди за работа на помошните служби: Помошни служби претставуваат такви организациски форми кои помагаат (односно го следат) процесот на спроведување на лекувањето. Подготвени се три поглавја во врска со помошните служби: **управување со ризик** (вклучувајќи ја контролата на ширење на инфекциите, управување со медицинскиот отпад, масовни несреќи и несреќни случаи, централна стерилизација и безбедно користење на опремата, материјалите, медицинските уреди и просторите), **управување со информациите и човечки ресурси**. Со овие стандарди се опфатени само поединечни, приоритетни области. Со исполнување на овие стандарди се подразбира дека:

- Пациентите можат да очекуваат дека вработените во рамки на здравствената установа ги имаат потребните квалификации, вештини и искуства за пружање на безбедна и високо-квалитетна здравствена грижа.
- Во рамки на здравствената установа се врши континуирана стручна едукација на сите вработени со цел одржување на нивните професионални вештини и обновување на знаењата.
- Пациентите се запознаени со информации поврзани со квалитетот и безбедноста на здравствената установа, бидејќи овие информации се достапни на различни начини.
- Пациентите може да очекуваат дека неопходните информации се споделени со нив навремено и притоа се почитува нивната приватност од страна на здравствените работници вклучени во пружањето на здравствената услуга.
- Здравствената установа ги гради своите политики за безбедност во согласност со националните наслови и политики, законските регулативи и исто така ги зема во предвид најдобрите национални и меѓународни докази и практики од областа на управување со ризик.
- Доколку нешто тргне во погрешна насока, здравствените установи ги истражуваат причините за тоа и вложуваат напори за превенција од повторно случување, за таа цел здравствената установа има план за препознавање на можни ризици и ресурси за брз одговор на идентификуваните ризици.
- Здравствената установа се фокусира на специфични области од своето работење, со цел да овозможи побезбедна здравствена заштита. За таа намена, здравствената установа има планови, политики и процедури за

намалување на евентуалните повреди на работното место кај вработените, како и повредите кај пациентите. Овие планови редовно се проверуваат за да се осигура подобрување на безбедноста во здравствената установа.

Стандардите се основа на секоја акредитација, а утврдени се од страна на здравствени професионалци. Тие ја дефинираат и опишуваат добрата и посакувана пракса, и претставуваат средство за постојаното унапредување на квалитетот и безбедноста на корисниците и другите учесници во здравствениот систем.

Во рамките на секој стандард наведени се критериумите кои претставуваат чекори или мерки кои треба да се превземат за да се исполни стандардот.

Станува збор за следните шест поглавја:

- Управување и раководење (УР)
- Човечки ресурси (ЧР)
- Управување со информации (УИ)
- Управување со ризик и безбедност на пациенти (УРБП)
- Лекување на пациенти (ЛП)
- Специфични клинички услуги (СКУ)

ФОРМА НА СТАНДАРДИТЕ

- **Стандардите** се истакнати со курзив и се обележани со броевите 1.0, 2.0, 3.0 итн. Стандард претставува посакувано ниво на учинок кој може да се постигне и со кој може да се спореди постојно, конкретно ниво на учинок.
- **Критериумите** се наведени под стандардите и се обележани со броевите 1.1,1.2,1.3 итн. Критериумите опишуваат кои се чекорите, т. е. активностите потребни за остварување на стандардите. Еден стандард може да има повеќе критериуми.

ПОСТАПКА НА САМООЦЕНУВАЊЕ И НАДВОРЕШНО ОЦЕНУВАЊЕ

Степенот на усогласување на работата на здравствените установи со барањата на стандардите се оценува врз основа на скалата на оценување на стандардите која ги има оцените од 1 до 5.

Степенот на усогласување на работата на здравствените установи со барањата на стандардите се оценува врз основа на скалата на оценување на стандардите која ги има оцените од 1 до 5, зависно од усогласеноста кое здравствената установа го постигнала по секој критериум од стандардите.

Оцена 1 Подразбира дека критериумот не е воведен во примена

-потребно е да се образложат причините поради кои критериумот не е воведен во примена и да се предложат мерки и активности кои ќе бидат превземени за истиот да се воведо во примена.

Оцена 2 Подразбира дека критериумот се воведува во примена

-протоколите и процедурите се во тек на подготовка и се воведуваат во примена
-недоволна документација,
-недоволно разбирање од страна на пациентите,
-недостаток на континуирана пракса и координација,
-присуство на ризик,
-потребно е да се предложат мерки и активности кои ќе се превземат со цел критериумот адекватно да се воведо во примена.

Оцена 3 Подразбира дека критериумот се применува
-процедурата воглавно се применува, има недостаток од соодветна документација,
-не постои доследна имплементација, и не е разбирлива од страна на вработените,
-не постојат доволни докази за постојаното унапредување на квалитетот,
-ризиците се сведени на минимум.

Оцена 4 Подразбира напредно ниво на примена на критериумот
-комплетна документација,
-протоколите и процедурите се применуваат доследно,
-истите се разбрани од страна на сите вработени,
-препознати се потребите на пациентите,
-нивото на ризик е намалено или целосно елиминирано,
-присутни се докази за постојано унапредување на квалитетот.

Оцена 5 Подразбира најдобра примена на критериумот
-успешна примена на критериумот без никаков недостаток,
-широка примена на најдобрата пракса,
-истиот ги надминува очекувањата на клиентот,
-успешно справување со ризик.

Статус на акредитирана здравствена установа добива само установата за која Агенцијата ќе утврди дека ги исполнува стандардите од одредена област на здравствената заштита согласно оценките добиени од страна на ангажирани, надворешни, независни експерти оценувачи.

ПРОЦЕДУРИ ЗА РАБОТА НА БОЛНИЦИТЕ

Упатство

Утврдени се политиката и процедурите за работењето на болниците. Сите процедури се усвоени од страна на овластеното тело/лице, а се ревидираат и се менуваат во согласност со потребите.

Стандард 1.0 Работењето на болницата се одвива според утврдените процедури

Критериум 1.1 Утврдени се политиката и процедурите за работењето на болниците.

Критериум 1.2 Постои листа на процедури.

Критериум 1.3 Сите процедури се усвоени од страна на овластеното тело/лице.

СТРАТЕШКО ПЛАНИРАЊЕ

Упатство

Утврден е циклусот на стратешкото планирање. Раководството ја дефинира својата улога во стратешкото планирање и во подготовката на неопходните податоци и документи во врска со стратешкото планирање. Управниот одбор врши контрола и ревизија на Стратешкиот план најмалку еднаш во три години.

Стандард 2.0 Раководството го подготвува Стратешкиот план и го доставува до Управниот одбор на усвојување

Критериум 2.1 Утврден е циклусот на стратешкото планирање.

Критериум 2.2 Раководството ја дефинира својата улога во стратешкото планирање.

Критериум 2.3 Раководството ги подготвува неопходните податоци и документи во врска со стратешкото планирање.

Стандард 3.0 Болницата има стратешки план

Критериум 3.1 Управниот одбор го усвојува Стратешкиот план на болницата со согласност на стручниот колегиум на установата

Критериум 3.2 Управниот одбор бара ревизија на Стратешкиот план најмалку еднаш во три години.

ГОДИШЕН ОПЕРАТИВЕН ПЛАН

Упатство:

Оперативниот план се заснова на стратешкиот план и со него се утврдуваат целите, активностите и роковите. Во изработка на планот се земаат во предвид извештаите и информациите добиени од вработените и им се доставуваат на сите служби/одделенија во болницата. Оперативниот план се следи, и по потреба се врши негова ревизија. За планот и активностите за неговата реализација се известува Управниот одбор.

Стандард 4.0 Постои годишен оперативен план

Критериум 4.1 Оперативниот план се заснова на Стратешкиот план.

Критериум 4.2 Планот е во пишана форма и со него се утврдуваат целите, активностите и роковите.

Критериум 4.3 Во изработка на планот се земаат во предвид извештаите и информациите добиени од соодветните одделенија и служби во болницата.

Критериум 4.4 Планот се доставува до сите служби/одделенија во болницата.

Критериум 4.5 Планот се следи и по потреба се врши негова ревизија.

Критериум 4.6 За планот и активностите за неговата реализација се известува Управниот одбор.

МИСИЈА И ВИЗИЈА

Упатство:

Управниот одбор усвојува изјава за мисијата и визијата на болницата. Исто така, потребно е сите вработени во болницата, заинтересираните страни надвор од установата, како и заедницата чија територија ја покрива здравствената установа, да бидат запознаени со Изјавата за мисија и визија. Во изјавата за мисија и визија мора да биде вклучено следното: улога и одговорност на здравствената установа, вид и обем на услугите кои се даваат, ограничување во смисол на пружање на услугите, статус на здравствените установи (во смисол на пружање секундарна и/или терциерна здравствена заштита), Управниот одбор ја преиспитува Изјавата за мисија и визија најмалку еднаш во три години и ја ревидира по потреба.

Стандард 5.0 Изјава за мисија и визија на болницата

Критериум 5.1 Управниот одбор ја усвојува Изјавата за мисија и визија на болницата.

Критериум 5.2 Управниот одбор се грижи сите вработени во болницата, заинтересираните страни надвор од установата, како и

заедницата чија територија ја покрива, да бидат запознаени со Изјавата за мисија и визија.

- Критериум 5.3** Во изјавата за мисија и визија (причина за постоењето на здравствената установа) мора да биде наведено следното:
- улога и одговорност на здравствената установа
 - вид и обем на услуги кои се даваат
 - ограничувања во смисол на пружање на услугите
 - статус на здравствената установа (пружање секундарна и/или терциерна здравствена заштита)
- Критериум 5.4** Управниот одбор ја преиспитува Изјавата за мисија и визија најмалку еднаш во три години и ја ревидира по потреба.

УПРАВНИОТ ОДБОР РАБОТИ СПОРЕД ЗАКОНСКИТЕ ПРОПИСИ

Упатство:

Управниот одбор ги усвојува: годишниот план и програм за работа, годишниот финансиски план и годишниот извештај за работата и вработувањата во болницата. Управниот одбор ја насочува и оценува работата и на менаџерите на болницата (постојат критериуми за оценување на работата на менаџерите на болницата) и ги доставува извештаите до Министерството за здравство, по барање.

Стандарди 6.0	Управниот одбор ги исполнува своите обврски пропишани со Закон
----------------------	---

- Критериум 6.1** Управниот одбор го усвојува годишниот план и програм за работа.
- Критериум 6.2** Управниот одбор го усвојува годишниот финансиски план и годишниот извештај за работата и вработувањата во болницата
- Критериум 6.3** Управниот одбор ја насочува и оценува работата на менаџерите на болницата
- постојат критериуми за оценување на работата на менаџерите на болницата
- Критериум 6.4** Управниот одбор ги доставува извештаите до Министерството за здравство, по барање.

КОМУНИКАЦИЈА ПОМЕЃУ БОЛНИЦАТА И УПРАВНИОТ ОДБОР

Упатство:

Управниот одбор се известува за проблемите и потребите на болницата, но и во врска со активностите за унапредување на квалитетот на работа на болниците. Исто така, Управниот одбор се информира за проблемите и други прашања во средината на чија територија дејствува болницата. Управниот одбор се известува за активностите на унапредување на квалитетот на работата на болницата. Управниот одбор дејствува и носи одлуки врз основа на добиените информации.

Стандард 7.0	Управниот одбор се информира адекватно и навремено
---------------------	---

- | | |
|----------------------|---|
| Критериум 7.1 | Управниот одбор се известува за проблемите и потребите на болницата. |
| Критериум 7.2 | Управниот одбор се информира за проблемите и други прашања во средината на чија територија дејствува болницата. |
| Критериум 7.3 | Управниот одбор се известува за активностите за унапредување на квалитетот на работата на болницата. |
| Критериум 7.4 | Управниот одбор дејствува и носи одлуки врз основа на добиените информации. |

ЧОВЕЧКИ, ФИНАНСИСКИ И ФИЗИЧКИ РЕСУРСИ

Упатство:

Распоредувањето на ресурсите се заснова на утврдените приоритети. Постојат постапки врз основа на кои се усогласуваат постоечките ресурси со потребите на корисниците на услуги и постојат постапки за следење и користење на сите ресурси. Се врши проценка на квалитетот и економичноста на пружените услуги врз основа на показателите за учинок. Извештаите за користење на ресурсите му се доставуваат на Управниот одбор.

Стандард 8.0	Човечките, финансиските и физичките ресурси се распоредени во рамките на болницата
---------------------	---

- | | |
|----------------------|--|
| Критериум 8.1 | Распоредувањето на ресурсите се заснова на утврдените приоритети. |
| Критериум 8.2 | Постојат постапки врз основа на кои се усогласуваат постоечките ресурси со потребите на корисниците на услуги. |
| Критериум 8.3 | Постојат постапки за следење и користење на сите ресурси. |
| Критериум 8.4 | Се врши проценка на квалитетот и економичноста на пружените услуги врз основа на показателите за учинок. |
| Критериум 8.5 | Извештаите за користење на ресурсите му се доставуваат на Управниот одбор. |

ПЛАН ЗА УПРАВУВАЊЕ СО РИЗИК

Упатство:

Се прибираат и анализираат информациите за да се идентификуваат ризиците. Врз основа на нивната зачестеност и степен на опасност, се планираат напори за намалување на изложеноста кон истите. Се следат доставените производи од добавувачите во поглед на договорениот квалитет и се идентификува присуство на ризик за намален квалитет. Постои стратегија за управување со ризикот во болниците

со кои се запознаени сите вработени.

Постојат финансиски и други средства наменети за управување со ризикот. На раководството му се доставуваат извештаи за активностите врзани за управување со ризикот.

Стандард 9.0	Постои план за управување со ризик на ниво на болницата
---------------------	--

***Критериум 9.1** Се прибираат и анализираат информациите за да се идентификуваат ризиците. Информациите се однесуваат на:

- Здравје и безбедност на работа
- Контрола на ширење на заразните болести
- Безбедност на пациентите и вработените
- Несакани настани и дејства
- Спремност за итно реагирање во случај на вонредни ситуации
- Статусот на опремата / нивото на т.н. uptime (време на континуирано исправна работа) при нејзиното користење/ сервисирање

Критериум 9.2 Ризиците се предвидуваат на основа на нивната зачестеност и степенот на опасност, со што се намалува и изложеноста кон истите.

- Се наведуваат ризици врзани за употребата и злоупотребата на опремата.

Критериум 9.3 Се следат доставените производи од добавувачите во поглед на договорениот квалитет и се идентификува присуство на ризик за намален квалитет.

***Критериум 9.4** Постои стратегија за управување со ризикот, внатре во болниците, со која се запознаени сите вработени.

***Критериум 9.5** Постојат планирани финансиски и други средства, наменети за управување со ризик.

***Критериум 9.6** На раководството му се доставуваат извештаи за активностите врзани со управување со ризик.

НЕСАКАНИ СЛУЧУВАЊА (НАСТАНИ И ДЕЈСТВА)-ПОВРЕДИ НА РАБОТНОТО МЕСТО

Упатство:

Сите вработени се запознаени со можностите за евентуални повреди на работното место и со дефиницијата за несакани случувања (настани и дејства), како и за постапката за нивно пријавување. Во случај на појава на несакани случувања, се испитува причината за настанување и се превземаат активности за отстранување на причините кои довеле до несакани случувања.

*Стандард 10.0	Постои процес со кој се идентификуваат, проценуваат и решаваат несаканите случувања
-----------------------	--

- Критериум 10.1** Сите вработени се запознаени со дефиницијата за несакани случувања (настани и дејства).
- Критериум 10.2** Сите вработени се запознаени со постапката на пријавување на несакани случувања.
- Критериум 10.3** Во случај на појава на несакано случување, се испитува причината за настанување.
- Критериум 10.4** Се превземаат активности за отстранување на причините кои довеле до несакани случувања.

ПЛАН ЗА УНАПРЕДУВАЊЕ НА КВАЛИТЕТОТ НА РАБОТЕЊЕТО

Упатство:

Планот за унапредување на квалитетот на работењето на болницата се донесува годишно во пишана форма. Со овој план се утврдуваат активностите и очекуваните резултати и редовно се следи спроведувањето на планот со цел унапредување на квалитетот на работењето на болниците. Задоволството на пациентите се истражува со унифициран Прашалник, на полугодишно ниво и врз основа на резултатите се преземаат активности. Средства за реализација на целите од планот се обезбедени. Извештајот за постигнатото унапредување на квалитетот на работењето на установите се припрема и доставува до Управниот одбор.

Стандард 11.0	На ниво на болницата постои план за унапредување на квалитетот на работењето
----------------------	---

- Критериум 11.1** Планот за унапредување на квалитетот на работењето на болницата се донесува на годишно ниво во пишана форма.
- Критериум 11.2** Со планот за унапредување на квалитетот на работењето на болниците се утврдуваат активностите и очекуваните резултати.
- Критериум 11.3** Спроведувањето на планот се следи редовно со цел унапредување на квалитетот на работењето на болницата.
- Критериум 11.4** Задоволството на пациентите се истражува со унифициран Прашалник на полугодишно ниво (на 6 месеци) и врз основа на резултатите се преземаат активности.
- Критериум 11.5** Обезбедени се средства за активности во насока на унапредување на квалитетот на работењето на болницата.
- Критериум 11.6** Извештај за постигнатото унапредување на квалитетот на работењето на болницата се доставува до Управниот одбор.

ПАРТНЕРСТВО СО ПАЦИЕНТИ ПРЕКУ ЗДРУЖЕНИЈА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Упатство:

Стандардот обезбедува рамка за активно партнерство помеѓу пациентите преку нивните здруженија, и здравствената установа. Воспоставена е структура на управување која овозможува партнерство со пациентите, лицата кои ги негуваат и здруженијата на пациенти. Им се овозможува на пациентите, лицата кои ги негуваат и здруженијата на пациенти активно учество во подобрување на исходите/резултатите од лекувањето. Пациентите добиваат информации за резултатите на здравствените установи и допринесуваат во мониторингот, мерењето и евалуацијата на перформансот со цел континуирано подобрување на квалитетот.

Стандард 12.0 Партнерство со здруженија на пациентите во планирањето на квалитетот на здравствените услуги

Критериум 12.1 Во рамки на здравствената установа се обезбедува активно партнерство помеѓу пациентите преку нивните здруженија, и здравствената установа.

Критериум 12.2 Се применуваат политики, процедури и/или протоколи за партнерство со пациенти преку здруженијата на пациентите, особено во врска со консултирање при донесување на одлуки за безбедност и квалитет и за преземање на активности за подобрување на квалитетот.

Критериум 12.3 Здравствените установи ги консултираат здруженијата на пациентите во подготовката на прирачниците за правата на пациентите.

Стандард 13.0 Партнерство со пациенти и здруженија на пациенти во мерење и евалуација на здравствените услуги

Критериум 13.1 Се информираат пациентите, лицата кои ги негуваат, и здруженијата на пациенти за безбедноста и квалитетот на здравствената заштита во установата, во форма и начин разбирлив за нив.

Критериум 13.2 Здруженијата на пациентите и лицата кои ги негуваат пациентите учествуваат во анализа на податоците за безбедност и квалитет. Исто така активно учествуваат, заедно со внатрешните (болничките) комисии за следење и унапредување на квалитетот, во развој на акционите планови за безбедност и квалитет.

ПОКАЗАТЕЛИ НА УЧИНОКОТ

Упатство:

Показателите за следење на ефикасноста на работата на клиничките и другите служби се утврдени. Раководството овозможува податоците добиени врз основа на показателите да бидат достапни за потребите на следење и на раководството се доставуваат извештаи за показателите на учинокот. Во случај на потреба за подобрување на учинокот, раководството презема соодветни мерки со цел постигнување на подобар учинок, врз основа на показателите.

Стандард 14.0 Се следат показателите на учинокот

- Критериум 14.1** Постојат утврдени показатели за следење на ефикасноста на работата на клиничките и другите служби во склоп на здравствената установа.
- Критериум 14.2** Извештаите за показателите на учинокот се доставуваат на раководството.
- Критериум 14.3** Раководството овозможува податоците добиени врз основа на показателите да бидат достапни за потребите на следење.
- Критериум 14.4** Во случај на потреба од подобрување на учинокот, раководството презема соодветни мерки со цел постигнување на подобар учинок, врз основа на показателите.

СЕ ПОЧИТУВААТ ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Упатство:

Се почитуваат сите права на пациентите согласно Законот за правата на пациентите, и постои постапка за прием, разгледување и решавање на забелешки и жалби од пациентите. Постапките за лекување, пружање нега и останати услуги се спроведуваат во согласност со почитување на верските и културолошките определби на пациентот.

Стандард 15.0 Вработените во болницата ги пружаат здравствените и другите услуги притоа почитувајќи ги правата на пациентите

- Критериум 15.1** Се почитуваат правата на пациентите согласно Законот за права на пациентите, и тоа правото на:
- достоинство и почитување на личноста
 - приватност и доверливост
 - заштита и безбедност
- Критериум 15.2** Постои постапка за прием, разгледување и решавање на забелешки и жалби од пациентите, на правилен начин и благовремено.
- Критериум 15.3** Пациентот е вклучен во одлуките за постапката на лекување, пружање на нега, и на останатите услуги, како:
- почитување на определбата и неговиот избор
 - информирање на пациентот за можностите на лекување, пружена нега и останати услуги
 - добиена согласност од страна на пациентот, во пишана форма
- Критериум 15.4** Постапките на лекување, пружање нега и останати услуги се спроведуваат во согласност со почитување на верските и културолошките определби на пациентот.

ПРЕГЛЕД НА СПРОВЕДЕНИ ИСТРАЖУВАЊА

Упатство:

Постојат постапки за разгледување на прифатливоста на извршените медицински истражувања во болницата, особено оние кои се спроведуваат на луѓе, во смисол на почитување на етичките принципи на истражување при самото истражување. Формирана е комисија за надзор над спроведувањето на оваа постапка и утврдени се, и се применуваат критериуми за медицински истражувања. Комисијата води евиденција и врши евалуација врз основа на извештаите за спроведените истражувања.

Стандард 16.0 Се врши преглед на спроведените истражувања со цел проверка на прифатливоста

- Критериум 16.1** Постојат постапки за разгледување на прифатливоста на извршените медицински истражувања во болницата, особено оние кои се спроведуваат на луѓе, во смисол на почитување на етичките принципи на истражувањето при самото истражување.
- Критериум 16.2** Формирана е комисија за надзор над спроведувањето на оваа постапка.
- Критериум 16.3** Критериумите за медицински истражувања се утврдени и се применуваат.
- Критериум 16.4** Комисијата води евиденција и врши евалуација врз основа на извештаите за спроведените истражувања.

ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ (ЧР)

ВРАБОТЕНИТЕ СЕ ОПФАТЕНИ СО ПРОГРАМАТА ЗА ЛИЦЕНЦИРАЊЕ

Упатство:

Се приложуваат лиценците на сите стручни лица за време на вработувањето и редовно се извршува постапка на повторно разгледување на лиценците на сите стручни лица. Постојат протоколи и процедури кои овозможуваат непречена работа на установата во случај кога на некое стручно лице му се одземе лиценцата.

Стандард 1.0	Сите стручни лица имаат важечки лиценци
---------------------	--

Критериум 1.1 Лиценците на сите стручни лица се приложуваат за време на вработувањето.

Критериум 1.2 Постапката за повторно разгледување на лиценцата на сите стручни лица редовно се извршува.

Критериум 1.3 Постојат протоколи и процедури кои овозможуваат непречена работа на установата во случај ако на некое стручно лице му се одземе лиценцата.

ВРАБОТЕНИ КОИ НЕ СЕ ОПФАТЕНИ СО ПРОГРАМАТА ЗА ЛИЦЕНЦИРАЊЕ

Упатство:

Стручноста на вработените, кои не се опфатени со програмата за лиценцирање се утврдува за време на вработувањето и постојат постапки за оценување. Постојат протоколи и процедури за непречена работа на установата во случај на прекинување со работа на стручните лица кои не подлежат на процесот на лиценцирање. Во согласност со промена на начините на работа (законски прописи, интернационални стандарди, а се со цел подобрување на квалитетот на работата, здравствената установа (болницата) врши континуирана обука на кадарот.

Стандард 2.0	Се утврдува стручната оспособеност на вработените кои не се опфатени со програмата за лиценцирање
---------------------	--

Критериум 2.1 Стручноста на вработените, кои не се опфатени со програмата за лиценцирање се утврдува за време на вработувањето.

Критериум 2.2 Постојат постапки за повторно разгледување на стручноста на вработените кои не подлежат на процесот на лиценцирање.

Критериум 2.3 Постојат протоколи и процедури за непречена работа на установата во случај на прекинување со работа на стручните лица кои не подлежат на процесот на лиценцирање.

ЕДНОГОДИШНА ПРОЦЕНКА НА РАБОТАТА НА ВРАБОТЕНИТЕ

Упатство:

Постои постапка за проценка на резултатите од работењето на сите вработени, која се врши еднаш годишно. Сите вработени имаат утврден план и цели во работењето. Пишаните извештаи за проценка на постигнатите резултати од работењето се бележат во работното досие на вработениот и тие имаат право да поднесуваат коментари во пишана форма за проценката на постигнатите резултати во работењето.

Стандард 3.0	Резултатите од работењето на сите вработени се оценуваат годишно
---------------------	---

Критериум 3.1 Постои постапка за проценка на резултатите од работењето на сите вработени, која се врши еднаш годишно.

Критериум 3.2 Сите вработени имаат утврден план и цели во работењето.

Критериум 3.3 Задачите и целите на работењето им се соопштуваат на сите вработени лица.

Критериум 3.4 Пишаните извештаи за проценка на постигнатите резултати од работењето се бележат во работното досие на вработениот.

Критериум 3.5 Сите вработени имаат право да поднесуваат коментари во пишана форма за проценката на постигнатите резултати во работењето.

НАСОЧУВАЊЕ И СЛЕДЕЊЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНАТА РАБОТА

Упатство:

Секоја клиничка служба има управувачки тим. Упатствата за практикување на Медицина заснована на докази се применуваат во работата на самата служба.

Стандард 4.0	Се врши насочување и следење на професионалното работење
---------------------	---

Критериум 4.1 Секоја клиничка служба има управувачки тим. Управувачкиот тим го одредува следното:

- Лице кое управува и кое е одговорно за работата на службата, критериумите за избор и начинот на избор на тоа лице.
- Членовите на комисиите на службите.

- Мерките за одржување на работна дисциплина на дадената служба.

Критериум 4.2 Упатствата за практикување на Медицина заснована на докази се применуваат во работата на самата служба.

ЗДРАВЈЕТО И ЗАШТИТАТА ПРИ РАБОТА НА ВРАБОТЕНИТЕ ЛИЦА

Упатство:

Постои Програма за заштита на здравјето при работа на вработените. Се почитуваат сите законски прописи за зачувување на здравјето и заштита при работа на вработените. Се спроведува програма за обука од областа на заштитата на здравјето при работа на вработените. Се врши редовно следење за да се обезбеди почитување на насоките од областа на хигиената и заштитата при работа. Постои одговорно лице задолжено за хигиена и заштита на работа.

Стандард 5.0	Постои програма од областа на заштита на здравјето и заштита при работа на вработените.
---------------------	--

Критериум 5.1 Постои Програма за заштита на здравјето и заштита при работа на вработените. Во рамките на таа Програма се детално наведени и опишани сите загадувачи во работните простории, начинот за нивно мерење и постапките за редуција на истите. Оваа Програма е одобрена од страна на лиценцирана установа за тоа.

Критериум 5.2 Се почитуваат сите законски прописи за зачувување на здравјето и заштита при работа на вработените.

Критериум 5.3 Се спроведува програма за обука од областа на заштита на здравјето и заштита при работа на вработените од страна на овластена установа.

Критериум 5.4 Се врши редовно следење за да се обезбеди спроведување на насоките од областа на заштита на здравјето и заштита при работа на вработените.

Критериум 5.5 Постои одговорно лице задолжено за заштита на здравјето и заштита при работа на вработените, чие образование, квалификации и работни задачи се прецизно дефинирани во самата Програма.

ЗАДОВОЛСТВО НА ВРАБОТЕНИТЕ

Упатство:

Истражување на задоволството на вработените се врши еднаш годишно преку унифициран и валидиран прашалник и резултатите од истражувањето се достапни за вработените. Врз основа на тие резултати се носи план на активности за зголемување на нивото на задоволство на вработените.

Стандард 6.0	Се следи задоволството на вработените
---------------------	--

- Критериум 6.1** Се врши еднаш годишно истражување на задоволството на вработените преку унифициран и валидиран Прашалник за задоволство на вработените.
- Критериум 6.2** Резултатите на истражувањето се достапни за вработените.
- Критериум 6.3** Врз основа на резултатите на истражувањето се носи план на активности за зголемување на нивото на задоволство на вработените.

ЗДРАВСТВЕНА ДОКУМЕНТАЦИЈА

Упатство:

Содржината на здравствената документација на пациентите е дефинирана во согласност со законите. Доколку е воведена електронската здравствена картичка, истата е изработена според предвидените стандарди на Министерството за здравство на Република Македонија. Во болницата се врши интерна проверка со цел здравствената документација да се води во согласност со Законите. По отпуштање на пациентот, здравствената документација се комплетира и се архивира во предвидениот рок. Постојат протоколи со кои се одредува пристапот на пациентот во здравствената документација.

Стандард 1.0	Во здравствената документација прецизно се евидентираат сите пружени здравствени услуги
---------------------	--

- | | |
|----------------------|--|
| Критериум 1.1 | Содржината на здравствената документација изработена е според насоките на Министерството за здравство на Република Македонија. Во документацијата потребно е да бидат вклучени сите релевантни податоци од прегледот и лекувањето на пациентот (целосниот проток на лекови, прескрипции, апликации и процедури, да се содржи и контролата и проверката на квалитетот). |
| Критериум 1.2 | Доколку е воведена електронската здравствена картичка, истата е изработена според предвидените стандарди на Министерството за здравство на Република Македонија. |
| Критериум 1.3 | Се врши интерна проверка со цел здравствената документација да се води во согласност со Законите. |
| Критериум 1.4 | По отпуштање на пациентот здравствената документација се комплетира и се архивира во предвидениот рок. |
| Критериум 1.5 | Постојат протоколи со кои се одредува пристапот на пациентите во здравствената документација. |
| Критериум 1.6 | Во установата постои план за електронско внесување на податоци, баркодирање на внесени лекови, начин на креирање на база на податоци и правила на нејзино користење. |

ПОКАЗАТЕЛИ НА УЧИНОК

Упатство:

Системот ги вклучува показателите кои ги бара Министерството за здравство, но не е ограничен на нив. Постои систем на показатели со помош на кои се оценува учинокот како во доменот на клиничката пракса, така и во други области на работата. Вработените лица се соодветно едуцирани за собирање, толкување и користење на податоците кои се добиваат преку показателите. Добиените податоци преку показателите се собираат, сумираат, анализираат и се интерпретираат, се презентираат по налог и се користат за унапредување на работата. Се следи квалитетот на добиените податоци преку показателите, како и квалитетот на самите показатели. Постои одговорно лице во болницата кое ги следи параметрите на Balanced ScoreCard и дава сугестии за решавање на проблемите во доменот на квалитетот на показателите.

Стандард 2.0	Во установата постои систем на показатели на учинокот (Balanced ScoreCard)
---------------------	---

Критериум 2.1 Системот ги опфаќа показателите во согласност со барањата на Министерството за здравство, но не е ограничен само на нив.

Критериум 2.2 Постои систем на показатели со помош на кои се оценува учинокот како во доменот на клиничката пракса, така и во други области на работата.

Критериум 2.3 Вработените лица се едуцирани за собирање, толкување и користење на добиените податоци преку показателите.

Критериум 2.4 Добиените податоци преку показателите се:

- собираат
- сумираат
- анализираат и толкуваат
- презентираат по налог
- користат за унапредување на работата

Критериум 2.5 Се следи квалитетот на добиените податоци преку показателите, како и квалитетот на самите показатели. Постои одговорно лице во болницата кое ги следи параметрите на Balanced ScoreCard и дава сугестии за решавање на проблемите во доменот на квалитетот на показателите.

ОБЈАВУВАЊЕ НА ИНФОРМАЦИИ

Упатство:

Постои овластено лице за давање и објавување на информации од јавно значење и значајни за болницата, како и процедура за истата постапка.

Стандард 3.0	Се објавуваат информации од јавно значење и значајни за болницата
---------------------	--

Критериум 3.1 Постои овластено лице за давање и објавување на информации од јавно значење и значајни за болницата.

Критериум 3.2

Постојат процедури за давање и објавување на информации од јавно значење и значајни за болницата.

- Овој критериум се однесува и за трибини, стручни предавања, појавување во медиумите и сл.

КОНТРОЛА НА ИНТРАХОСПИТАЛНИТЕ ИНФЕКЦИИ И НА ЗАРАЗНИТЕ БОЛЕСТИ

Превенција на интрахоспиталните инфекции и заразните болести

Упатство:

Во болницата постои персонал, документација и системи кои обезбедуваат превенција и минимизирање на појава на болнички инфекции во текот на третманот и престојот во болничките установи за сите пациенти/корисници на здравствени услуги. Се врши превенција од појавата на интрахоспиталните инфекции и заразните болести, со тоа што редовно се применуваат сите мерки на претпазливост и изолација и за тоа се води евиденција. Исто така постојат мерки, процедури и постапки на чистење, дезинфекција и стерилизација на просторот, опремата, и медицинските материјали, како и на медицинските уреди. Со опасните материи и заразниот материјал се ракува во согласност со Националните насоки за управување со отпадот, како и во согласност со Правилникот и протоколите на болницата. Се промовира личната хигиена и се одржува чистотата на просториите. Одржувањето на зградата вклучува и адекватен систем за вентилација и соодветна инфраструктура.

Стандард 1.0	Се врши превенција од интрахоспиталните инфекции и од заразни болести
---------------------	--

Критериум 1.1 Редовно се применуваат сите мерки на претпазливост и изолација и за тоа се води евиденција.

***Критериум 1.2** Постојат мерки, процедури и постапки на чистење, дезинфекција и стерилизација на просторот, опремата, материјалот и медицинските апарати.

- Прецизирани се постапките и средствата за чистење, деконтаминација на сидови, подови, тоалети, купатила;
- Прецизно се специфицирани лица (според образование и доделени работни задачи) за секоја фаза од чистењето и деконтаминацијата;
- Воведени се процеси на дезинфекција дезинсекција и дератизација.

Критериум 1.3 Со опасните материи и заразниот материјал се ракува во согласност со Националните насоки за управување со отпадот, како и во согласност со Правилникот и протоколите на болницата.

Критериум 1.4 Се промовира личната хигиена и се одржува чистотата на просториите.

Критериум 1.5 Зградата адекватно се одржува, што подразбира и одржување на внатрешниот простор и системот на вентилација, а со цел спречување на ширење на зараза.

Процедури во случај на појава и ширење на интрахоспитални инфекции

Упатство:

Постојат и се применуваат процедури за: откривање и преземање на соодветни мерки со цел спречување на понатамошно ширење на интрахоспитални инфекции, истражување на начинот на ширење на инфекцијата, вклучувајќи и откривање на сите контакти како и на процедури за спречување на заразата. Резултатите од епидемиолошкиот надзор се користат за спречување на ширењето или за намалување на опасноста за повторна појава на зараза. Се врши пријавување на заразните болести.

Стандард 2.0	Постојат процедури во случај на појава и ширење на интрахоспиталните инфекции.
---------------------	---

Критериум 2.1 Постојат и се применуваат процедури за откривање и преземање на соодветни мерки со цел спречување на понатамошното ширење на интрахоспиталните инфекции (на пример: воведување на лизгачки врати во деловите каде што има најголема фреквенција на движење на пациенти).

Критериум 2.2 Постојат мерки и процедури за истражување на начинот на ширење на инфекцијата (вклучувајќи го и откривањето на сите контакти), како и процедури за спречување на заразата.

Критериум 2.3 Резултатите од епидемиолошкиот надзор се чуваат во пропишаниот рок и се користат за спречување на ширење или намалување на опасноста од повторна појава на заразата.

Критериум 2.4 Заразните болести се пријавуваат во согласност со Законот.

Критериум 2.5 Постои постапка за утврдување на мерките за спречување и контрола на ширењето на инфекциите.

Комисија за спречување и контрола на ширење на заразните болести

Упатство:

Во рамки на болницата постои Комисија, мултидисциплинарен тим, која се занимава со спречување и контрола на ширењето на заразните болести. Еден од членовите на комисијата е надлежен за управување со медицинскиот отпад. Комисијата редовно се состанува, а се состанува најмалку еднаш во три месеци, при што се води записник и документацијата се чува во тек на одреден пропишан временски период. Сите процедури и постапки за контрола на инфекциите редовно се проверуваат и ревидираат, а документацијата за преземените мерки

и ревизијата се чуваат во тек на одреден пропишан временски период. Комисијата предлага мерки за контрола и спречување на ширење на инфекциите и ги истражува проблемите во врска со нивната појава, и за тоа известува во согласност со Законот.

Стандард 3.0 Комисијата за спречување и контрола на ширењето на заразните болести врши контрола на ширењето на заразните болести и на интрахоспиталните инфекции

- Критериум 3.1** Комисијата е мултидисциплинарна, формирана на соодветен начин. Еден од членовите на комисијата е надлежен за управување со медицинскиот отпад.
- Критериум 3.2** Комисијата редовно се состанува, најмалку еднаш во три месеци, при што води записник за сите состаноци. Службената документација од состаноците се чува во тек на одреден пропишан временски период.
- Критериум 3.3** Постои документирана процедура за контрола на микроорганизми резистентни на антибиотици, како што се мултирезистентни *Staphylococcus aureus* (MRSA), ванкомицин резистентни *Enterococcus* (VRE) и Кројцфелд Јакобсова болест (Creutzfeldt Jakobs bacil). Процедурата е во писмена форма.
- Критериум 3.4** Комисијата за контрола на интрахоспиталните инфекции соработува со Институтот за јавно здравје (преку мрежата на Центрите за јавно здравје), за што постои документација.
- Критериум 3.5** Комисијата редовно ги проверува и ревидира сите Процедури и постапки со кои се контролираат болничките инфекции. Документацијата за преземените мерки и ревизии се чува во тек на пропишаниот временски период. Постојат ажурирани, документираны протоколи со процедури за контрола на болничките инфекции. Овие протоколи мора да кореспондираат со универзалните важечки меѓународни мерки на превенција и контрола на болничките инфекции. Сите протоколи, стандарди и процедури треба да бидат во пишана форма, ревидирани во последните три години и достапни за сите вработени инволвирани во третманот на пациентите.
- Критериум 3.6** Именувана е одговорна медицинска сестра за контрола на болничките инфекции (во областа на хигиенски мерки), што е вклучено во нејзиниот попис на работни задачи и за што е предвидено одредено време кое го посветува на активностите за контрола на инфекции (за установи со повеќе од 250 пациенти, со цело работно време). Медицинската сестра одговорна за превенција и контрола на болничките инфекции е образована, искусна и едуцирана за таа проблематика и може да обезбеди доказ за континуиран професионален развој.
- Критериум 3.7** Комисијата предлага мерки за спречување и контрола на ширењето на инфекциите. Постои посебен ажуриран протокол за постапка и техники на изолација на болните и заштита на

персоналот. Документот е напишан/ ревидиран во последните три години.

Критериум 3.8 Комисијата ги истражува сите проблеми во врска со појавата на заразните болести и болничките инфекции, дополнително ангажира стручни лица за поддршка (специјалист за инфективни болести, епидемиолог, микробиолог, претставник од одделенијата за терапија, медицински сестри од одделенијата и парамедицински персонал, претставници од клиничката аптека, централна стерилизација и техничка служба) и за тоа ги известува внатрешните надлежни органи како и Институтот за јавно здравје.

УПРАВУВАЊЕ СО МЕДИЦИНСКИОТ ОТПАД

Издвојување, селектирање на медицинскиот отпад

Упатство:

Издвојувањето на целокупниот отпад се врши во согласност со Класификацијата на отпадот во Европската Унија. Се врши селектирање и раздвојување на целокупниот отпад уште на самото место на неговото создавање. Вреќите, контејнерите и кантите кои содржат отпад се обележани во согласност со Националните насоки, додека пак на сите собирни места за складирање на медицински отпад истакнати се и јасно видливи инструкциите за селекција, раздвојување и обележување на отпадот.

Стандард 4.0	Издвојувањето на медицинскиот отпад се врши во согласност со Националните насоки, додека болницата има План за управување со медицинскиот отпад, кој редовно се ревидира.
---------------------	--

Критериум 4.1 Се врши селектирање, раздвојување на целокупниот отпад уште на самото место на неговото создавање, и истиот се класифицира во следните категории:

- Отпад од здравствените установи, поврзан со здравствената заштита на луѓе и животни и/или со нив поврзани испитувања;
- Отпад од здравствена грижа при породување, дијагноза, лекување или превенција на болести кај луѓето;

Овој став понатаму се разграничува на следниот начин:

- 01 01 остри предмети
- 01 02 делови од телото и органи
- 01 03 заразен отпад
- 01 04 незаразен отпад
- 01 06 хемиски отпад кој содржи опасни материи
- 01 07 други хемикалии
- 01 08 цитотоксични и цитостатични лекови
- 01 09 други лекови
- 01 10 амалгамски отпад од стоматолошката здравствена заштита

Критериум 4.2 Вреќите, контејнерите и кантите кои содржат отпад, адекватно се обележуваат во согласност со табелата за селекција и раздвојување на отпадот според критериум 4.1.

Критериум 4.3 На сите собирни места за складирање на медицинскиот отпад истакнати се и јасно видливи инструкциите за селекција, раздвојување и обележување на отпадот во согласност со Националните насоки.

Критериум 4.4 Потенцијално инфективниот медицински отпад, кој е спакуван во пластични жолти кеси, се собира секој ден. Потенцијално инфективниот медицински отпад од остри предмети се собира најмалку еднаш неделно, без разлика на количината на содржината во контејнерот.

Складирање на медицинскиот отпад во рамки на установата

Упатство:

Во болницата се врши дневно собирање на медицинскиот отпад и се складира на места кои се стратешки лоцирани во рамки на самата болница. На местата за складирање на отпадот во рамки на установата, отпадот се раздвојува и складира според категориите во јасно означени контејнери со одредена боја и ознака. Овие места како и контејнерите редовно се чистат и дезинфицираат, а при ракувањето со отпадот на местата за складирање се почитуваат соодветните мерки за заштита (носење на ракавици, заштитна облека и чевли, заштитни очила). Отпадот се складира врз основа на фиксен распоред.

Стандард 5.0	Медицинскиот отпад внатре во болницата се складира на соодветен начин
---------------------	--

Критериум 5.1 Се врши дневно собирање на медицинскиот отпад.

Критериум 5.2 Местата за складирање на медицинскиот отпад се стратешки лоцирани во рамки на самата болница.

Критериум 5.3 На местата за складирање на отпадот во рамки на болницата, отпадот се раздвојува и складира според категориите во јасно означени контејнери со одредена боја и ознака.

Критериум 5.4 Се врши редовно чистење и дезинфекција на местата на складирање на отпадот, како и на самите контејнери.

Критериум 5.5 Ракувањето со отпадот на местата за складирање се врши врз основа на почитување на соодветните мерки за заштита (носење на ракавици, заштитна облека и чевли, заштитни наочари).

Критериум 5.6 Постои фиксен распоред за складирање на отпадот на секое место предвидено за складирање.

Складирање на отпадот во централно собирно место

Упатство:

Отпадот до централното собирно место се транспортира во затворени, подвижни пластични контејнери, по точно одреден пат и дневен распоред на транспорт, со цел да се избегне контакт со доставата на чистиот материјал. Времето на складирање на отпадот изнесува помеѓу 24 и 48 часа. Централното собирно место е со соодветна големина за дневно складирање на медицинскиот отпад, и мора да биде лоцирано на соодветно место. Пристап до собирното место е дозволен само за овластените лица.

Стандард 6.0 Медицинскиот отпад пред транспортот се складира во централно собирно место

- Критериум 6.1** Отпадот се транспортира до централната собирно место во затворени, подвижни, пластични контејнери.
- Критериум 6.2** Се одредува патот и дневниот распоред на транспорт на отпадот, со цел да се избегне контакт со доставата на чистиот материјал.
- Критериум 6.3** Времето на складирање на отпадот изнесува помеѓу 24 и 48 часа.
- Критериум 6.4** Централното собирно место е со соодветна големина за дневно складирање на медицинскиот отпад и мора да биде лоцирано на соодветно место.
- Не смее да биде лоцирано во близина на објекти во кои се врши припрема на храна;
 - Лесно е достапно за чистење, има соодветно осветлување и вентилација и заштитено е од пристап на глодари, птици и други животни;
 - Пристапно е за камиони и возила на комуналната служба за хигиена.
- Критериум 6.5** Пристап до собирното место е дозволен само за овластените лица.

Одговорно лице врши управување со медицински отпад

Упатство:

Одговорното лице за управување со медицинскиот отпад има завршено соодветна обука, поседува соодветно искуство и стручна квалификација, согласно барањата поставени со националните насоки; член е на Комисијата за контрола на инфекциите и врши ревизија на сите постапки и процедури за управување со отпадот и ја предлага политиката за управување со отпадот. Исто така, учествува во работна група за заштита на животната средина во соодветната област.

Стандард 7.0 Во болницата постои лице одговорно за управување со медицинскиот отпад

- Критериум 7.1** Одговорното лице за управување со медицински отпад има завршена соодветна обука, поседува соодветно искуство и

стручна квалификација, согласно барањата поставени со националните насоки.

- Критериум 7.2** Одговорното лице е член на Комисијата за контрола на инфекциите. Комисијата редовно се состанува и води записник за својата работа.
- Критериум 7.3** Одговорното лице врши ревизија на сите постапки и процедури за управување со отпадот.
- Критериум 7.4** Одговорното лице ја предлага политиката за управување со отпадот.
- Критериум 7.5** Одговорното лице ги истражува сите проблеми во врска со управувањето со отпадот и за нив го известува директорот на болницата и Комисијата за контрола на инфекциите.
- Критериум 7.6** Одговорното лице учествува во работната група за заштита на животната средина во соодветната област.

Тим за управување со отпадот

Упатство:

Управувањето со отпадот го надгледува раководен тим. Тимот редовно се состанува и води записник за состаноците, но врши и ревизија на сите процедури за управување со отпадот. Исто така предлага политика за управување со отпадот. Доколку дојде до проблеми во врска со управувањето со отпадот, истите ги истражува и известува за нив.

Стандард 8.0	Постои раководен тим кој го надгледува управувањето со отпадот
---------------------	---

- Критериум 8.1** Формиран е раководен тим (тимот треба да го сочинуваат: директорот на болницата, началниците на одделенијата, претседателот на комисијата за интрахоспитални инфекции, главниот фармацевт, главната сестра/техничар, шефот на техничката служба, началникот на финансиската служба, лицето задолжено за контакти со јавноста (ПР), координаторот за гореспоменатата област, при што составот на тимот ќе зависи од обемот и активностите на болницата).
- Критериум 8.2** Тимот редовно се состанува и води записник од состаноците, а во врска со спроведените активности
- Критериум 8.3** Тимот врши ревизија на сите процедури за управување со отпадот.
- Критериум 8.4** Тимот ја предлага политиката за управување со отпадот.
- Критериум 8.5** Тимот ги истражува сите проблеми во врска со управувањето со отпадот и известува за нив.

НЕУТРАЛИЗАЦИЈА И СТЕРИЛИЗАЦИЈА НА МЕДИЦИНСКИОТ ОТПАД

Програма за извршување на стерилизација на медицинскиот отпад

Упатство:

Во рамки на просторот предвиден за стерилизација на медицинскиот отпад постојат: зона за привремено складирање, мерење, бележење и деконтаминација на отпадот, зона предвидена за измивање/чистење, како и зона за стерилизација, ситнење и складирање на обработениот отпад. Постојат мерки и процедури за извршување на сите споменати активности. На располагање е посебна опрема за измивање/чистење, дезинфекција, сушење, пакување и стерилизација.

Стандард 9.0	Постои програм за извршување на стерилизација на медицинскиот отпад
---------------------	--

Критериум 9.1 Во рамки на просторот предвиден за стерилизација на медицинскиот отпад, постојат зони за привремено складирање, мерење на отпадот, бележење, деконтаминација, зона предвидена за измивање/чистење, како и зона за стерилизација, ситнење и складирање на обработениот отпад.

Критериум 9.2 Постојат мерки и процедури за извршување на сите споменати активности.

Критериум 9.3 На располагање е посебна опрема за измивање /чистење, дезинфекција, сушење, пакување и стерилизација

Простории за вршење на стерилизација на медицинскиот отпад

Упатство:

Протоколот на медицинскиот отпад во болницата, се врши во насока од зоната на манипулирање со нечистиот материјал кон зоната со чистиот материјал. Постојат соодветни системи за проток на воздухот: од зоната се деконтаминација воздухот се испушта во надворешната средина; во зоната во која се врши измивање/чистење, обезбеден е позитивен притисок на воздухот; во зоната на обработка на воздухот постојат канализациони сифони за соодветно чистење на зоната; подовите, сидовите и работните површини проектирани се на начин да се постигнат високи хигиенски стандарди. Подовите, сидовите и работните површини проектирани се на начин да се постигнат високи хигиенски стандарди. Постојат контролирани зони на складирање на медицинскиот отпад. Автоклавите и/или стерилизаторите се сместени во посебни простории во однос на зоната на прием. Постои простор за измивање и дезинфекција на контејнерите за складирање и транспорт на медицинскиот отпад, кој е соодветно припремен на начин како би се избегнало изливање на отпадот. За складирање и транспорт на медицинскиот отпад се користат затворени контејнери кои по употребата се мијат и дезинфицираат. Постои место за складирање на дезинфицираните транспортни контејнери.

Стандард 10.0	Обезбедени се соодветни простории во кои се врши стерилизација на медицинскиот отпад
----------------------	---

- Критериум 10.1** Протоколот на медицинскиот отпад се врши во насока од зоната со нечист кон зоната со чист материјал.
- Критериум 10.2** Постојат соодветни системи за проток на воздухот.
- Воздухот од зоната за деконтаминација се испушта во надворешната средина;
 - Во зоната во која се врши измивање/чистење, обезбеден е позитивен притисок на воздухот;
 - Во зоната на обработка на воздухот постојат канализациони сифони за соодветно чистење на зоната;
 - Подовите, сидовите и работните површини проектирани се на начин да се постигнат високи хигиенски стандарди.
- Критериум 10.3** Постојат контролирани зони на складирање на медицинскиот отпад.
- Критериум 10.4** Автоклавите и/или стерилизаторите се сместени во посебни простории во однос на зоната за прием.
- Критериум 10.5** Постои простор за измивање и дезинфекција на контејнерите за складирање и транспорт на медицинскиот отпад, кој е соодветно припремен на начин како би се избегнало негово изливање.
- Критериум 10.6** За складирање и транспорт на медицинскиот отпад се користат затворени контејнери кои по употреба се измиваат и дезинфицираат.
- Критериум 10.7** Постои место за чување/складирање и отстранување на дезинфицираните транспортни контејнери.

Вработените за обработка на медицински отпад се соодветно едуцирани и имаат соодветна заштитна опрема

Упатство:

Вработените во деконтаминираниите зони носат заштитна опрема (гумени ракавици, ракавици за еднократна употреба, водоотпорни кецели, заштитни маски со штитник за лице, заштитни наочари, садови за пренос на материјали и друго) и се запознаени со протоколите и процедурите во случај на несреќни ситуации. Обезбеден е неопходен воведен програм и неопходна обука при работа за вработените за стерилизација на медицинскиот отпад, вклучувајќи и обука за работа со постоечката опрема. Опремата за итни случаи, комплети за санирање на изливот и друго, се достапни на местата на третманот на медицинскиот отпад, а вработените се обучени да ги користат и вакцинирани се против заразни болести (HCV, HBV итн).

Стандард 11.0	Вработените за обработка на медицинскиот отпад поседуваат квалификации, соодветно се едуцирани и имаат соодветна заштитна опрема
----------------------	---

- Критериум 11.1** Вработените во контаминираниите зони носат заштитна опрема (гумени ракавици, ракавици за еднократна употреба, водоотпорни

кецели, заштитни маски со штитник за лице, заштитни наочари, садови за пренос на материјали и друго).

- Критериум 11.2** Вработените се запознаени со протоколите и процедурите во случај на несреќни случаи.
- Критериум 11.3** Обезбеден е неопходен воведен програм и неопходна обука при работа за вработените за стерилизација на медицинскиот отпад, вклучувајќи и обука за работа со постоечката опрема.
- Критериум 11.4** Опремата за итни случаи, комплетите за санирање на изливот и друго се достапни на местата на третманот на медицинскиот отпад, а вработените се обучени да ги користат.
- Критериум 11.5** Вработените се вакцинирани против заразни болести (*HCV, HBV* итн.).

Процедури за вршење на неутрализација и стерилизација на медицинскиот отпад

Упатство:

Упатството за користење и безбедно ракување со секој стерилизатор, е достапно за вработените. Се почитуваат параметри како што се времето и температурата при циклусот на стерилизација. Спроведувањето, следењето и верификацијата на процесот на стерилизација се евидентираат за секоја метода на стерилизација. Секој ден се врши проверка на целокупната опрема и се евидентираат резултатите. Постои систем за регистрирање на секој предмет кој се стерилизира.

Стандард 12.0	Постојат соодветни процедури за неутрализација и стерилизација на медицинскиот отпад
----------------------	---

- Критериум 12.1** Упатството за користење и безбедно ракување со секој стерилизатор е достапно за вработените.
- Критериум 12.2** Се почитуваат параметри како што се времето и температурата при циклусот на стерилизација.
Примери од меѓународно прифатени параметри:
- 134 степени Целзиусови на минимум 3 минути, се препорачува 15 минути
 - 121 степен Целзиусов на минимум 15 минути, се препорачува 30 минути
- Циклуси на стерилизација со водена пареа под дејство на гравитационите сили
- 134 степени Целзиусови на минимум 15 минути,
 - 121 степен Целзиусов на минимум 30 минути.
- Критериум 12.3** Спроведувањето на процесот на стерилизација, следењето и верификацијата се евидентираат за секоја метода на стерилизација.

- Критериум 12.4** Секој ден се врши проверка на целокупната опрема и се евидентираат резултатите, што подразбира:
- Резултати од тестовите за присуство на спори- еднаш неделно
 - Време на изложување на притисок и топлина- секојдневно
 - Хемиски тестови - при секој циклус.

ТРАНСПОРТ НА МЕДИЦИНСКИОТ ОТПАД

Национални насоки и Техничко упатство за транспорт на медицинскиот отпад

Упатство:

Постои распоред на собирање на отпадот и план за транспорт, кои се достапни на вработените кои работат во оваа област. Здравствената установа треба да има обучен, искусен возач кој е технички стручен да врши транспорт на медицинскиот отпад. Возачот мора да носи соодветна лична заштитна опрема и да има соодветна документација за транспорт на отпадот. Здравствената установа треба да има возило кое е посебно наменето за оваа цел, со соодветна опрема, како што се бара во техничкото упатство за транспорт на отпадот, кој треба да служи за превоз на отпадот првенствено помеѓу здравствените домови и централното или локалното место за третман. Секое пренесување на отпадот на овој начин потребно е да биде проследено со соодветна документација, поточно со отпремница за отпад. Секое пренесување на отпадот на овој начин е проследено со соодветна документација, поточно со отпремница за отпад. Во случај кога отпадот е од амбулантите или од домашната посета, тој се пакува во контејнер кој е правилно затворен и се превезува во приколката на возилото, како што се бара во техничкото упатство за транспорт на возилото. За овој вид на транспорт на отпадот не е неопходна никаква документација во врска со неговиот транспорт. Пред товарењето, возачот треба да го провери целиот отпад и документацијата, со цел да ги воочи грешките во документацијата, пакувањето или обележувањето.

Стандард 13.0 **Транспортот на медицинскиот отпад се изведува согласно Националните насоки и согласно техничкото упатство за транспорт на медицински отпад**

- Критериум 13.1** Постојат распоред на собирање на отпадот и план за транспорт, кои се достапни на вработените кои работат во оваа област.
- Критериум 13.2** Здравствената установа треба да има обучен, искусен возач кој е технички стручен да врши транспорт на медицинскиот отпад. Возачот мора да носи соодветна лична заштитна опрема и да има соодветна документација за транспорт на отпадот.
- Критериум 13.3** Здравствената установа треба да има возило кое е посебно наменето за оваа цел, со соодветна опрема, како што се бара во техничкото упатство за транспорт на отпадот, кој треба да служи за превоз на отпадот првенствено помеѓу здравствените домови и централното или локалното место за третман. Секое пренесување на отпадот на овој начин потребно е да биде проследено со соодветна документација, поточно со отпремница за отпад.

Критериум 13.4 Во случај кога отпадот е од амбулантите или од домашната посета, тој се пакува во контејнер кој е правилно затворен и се превезува во приколката на возилото, како што се бара во техничкото упатство за транспорт на возилото.

Критериум 13.5 Пред товарењето, возачот треба да го провери целиот отпад и документацијата, со цел да ги воочи грешките во документацијата, пакувањето или обележувањето.

МАСОВНИ НЕСРЕЌИ И НЕСРЕЌНИ СЛУЧАИ

План во случај на масовни несреќи и несреќни случаи

Упатство:

Постои план во случај на масовни несреќи и несреќни случаи и со планот се одредени ризиците во случај на настанување на масовни несреќи и несреќни случаи, одредени се одговорни лица за управување и координација. Со планот е предвиден систем на комуникација и постои процедура за известување на вработените во случај на масовни несреќи и несреќни случаи. Планот предвидува згрижување на масовните жртви во случај на масовни несреќи и несреќни случаи на територија на општината.

Стандард 14.0	Постои план во случај на масовни несреќи и несреќни случаи
----------------------	---

Критериум 14.1 Со планот се одредени ризиците во случај на настанување на масовни несреќи и несреќни случаи.

Критериум 14.2 Со планот се предвидени одредени одговорни лица за управување и координација во случај на масовни несреќи и несреќни случаи.

Критериум 14.3 Со планот е предвиден систем на комуникација во случај на масовни несреќи и несреќни случаи.

Критериум 14.4 Во планот е опишана процедурата за известување на вработените во случај на масовни несреќи и несреќни случаи.

Критериум 14.5 Планот предвидува згрижување на жртвите во случај на масовни несреќи и несреќни случаи на територијата на општината.

Ревизија на планот во случај на масовни несреќи и несреќни случаи

Упатство:

Се врши ревизија на планот во случај на масовни несреќи и несреќни случаи. Редовно се прават практични вежби и проверка на палнот на терен.

Стандард 15.0	Се прави ревизија и проверка на планот во пракса во случај на масовни несреќи и несреќни случаи
----------------------	--

Критериум 15.1 Се врши периодична ревизија на планот во случај на масовни несреќи и несреќни случаи.

Критериум 15.2 Редовно се прават практични вежби и проверка на планот на терен.

ЗАШТИТА ОД ПОЖАРИ

Постапки и процедури за намалување на ризикот од пожари

Упатство:

Болницата се придржува кон важечките закони и прописи од областа на заштита од пожари. Запаливите и експлозивни материји се чуваат на соодветен начин и се врши редовна проверка на документацијата, се врши тестирање и одржување на системот за детекција на пожари, системот за аларм, како и системот за гаснење на пожари. При секоја набавка за потребите на болницата, се земаат во предвид мерките за заштита од пожари. Постои тим кој е одговорен за заштита од пожари. Постои јасен план на насока на движење во услови на пожар.

Стандард 16.0	Постојат постапки и процедури за намалување на ризикот од пожари
----------------------	---

***Критериум 16.1** Болницата се придржува кон важечките закони и прописи од областа на заштита од пожари.

Критериум 16.2 Запаливите и експлозивни материји се чуваат на соодветен начин.

Критериум 16.3 Редовно се врши проверка на документацијата, се тестира и одржува системот за детекција на пожари, системот за аларм, како и системот за гаснење на пожари.

Критериум 16.4 При секоја набавка за потребите на болницата се земаат во предвид мерките за заштита од пожари.

Критериум 16.5 Постои тим кој е одговорен за заштита од пожари.

Критериум 16.6 Постои јасен план на насока на движење во услови на пожар.

ЦЕНТРАЛНА СТЕРИЛИЗАЦИЈА

Програма за работа во централна стерилизација

Упатство:

Во рамките на просторот предвиден за централна стерилизација, постои посебна опрема, персонал и систем за документација со кој се обезбедува ефикасен и сигурен процес на деконтаминација и стерилизација на медицинските инструменти и материјали. Просторот е технички и технолошки поделен на: зона за прием и тријажа на материјалите, зона за миење/чистење, зона за стерилизација и зона за чување и складирање на стерилни материјали.

Постојат утврдени ажурирани, документирани протоколи и постапки за работата во сите фази на деконтаминација и стерилизација на хируршките инструменти и медицинските материјали за повеќекратна употреба. Политиката и постапките се

во пишана форма. На располагање е посебна опрема за миеење/чистење, дезинфекција, сушење, пакување и стерилизација на медицинските инструменти и материјали за повеќекратна употреба. Обезбедена е задолжителна воведна програма и задолжителна континуирана едукација за работа и заштита на работното место, на сите вработени во централна стерилизација.

Стандард 17.0 Постои програма за вршење на централна стерилизација

- Критериум 17.1** Во рамките на просторот предвиден за централна стерилизација, постои зона за прием, зона за деконтаминација, зона за подготовка за стерилизација (проверка на инструменти, редување во сетови, пакување, етикетирање), зона за стерилизација и зона за чување/складирање на стерилни материјали.
- Критериум 17.2** Постојат пишани мерки и процедури за вршење на сите споменати активности. Оперативните процедури треба да бидат усогласени со меѓународните стандарди за квалитет, како и со упатствата од релевантни институции или производителот.
- Критериум 17.3** На располагање е посебна опрема/ апаратура за деконтаминација, дезинфекција, сушење, пакување и стерилизација.
- Критериум 17.4** Постојат пишани ажурирани документирани процедури за работа на машините за миеење и дезинфекција (ММД) и валидација на нивното функционирање.
- Критериум 17.5** Постојат пишани датумирани, документирани процедури за безбедна работа во посебни случаи кога миеењето/чистењето, деконтаминацијата на медицинските инструменти и материјали се врши рачно, при што треба сите чекори од постапката да бидат испочитувани и евидентирани.
Упатство: Рачното миеење/ перење / сушење се практикува само во поединечни случаи или во вонредни околности.
- Критериум 17.6** Постојат пишани, ажурирани и документирани постапки за работа, за користење и отстранување на предмети по употребата, кои од производителот се означени како предмет за еднократна употреба. Во документите постојат насоки за повлекување на предметите и инструментите со ограничена примена.
- Критериум 17.7** Постојат пишани ажурирани документирани процедури за работа со потенцијално заразни инструменти и материјали.
- Критериум 17.8** Постои документиран систем за идентификација на инструментите и предметите кои се контаминирани, оштетени или нефункционални и протокол за нивна поправка и сервисирање.
- Критериум 17.9** Постојат пишани и ажурирани протоколи за контрола, одржување, сервисирање и валидација на апаратите во централна стерилизација.

- Критериум 17.10** Постојат пишани ажурирани, документирани процедури за безбедно ракување и транспорт на стерилни медицински инструменти и материјали.
- Критериум 17.11** Постојат пишани и ажурирани протоколи за пакување на материјалите за стерилизација.
Упатство: надворешната обвивка/амбалажа треба да ги содржи сите детали за внатрешната содржина на пакетот и да овозможи безбедно асептично отворање.
- Критериум 17.12.** За работата во централна стерилизација се прави годишен извештај до комисијата за подобрување на квалитетот и комисијата за интрахоспитални инфекции.
- Критериум 17.13** Линијата на одговорност го вклучува подеднакво нарачателот и извршителот на услугата на стерилизација, без разлика дали услугата се купува или продава на друга организација.

Простории во централна стерилизација

Упатство:

Објектот за стерилизација е дизајниран да овозможи поделба на активностите според степенот на загаденост. Движењето на материјалите кои се деконтаминираат во централна стерилизација се врши во правец од зоната за манипулација со нечист материјал кон зоната за чист и стерилен материјал и постои посебен влез/излез за секоја зона . Во болницата постојат соодветни системи за движење на воздух: во зоната за деконтаминација, обезбеден е негативен притисок на воздухот, воздухот од зоната за деконтаминација се испушта во надворешната средина, а во зоната за миене/чистење, обезбеден е позитивен притисок на воздухот. Зоната за чување/складирање на стерилни пакувања и залихи е со вентилација со позитивен притисок. Автоклавите и/или стерилизаторите се сместени во посебна просторија во однос на зоната за прием и обработка на контаминирани материјали. Пакувањето на текстилот, постелнината и инструментите се врши одвоено (за да се спречи можноста за контаминирање со текстилна прашина). Затворените колички за пренос на стерилен материјал се држат надвор од одделението, а во близина на зоната за складирање на материјалите.

Стандард 18.0	Обезбедени се соодветни простории во кои што се врши централна стерилизација
----------------------	---

- Критериум 18.1** Движењето се врши во правец од зоната за прием и манипулирање со нечист материјал кон чистата и потоа кон стерилната зона. Постои посебен влез/излез за секоја зона.
- Критериум 18.2** Постојат одделни лифтови за транспорт за чист и за нечист материјал. При отсуство на лифтови, постојат различни колички за чист и за нечист материјал, и се обезбедува временска бариера .
- Критериум 18.3** Постои соодветен систем за движење на воздухот

- Во зоната за деконтаминација, обезбеден е негативен притисок на воздухот.
- Воздухот од зоната за деконтаминација се испушта во надворешната средина.
- Во зоната каде што се врши миење/чистење, обезбеден е позитивен притисок на воздухот.

Критериум 18.4 Постојат зони за складирање со вентилација со позитивен притисок за стерилните пакувања и вообичаените залихи.

Критериум 18.5 Автоклавите и/или стерилизаторите се сместени во посебна просторија во однос на зоната за прием и за обработка на контаминирани материјали.

Критериум 18.6 Пакувањето на текстилот, постелнината и инструментите се врши одвоено (за да се спречи можноста за контамирање со текстилна прашина).

Критериум 18.7 Затворените колички за пренос на стерилен материјал се држат надвор од одделението, а во близина на зоната за складирање на материјалите.

Вработените лица во делот за централна стерилизација се едуцирани и имаат соодветна заштитна опрема при работата

Упатство:

Вработените во зоната за деконтаминација носат заштитна опрема (гумени ракавици, ракавици за еднократна употреба, водоотпорни кецели, заштитни маски со заштита за лице, заштитни наочари, садови за пренос на материјали). Постојат вработени кои работат во зоната со контаминиран материјал и вработени кои работат во зоната на стерилизација. Ако тоа не е случај, се преземаат мерки на претпазливост, за да се избегне контаминацијата на чистиот воздух. Доколку тоа не е случај, се преземаат мерки на претпазливост за да се избегне контамирање на чистиот воздух. Вработените се запознаени со протоколите и процедурите во услови на несакани случувања (пр. истекување на гасови). Обезбедена е задолжителна воведна програма и задолжителна обука за работа на вработените во делот за централна стерилизација, вклучувајќи ја и обуката за работа со постоечката опрема.

Стандард 19.0	Квалификуваните лица вработени во делот за централна стерилизација се соодветно едуцирани и имаат соодветна заштитна опрема
----------------------	--

Критериум 19.1 Вработените во зоната за деконтаминација носат заштитна опрема (гумени ракавици, ракавици за еднократна употреба, водоотпорни кецели, заштитни маски со заштита за лице, заштитни наочари, садови за пренос на материјали).

Критериум 19.2 Постојат вработени кои работат во зоната со контаминиран материјал и вработени кои работат во зоната на стерилизација. Доколку тоа не е случај, се преземаат мерки на претпазливост, за да се избегне контаминацијата на чистиот воздух.

Критериум 19.3 Вработените се запознаени со протоколите и процедурите во услови на несакани случувања (пр. истекување на гасови).

Критериум 19.4 Обезбедена е задолжителна воведна програма и задолжителна обука за работа на вработените во делот за централна стерилизација, вклучувајќи ја и обуката за работа со постоечката опрема.

Централната стерилизација се врши според претходно утврдени процедури

Упатство:

Стерилизаторите се сместени во посебна зона во однос на зоната на обработка. Упатствата за користење и безбедно ракување за секој стерилизатор, се лесно достапни на вработените лица и се почитуваат сите параметри, како што се времето и температурата на стерилизациониот циклус. Постојат протоколи, мерки и процедури кои ја оневозможуваат стерилизацијата на материјалот за еднократна употреба (според упатството на производителот). За сите методи на процесот на стерилизација се води писмена документација. Секој ден се врши проверка на целокупната опрема и се евидентираат резултатите. Постои систем за регистрирање на секој предмет кој се стерилизира (со број или со бар-код).

Стандард 20.0 Постојат соодветни процедури за вршење на стерилизација

Критериум 20.1 Стерилизаторите се сместени во посебна зона во однос на зоната на обработка (било за нечист или стерилен материјал).

Критериум 20.2 Упатствата за користење и безбедно ракување за секој стерилизатор се лесно достапни за вработените лица.

Критериум 20.3 Се почитуваат параметрите, како што се времето и температурата на стерилизациониот циклус. Се препорачува строго почитување на упатството од страна на производителот.

Примери на меѓународно прифатени параметри:

- Се препорачува времето на предвакуумска стерилизација, или работата со предвакуумски автоклав, или работа под висок вакуум да изнесува 3-4 минути на 133-135 степени Целзиусови.
- Се препорачува времето на циклусот на стерилизација со водена пареа под дејство на силата на гравитација, гравитациски автоклав, да изнесува 10-15 минути на 133-135 степени Целзиусови или 15-30 минути на 121 степен Целзиусов.
- Се препорачува времето на циклусот на сува стерилизација да изнесува:
 - 1 час на 170 степени Целзиусови или
 - 2 часа на 160 степени Целзиусови или
 - 2,5 часа на 150 степени Целзиусови

Критериум 20.4 Постојат протоколи, мерки и процедури со кои се спречува повторната стерилизација на материјалот за еднократна употреба (според упатството на производителот).

Критериум 20.5 За сите методи на процесот на стерилизација се води писмена документација.

Критериум 20.6 Секој ден се врши проверка на целокупната опрема со тестови за исправност на апаратите, што подразбира:

- Времето на изложување на притисок и топлина
- Содржината на секој контигент
- Вработеното лице што ја извршува стерилизацијата на контигентот
- Хемиска контрола: хемиски показатели/ индикатори за завршен процес/ изложеност на материјалот на стерилизација
- Биолошка контрола: тест за присуството на спори

Критериум 20.7 Постои систем за регистрирање на секој предмет што се стерилизира (со број или со бар код) и тоа:

- тип на стерилизаторот
- дата на стерилизација
- контигент на стерилизација

Тим за централна стерилизација

Упатство:

Тимот за централна стерилизација е составен на соодветен начин, и го чинат раководителот на тимот, специјално едуцирани здравствени лица и едуциран помошен персонал. Тимот редовно се состанува и води записник за својата работа, ги анализира сите постапки и процедури во процесот на деконтаминација на медицинските инструменти и материјали, ги анализира проблемите и недостатоците, ја контролира и валидира работата во сите фази поединечно и воведува нови техники и методи на работа. Доколку дојде до одредени проблеми во врска со централната стерилизација, се занимава со испитување и известување за тие проблеми.

Стандард 21.0 Тимот за контрола на централната стерилизација ја планира, надгледува и валидира работата во централна стерилизација

Критериум 21.1 Тимот за контрола на централната стерилизација е конституиран на соодветен начин.

Членови на тимот мора да бидат: специјално, наменски, едуцирани и со соодветно работно искуство: вработени стручни лица во централна стерилизација, доктори од болницата, началници на службите, началник на аптека, главна сестра, искусни медицински сестри од операциона сала, началник на техничката служба, началник на финансиското одделение, член на комисијата за контрола на болничките инфекции и др.).

Критериум 21.2 Тимот редовно се состанува и води записник за својата работа. Работата во централната стерилизација мора да биде документирана во сите фази на процесот на деконтаминација и стерилизација (пишан протокол, дијаграм, оперативна процедура).

- Критериум 21.3** Тимот ги анализира сите постапки и процедури за централна стерилизација.
- Критериум 21.4** Тимот ги анализира сите проблеми врзани за сите фази на процесот на стерилизација, известува за нив и препорачува мерки за подобрување на квалитетот на процесот на работа во одделението за стерилизација.
- Критериум 21.5** Тимот ги испитува сите проблеми поврзани со централната стерилизација и известува за нив.

БЕЗБЕДНО РАКУВАЊЕ СО ОПРЕМАТА, НАБАВЕНИОТ МАТЕРИЈАЛ, МЕДИЦИНСКАТА АПАРАТУРА И СООДВЕТНО КОРИСТЕЊЕ НА ПРОСТОРОТ

Безбедно ракување со опремата, набавениот материјал, медицинската апаратура и просторот

Упатство:

Установата води сметка за опремата, набавка на материјалот и медицинската апаратура така што: планира нова и современа опрема, редовно одржување и баждање на истата и за тоа води евиденција. Се намалуваат ризиците за пациентите и вработените во сите објекти на болницата. Се врши обука на вработените за безбедно користење на целокупната опрема (постојат посебни програми, а секоја спроведена обука се евидентира).

Стандард 22.0	Во установата безбедно се ракува со опремата, набавениот материјал, медицинската апаратура и просторот
----------------------	---

- Критериум 22.1** Установата располага со опрема, материјал и медицинска апаратура така што:
- Планира набавка на нова и современа опрема
 - Редовно и превентивно ја одржува постоечката опрема и за тоа води евиденција
 - Редовно ја баждари опремата и постои пишан документ за датумот на баждање
- Критериум 22.2** Се намалуваат ризиците за пациентите и вработените лица во сите објекти на болницата.
- Критериум 22.3** Се врши обука на вработените лица за безбедно користење на целокупната опрема.

Постојат посебни програми за обука, а секоја спроведена обука се евидентира.

ОДРЖУВАЊЕ НА ХИГИЕНАТА ВО ПРОСТОРИИТЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСТАНОВИ

Одржување на хигиената во просториите на здравствените установи

Упатство:

Установата води сметка за правилно одржување на хигиената во просториите и личната хигиена на вработените. Постојат утврдени постапки за одржување на хигиената во просториите и хигиената на рацете, и постои план за редовна набавка и употреба на средства за хигиена.

Стандард 23.0	Во просториите на болницата постојат утврдени постапки за одржување на хигиената
----------------------	---

Критериум 23.1	Постојат документирани процедури за чистење кои се однесуваат на просториите, на одделите, приемната служба и административните простории.
-----------------------	--

Критериум 23.2	Постојат документирани процедури за чистење кои се однесуваат на специјализирани простории како што се: лабораторија, мртвечница, операциона сала и единицата за интензивна нега.
-----------------------	---

Критериум 23.3	Постои распоред за генерално чистење, периодично, неделно, дневно, за одржување на хигиената на прозорците, подовите и сидовите.
-----------------------	--

Критериум 23.4	Постојат документирани процедури за користење, чистење, складирање и одржување на опремата за чистење.
-----------------------	--

*Стандард 24.0	Постојат утврдени постапки за одржување на хигиената на рацете
-----------------------	---

Критериум 24.1	Хигиената на рацете вклучува дезинфекција на рацете, миење на рацете и употреба на медицински ракавици за еднократна употреба.
-----------------------	--

Критериум 24.2	Вработените се придржуваат кон утврдените постапките за миење и дезинфекција на рацете.
-----------------------	---

Критериум 24.3	Средствата за хигиена на рацете се достапни за користење од страна на вработените, пациентите, посетителите и снабдувачите.
-----------------------	---

Критериум 24.4	Информации за правилната постапка на одржување на хигиена на рацете се јавно достапни и видливи за вработените, пациентите, посетителите и снабдувачите.
-----------------------	--

ЛЕКУВАЊЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ

ПРИЕМ

Упатство:

Иницијалната тријажа на пациентот се врши во текот на првиот контакт, со цел пациентот да биде упатен кон соодветна служба во рамките на болницата. Пациентите се поделени во категории, согласно нивните потреби, а предност имаат оние пациенти чијашто состојба е таква што бара моментално лекување. Постојат и се применуваат пишани процедури за прием на пациентот. По приемот на пациентот и неговото семејство им се даваат информации за моменталната состојба на пациентот.

Стандард 1.0. Постои утврдена постапка за прием на пациентот

- | | |
|----------------------|---|
| Критериум 1.1 | Тријажата се извршува во текот на првиот контакт со цел пациентот да биде упатен кон соодветната служба во болницата. |
| Критериум 1.2 | Сите специјалистички прегледи кои не се однесуваат на ургентни состојби (100%), се закажани прегледи.
Сите откажани приеми (100%) се закажуваат повторно во рок од 30 дена за контролен преглед. |
| Критериум 1.3 | Пациентите се поделени во категории согласно нивните потреби, а предност имаат оние пациенти чијашто состојба е таква што бара моментално лекување. |
| Критериум 1.4 | Постојат и се применуваат пишани процедури за прием на пациентите. |
| Критериум 1.5 | По приемот, на пациентот и на неговото семејство им се даваат информации за моменталната состојбата на пациентот. |

ПРОЦЕНКА НА ЗДРАВСТВЕНАТА СОСТОЈБА НА ПАЦИЕНТОТ И ПОДГОТОВКА НА ПЛАНОТ ЗА ЛЕКУВАЊЕ

Упатство:

Потребата на пациентот во смисла на примена на мерки на превенција, куративното, рехабилитациското и палијативното згрижување се реализираат според утврдени приоритети и врз основа на состојбата на пациентот во текот на приемот. Се прават соодветни дијагностички процедури (лабораториски, радиолошки и др), а

резултатите од истите се евидентираат во картонот/историјата на болеста на пациентот (се земаат во предвид и резултатите од претходно извршените дијагностички процедури). Потребата од специјалистички услуги е утврдена и евидентирана и се предлага план на лекување со очекувани цели (исходи). Планот на лекување се евидентира јасно во картонот/историјата на болеста на пациентот и/или се разгледува со пациентот, т.е. неговото семејство.

Стандард 2.0 **Проценката на здравствената состојба на пациентот е извршена и подготвен е мултидисциплинарен план на лекување**

- Критериум 2.1** Врз основа на здравствената состојба на пациентот, во текот на приемот, се утврдуваат приоритетите на неговите потреби за примена на мерки на превенција, лекување, рехабилитација или палијативна нега.
- Критериум 2.2** Извршени се соодветни дијагностички процедури, (лабораториски, радиолошки и други), а резултатите од истите се евидентирани во картонот/историјата на болеста на пациентот.
- Критериум 2.3** Се утврдуваат и се евидентираат потребите од специјалистички услуги.
- Критериум 2.4** Се предлага план на лекување со очекувани цели (исходи).
- Критериум 2.5** Планот на лекување се евидентира јасно во картонот/историјата на болеста на пациентот.
- Критериум 2.6** Планот на лекување се разгледува со пациентот, т.е. со неговото семејство.

СПРОВЕДУВАЊЕ НА ЛЕКУВАЊЕТО

Упатство:

Со планот на лекување се запознаени сите здравствени работници вклучени во процесот на лекување на пациентот. Се одредуваат квалификувани лица како одговорни за спроведување на лекувањето според претходно утврдени Упатства за практикување на Медицина заснована на докази. Информациите во врска со спроведените прегледи и лекувања на пациентот се евидентираат во картонот/историјата на болеста на пациентот. Постои систем за спречување на грешки при ракување со лекови (идентификација на пациент, проверка на лек, доза, начин на припрема и администрација).

Стандард 3.0 **Лекувањето се спроведува согласно планот на лекување.**

- Критериум 3.1.** Со планот на лекување се запознаени сите здравствени работници вклучени во процесот на лекување на пациентот.
- Критериум 3.2** Лекувањето го спроведуваат лица со соодветни квалификации
- Квалификациите се одредуваат во соработка со Лекарската комора и Македонското лекарско друштво.

- Критериум 3.3** За лекување на пациентот се задолжени лица со соодветни квалификации
- Имињата на лицата задолжени за лекување се евидентираат во картонот/историјата на болеста на пациентот.
 - Во текот на лекувањето може да дојде до промена на лицето кое е одговорно за лекувањето. Истата промена се евидентира.
 - Вработениот персонал е запознаен кое лице/ лица с(е) задолжени за лекување на пациентот.
- Критериум 3.4** Лекувањето се спроведува според претходно утврдени Упатства за практикување на медицина заснована на докази.
- Критериум 3.5** Основната дејност на службата ја поддржува мисијата, визијата и вредноста на болницата.
- Постојат докази дека службата ја почитува мисијата, визијата и вредноста на болницата при планирањето во пружањето на услугите
 - Во текот на пружање на услугите вработените во службите ја почитуваат мисијата, визијата и вредноста на болницата.
- Критериум 3.6** Информациите во врска со спроведените прегледи и лекувањето на пациентот се евидентираат во картонот/историјата на болеста на пациентот.
- Надлежниот лекар е задолжен за правилно водење на медицинската документација.
 - Потписот на надлежниот лекар задолжително се наоѓа во картонот/историјата на болеста на пациентот.
 - После секој преглед, под наодот и извештајот, се потпишува лекарот кој го извршил прегледот.
- *Критериум 3.7** За несаканите случувања се води евиденција, се испитуваат причините за нивното настанување и за истите се известува.
- *Критериум 3.8** Постои систем за спречување на грешки при ракување со лекови (идентификација на пациент, проверка на лек, доза, начин на припрема и администрација).

ПЛАН НА ЛЕКУВАЊЕ

Упатство:

Планот на лекување се разгледува редовно, а во случај на измена на утврдените цели и планот на лекување, истите се евидентираат во историјата на болеста на пациентот и се известуваат здравствените работници кои се дел од тимот за лекување на пациентот. За измените на планот на лекување се разговара со пациентот или со неговото семејство.

Стандард 4.0 Се разгледува планот на лекување

Критериум 4.1 Планот на лекување се разгледува редовно.

- Критериум 4.2** Во случај на измена на утврдените цели и планот на лекување, истите се евидентираат.
- Критериум 4.3** Измените на планот на лекување се евидентираат во историјата на болеста на пациентот.
- Критериум 4.4** За измената на планот на лекување се известуваат здравствените работници кои се дел од тимот кој го спроведува лекувањето на пациентот.
- Критериум 4.5** За измените на планот на лекување се разговара со пациентот или со неговото семејство.

ПРЕУПАТУВАЊЕ, ИСПИС ИЛИ ТРАНФЕР НА ПАЦИЕНТОТ НА ДРУГО ОДДЕЛЕНИЕ/ДРУГА УСТАНОВА

Упатство:

Постапката за преупатување, испис или трансфер на пациентот на друго одделение или друга установа, вклучува план за преупатување, испис или преместување и за тоа се води евиденција. Пациентот се преупатува во соодветната установа која може да ги пружи потребните услуги. Постапката се однесува и на помошните служби и предвидува пружање на понатамошни медицински услуги за кои ќе има потреба после исписот или трансферот на пациентот на други одделенија/установи. Пациентот и/или неговото семејство однапред се информираат за исписот, како и за сите дадени препораки во смисол на потребите на пациентот по неговиот испис/преместување на друго одделение/установа. При исписот/преместувањето на пациентот на друго одделение/установа, неговото досие ги содржи податоците за: причината за прием, наодите, дијагнозите, спроведените процедури, лековите и другите третмани, отпусната листа, здравствената состојба на пациентот при исписот, лековите за понатамошна употреба со упатство за нивно користење.

Стандард 5.0	Постои утврдена постапка за преупатување на пациентот на друго одделение/установа
---------------------	--

- Критериум 5.1** Се проценува потребата и итноста за преупатување на пациентот на друго одделение/установа и за тоа се води евиденција.
- Критериум 5.2** Постапката вклучува план за преупатување на пациентот на друго одделение или установа
- Критериум 5.3** Пациентот и/или неговото семејство се информираат за причините за преупатувањето, како и одделението/установата каде се преупатува пациентот.
- Критериум 5.4** При преупатувањето на пациентот на друго одделение/установа, придружната документација која му се дава на пациентот содржи податоци за:
- причината за преупатување
 - наодите/резултати доколку се направени претходни анализи
 - претпоставената дијагноза
 - спроведените процедури (доколку постојат)

здравствената состојба на пациентот при преупатувањето

Стандард 6.0 **Постои утврдена постапка за испис/трансфер на пациентот на друго одделение/установа**

- Критериум 6.1** Постапката вклучува план за испис/трансфер на пациентот на друго одделение/установа која е соодветна за да може да ги пружи потребните услуги.
- Критериум 6.2** Постапката се однесува и на помошните служби и предвидува пружање на понатамошни медицински услуги за кои ќе има потреба после исписот/трансферот на пациентот на други одделенија/установи.
- Критериум 6.3** Се проценува спремноста за испис/трансфер на пациентот на друго одделение/установа и за тоа се води евиденција.
- Критериум 6.4** Пациентот и/или неговото семејство однапред се информираат за исписот/трансферот, како и за сите дадени препораки во смисол на потребите на пациентот по неговиот испис/трансфер на друго одделение/установа.
- Критериум 6.5** При исписот/трансферот на пациентот на друго одделение/установа, неговото досие ги содржи податоците за:
- причината за прием
 - наодите/резултатите
 - дијагнозите
 - спроведените процедури
 - лековите и другите третмани
 - отпусната листа
 - здравствената состојба на пациентот при исписот
 - лековите за понатамошна употреба со упатство за нивно користење

ПРОСТОРИИ И ОПРЕМА

Упатство:

На располагање се соодветни простории и опрема кои редовно се одржуваат, а за кои постојано се води евиденција.

Стандард 7.0. **На располагање се соодветни простории и опрема**

- Критериум 7.1.** Приодот кон болницата и службите е достапен.
Постои влез за лицата со инвалидитет. Локацијата на болницата и влезовите на сите служби и одделенија се обележани со соодветни ознаки.
- Критериум 7.2.** Болницата располага со соодветни простории за вршење на дејноста. Секоја болница дефинира минимален број на приемни амбуланти за пациенти, според инциденца на патологијата во подрачјето кое го покрива, но и според расположивиот медицински кадар.

- Критериум 7.3.** Се води евиденција на целокупната опрема, заедно со распоредот за одржување на секој нејзин дел. Планирано е вработување на соодветни кадри за одржување на опремата.
- Критериум 7.4.** Се евидентира целата опрема која треба да се баждари и се прецизира распоредот за баждарење.

КВАЛИТЕТ НА РАБОТЕЊЕТО И БЕЗБЕДНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ

Упатство:

Сите вработени во здравствената установа се запознаени со стратешкиот план на болницата, а планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите е утврден врз основа на стратешкиот план. Здравствената установа има план за унапредување на квалитетот на работење и безбедноста на пациентите. Со овој план се одредуваат областите кои би требало да се унапредат, активностите кои би требало да се преземат, како и резултатите и постапките за нивно следење. Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредување на квалитетот на работење и безбедноста на пациентите. Во рамките на активностите за унапредување на квалитетот на работењето, се идентификуваат и следат показателите за квалитет (утврдени се податоците и методите кои се користат за собирање на овие податоци преку Правилникот за видовите на индикатори за здравствена заштита). Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите (при изборот на вработените кои ќе учествуваат во овие активности, се разгледува природата на активностите на планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите, како и работното оптоварување на вработените).

Стандард 8.0	Се следат квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите
---------------------	---

- Критериум 8.1** Сите вработени во здравствената установа се запознаени со стратешкиот план на болницата, а планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите е утврден врз основа на стратешкиот план.
- Критериум 8.2** Здравствената установа има план за унапредување на квалитетот на работење и безбедноста на пациентите.
- Критериум 8.3** Со планот за унапредување на квалитетот на работење и безбедноста на пациентите се одредуваат областите кои би требало да се унапредат, активностите кои би требало да се преземат, како и резултатите и постапките за нивно следење.
- Критериум 8.4** Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите.
- Критериум 8.5** Во рамките на активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите, се утврдуваат и следат

показателите за квалитет на работењето и безбедноста на пациентите.

- Утврдени се податоците кои треба да се собираат за секој показател, како и методите кои се користат за собирање на овие податоци (преку Правилникот за видовите на индикатори за здравствена заштита).

Критериум 8.6

Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите.

- При изборот на вработените кои ќе учествуваат во овие активности, се разгледува природата на активностите на планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите, како и оптовареноста на работното место.

СПЕЦИФИЧНИ КЛИНИЧКИ УСЛУГИ (СКУ)

ОПЕРАЦИОНА САЛА

Прием

Упатство:

Иницијалната тријажа на пациентите се врши на местото на првиот контакт во установата, со цел пациентот да се упати кон адекватната служба во установата. Се дава предност на оние пациенти чија состојба побарува неопходно лекување. Постојат пишани протоколи и процедури за прием на пациентите, кон кои вработените се придржуваат, а при влезот во операциона сала се пополнува контролна листа со податоци за секој пациент. Во историјата на болеста на пациентот се евидентира дека пациентот и неговото семејство се известени за хируршката интервенција.

Стандард 1.0 **Постојат утврдени постапки за прием на пациентот**

- Критериум 1.1** Тријажата се врши во текот на првиот контакт, со цел на пациентот да му се пружат соодветните услуги.
- Критериум 1.2** Се дава предност на оние пациенти чија состојба побарува неопходно лекување.
- Критериум 1.3** Постојат и се применуваат пишани протоколи и процедури за прием на пациентите кои содржат:
- потврда за идентитетот на пациентот;
 - одредување и потврда на местото на спроведување на хируршката интервенција;
 - спроведување на процедура за добивање на согласност од пациентот врз основа на добиените информации (писмена согласност со потпис на пациентот, во согласност со Законот за правата на пациентите);
 - доколку пациентот не е во состојба да даде согласност врз основа на добиените информации:
 - согласност дава семејството
 - доколку не е достапен ниеден член од семејството, лекарот кој ординира оваа информација ја бележи во картонот/историјата на болеста
 - доколку пациентот е свесен и ориентиран, лекарот кој ќе го оперира, како и анестезиологот, заеднички ги

разгледуваат процедурите кои ќе ги спроведуваат, како и можните компликации;

- содржината на тој разговор се евидентира во картонот/историјата на болеста.

- Критериум 1.4** При влезот во операционата сала се пополнува контролна листа со податоци за секој пациент, која го опфаќа следното:
- нараквица со број за идентификација на пациентот;
 - потврда за името и личните податоци;
 - потврда за видот на хируршката интервенција од страна на пациентот и медицинскиот персонал;
 - писмена согласност од пациентот, потпишана во присуство на сведок;
 - потврден алерголошки статус на пациентот;
 - резултатите од лабораториските и другите прегледи се наоѓаат во картонот/историјата на болест на пациентот;
 - симнување на накитот и лакот за нокти.
 - симнување на контактните леќи;
 - симнување на забни и други протези;
 - проверка и потврда дека пациентот не зел храна/течност преку уста;
 - подготовка на оперативното поле (бричење, обележување).

- *Критериум 1.5** Постои контролна листа во историјата на пациентот која содржи минимум на податоци препорачани од Светската Здравствена Организација

- Критериум 1.6** Во историјата на болеста на пациентот се евидентира дека пациентот и неговото семејство се известени за хируршката интервенција.

Проценка на здравствената состојба на пациентот и план на лекување

Упатство:

Потребата на пациентот од хируршка интервенција се проценува и евидентира. На пациентот и неговото семејство му се предочуваат ризиците, користа, можните компликации и другите можности поврзани со интервенцијата, а содржината од тој разговор се евидентира во историјата на болеста на пациентот. Планот за спроведување на анестезија се разгледува со пациентот и семејството и се евидентира во историјата на болеста на пациентот.

Стандард 2.0	Се врши проценка на здравствената состојба на пациентот и се подготвува планот на лекување
---------------------	---

- Критериум 2.1** Се проценува потребата на пациентот во смисол на вршење на хируршка интервенција и истата се евидентира.

- Критериум 2.2** На пациентот и неговото семејство му се предочуваат ризиците, користа, можните компликации и другите можности поврзани со интервенцијата. Содржината од тој разговор се евидентира во историјата на болеста на пациентот.

- Критериум 2.3** Квалификувани лица вршат преанестетичка проценка/подготовка на пациентот.
- Критериум 2.4** Планот за спроведување на анестезија се разгледува со пациентот и/или семејството.
- Критериум 2.5** Планот за спроведување на анестезија се евидентира во историјата на болеста на пациентот.

Спроведување на лекувањето

Упатство:

Извршената хируршка интервенција се евидентира во историјата на болеста на пациентот, а извештајот потпишан од хирургот /оператор, се доставува во предвиден временски рок кој е потребен на пациентот да му се пружи постоперативна нега. Физиолошката состојба на пациентот континуирано се следи за време и непосредно после хируршката интервенција и истата се евидентира во историјата на болеста на пациентот.

Стандард 3.0	Лекувањето се спроведува согласно планот на лекување
---------------------	---

- Критериум 3.1** Извршената хируршка интервенција се евидентира во историјата на болеста на пациентот и опфаќа:
- постоперативна дијагноза
 - опис на хируршката интервенција, наодите и земените примероци од ткивата
 - име на хирург/оператор и соработниците
- Критериум 3.2** Хирургот го составува и потпишува извештајот во предвиден временски рок, со цел на пациентот да му се пружи постоперативна нега.
- Критериум 3.3** Физиолошката состојба на пациентот континуирано се следи за време и непосредно после хируршката интервенција и истата се евидентира во историјата на болеста на пациентот.

Лекувањето на пациентите се спроведува од стручни лица

Упатство:

Стручните и квалификувани лица се одредуваат како одговорни лица за лекување и нега на пациентите. Формирана е комисија која ги утврдува протоколите и процедурите кои се однесуваат на операционата сала. Оваа комисија се состанува редовно, води записник и по потреба презема активности.

Стандард 4.0	Лекувањето се спроведува од лица со соодветни квалификации
---------------------	---

- Критериум 4.1** За лекување на пациентите се задолжени лица со соодветни квалификации:

- Имиња на лицата задолжени за лекувањето се евидентираат во картонот/историјата на болест на пациентот;
- Во текот на лекувањето може да дојде до промена на лицето одговорно за лекување и истата промена се евидентира;
- Вработениот персонал е запознаен кое лице е задолжено за лекување на пациентот.

- Критериум 4.2** Раководењето и контролата на лекувањето ги спроведува лице со соодветни квалификации и тоа:
- Началник/раководител на одделение за хирургија;
 - Началник/раководител на служба за анестезиологија;
 - Главна хируршка сестра/техничар со најмалку 5 години работно искуство во операциона сала;
 - Постојат најмалку 2,5 медицински сестри/ техничари по операциона сала;
 - Постои можност за ангажирање на здравствени работници на повик.
- Критериум 4.3** Формирана е комисија која ги утврдува протоколите и процедурите кои се однесуваат на операционата сала.
- Критериум 4.4** Комисијата за операциони сали се состанува редовно, води записник и по потреба презема активности.
- *Критериум 4.5** За несаканите случувања се води евиденција, се испитуваат причините за нивното настанување и за истите се известува.
- *Критериум 4.6** Постои систем за спречување на грешки при ракување со лекови (идентификација на пациент, проверка на лек, доза, начин на припрема и администрација).

Насоки, процедури и протоколи на лекување

Упатство:

Во болницата постојат протоколи и процедури со кои вработените се запознаени. Исто така, вработените се запознаени доколку постојат нивни измени. Воведена е постапка на периодично оценување на нивната примена. Востановените протоколи се применуваат. Сите вработени се запознаени со правилата на општо усвоениот Етички кодекс на однесување и пружање на здравствени услуги. За несаканите случувања (настани и дејства) се води евиденција, истите се испитуваат и се известуваат. Постои систем за спречување на грешки при ракување со лекови (идентификација на пациент, проверка на лек, доза, начин на припрема и администрација).

Стандард 5.0	Лекувањето се спроведува согласно постоечките насоки, процедури и протоколи
---------------------	--

- Критериум 5.1** Постојат протоколи за:
- закажување на операции (дневна хирургија и операции за лежечки пациенти);
 - ракување со примероците;
 - принципи на асепса;

- општи мерки на претпазливост;
- терапија на болка и седирање на пациентите;
- документација за операционата сала:
 - видот на интервенција
 - време на влез во сала/ излез од сала
 - имиња на присутните во салата
 - употребени инструменти
 - проверка на бројот на инструментите и материјалите после операцијата
- безбедност на вработените лица.
- бележење, испитување и известување за несаканите случаи.

- Критериум 5.2** Вработените се запознаени со протоколите и процедурите, како и со нивните измени.
- Критериум 5.3** Воведена е постапка за периодично оценување на работата во операционата сала и нејзино усогласување со постоечките процедури.
- Критериум 5.4** Утврдени се и се применуваат Клинички упатства засновани на докази во клиничката практика.
- Критериум 5.5** Сите вработени се запознаени со правилата на општо усвоениот Етички кодекс на однесување и пружање на здравствени услуги.
- Критериум 5.6** Се почитуваат правата на пациентите-корисниците на здравствените услуги:
 - достоинство и почитување
 - приватност
 - доверливост
 - сигурност и безбедност
- *Критериум 5.7** За несаканите случувања се води евиденција, се испитуваат причините за нивното настанување и за истите се известува.
- *Критериум 5.8** Постои систем за спречување на грешки при ракување со лекови (идентификација на пациент, проверка на лек, доза, начин на припрема и администрација).

Простории и опрема

Упатство:

Движењето во операционата сала е во една насока. На располагање е опрема, а дневната контрола на опремата се врши од квалификувано лице. Опремата содржи: дефибрилатор (спремен за употреба), кардио-монитор (спремен за употреба), лекови кои се применуваат во ургентни состојби, тубуси со различни големини, ларингоскоп со различни шпатули и резервни батерии и сијалици за ларингоскоп, штиска за имобилизација. Просториите се безбедни и заштитени од ширење на инфекција (сите површини се мазни и непорозни, подовите се антистатички, електричните кола се добро вземјени, дотокот на струјата е постојан). Постојат одделни организациони единици за дневна хирургија и за лежечки пациенти. Пред операционата сала постои стерилизиран простор кој е

контролиран и во кој влезот е ограничен само за овластени лица. Опремата во операционата сала редовно се проверува и одржува и се врши соодветно складирање на опремата и материјалите. Постојат посебни соблекувални за мажи и жени.

Стандард 6.0 Постојат адекватни простории и опрема

- Критериум 6.1** Пред операционата сала постои стерилизиран простор.
- Критериум 6.2** Влезот во операционата сала е ограничен и се контролира.
- Критериум 6.3** Движењето во операционата сала е во една насока.
- Критериум 6.4** На подвижните колички се наоѓа сет/комплет на опрема за реанимација чијашто содржина секојдневно се проверува од лице со соодветна квалификација. Сетот на опремата содржи:
- дефибрилатор (спремен за употреба)
 - кардио-монитор (спремен за употреба)
 - лекови кои се применуваат во ургентни состојби
 - тубуси со различни големини
 - ларингоскоп со различни шпатули
 - резервни батерии и сијалици за ларингоскоп
 - штичка за имобилизација
- Критериум 6.5** Просториите се безбедни и заштитени од ширење на инфекција (сите површини се мазни и непорозни, подовите се антистатички, електричните кола се добро вземјени, дотокот на струјата е постојан).
- Критериум 6.6** Постојат одделни организациони единици за дневна хирургија и за лежечки пациенти.
- Критериум 6.7** Постои сала и простор за обработка на загадени случаи-асептична сала.
- Критериум 6.8** Опремата редовно се проверува, се баждари кога е потребно и се одржува.
- се води список на целокупната опрема, заедно со распоредот на одржување за секој нејзин дел
 - се евидентира целокупната опрема која треба да се баждари и се прецизира распоредот на баждарење.
- Критериум 6.9** Опремата и материјалот се чуваат на соодветен начин.
- Критериум 6.10** Постојат посебни соблекувални за мажи и жени.

Квалитет и безбедност на пациентите

Упатство:

Сите вработени во службата се запознаени со стратешкиот план на болницата, а планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите е утврден врз основа на стратешкиот план. Операционата сала има

план за унапредување на квалитетот на работење и безбедноста на пациентите. Со овој план се одредуваат областите кои би требало да се унапредат, активностите кои би требало да се превземат, како и резултатите и постапките за нивно следење. Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредување на квалитетот на работење и безбедност на пациентите. Во рамките на активностите за унапредување на квалитетот на работењето, се утврдуваат и следат показателите за квалитет (утврдени се податоците и методите кои се користат за собирање на овие податоци). Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите (при изборот на вработените кои ќе учествуваат во овие активности, се разгледува природата на активностите на планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите, како и оптовареноста на работното место). Во согласност со насоките од СЗО, вработените учествуваат во превенцијата и спречување на ширењето на инфекциите со редовно миене на рацете, одржување на личната хигиена, користење на медицински ракавици и друго.

Стандард 7.0	Се следи квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите
---------------------	--

- Критериум 7.1** Сите вработени во службата се запознаени со стратешкиот план на болницата, а планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите е утврден врз основа на стратешкиот план.
- Критериум 7.2** Операционата сала има план за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите.
- Критериум 7.3** Со планот за унапредување на квалитетот на работење и безбедност на пациентите се одредуваат областите кои би требало да се унапредат, активностите кои би требало да се преземат, како и резултатите и постапките за нивно следење.
- Критериум 7.4** Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредување на квалитетот на работење и безбедноста на пациентите.
- Критериум 7.5** Во рамките на активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите, се утврдуваат и следат показателите за квалитет на работењето и безбедност на пациентите.
- Утврдени се податоците кои треба да се собираат за секој показател, како и методите кои се користат за собирање на овие податоци.
- Критериум 7.6** Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите.
- При изборот на вработените кои ќе учествуваат во овие активности, се разгледува природата на активностите на планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите, како и оптовареноста на работното место.

- *Критериум 7.7** Во согласност со насоките од СЗО, вработените учествуваат во превенцијата и спречување на ширењето на инфекциите со редовно миење на рацете, одржување на личната хигиена, користење на медицински ракавици и др.

ИНТЕНЗИВНА НЕГА

Прием

Упатство:

Приемот на одделението за интензивна нега е овозможен 24 часа дневно и историјата на болеста се отвора при приемот на пациентот на одделението. Протоколите и процедурите за прием на пациентите опфаќаат прием на пациентите од иста болница, како и прием на пациентот од надвор. Постојат протоколи и процедури за прием на педијатриски пациенти.

Стандард 8.0	Постои утврдена постапка за прием на пациенти на одделението за интензивна нега
---------------------	--

- | | |
|----------------------|---|
| Критериум 8.1 | Приемот на одделението за интензивна нега е овозможен 24 часа дневно. |
| Критериум 8.2 | Историјата на болеста се отвора при приемот на пациентот на одделението. |
| Критериум 8.3 | Постојат протоколи и процедури за прием на пациентот, како од истата болница, така и од надвор. |
| Критериум 8.4 | Постојат протоколи и процедури за прием на педијатриските пациенти. |

Проценка на здравствената состојба на пациентот и план на лекување

Упатство:

Лица со соодветна квалификација вршат проценка на потребите на пациентите и истите се внесуваат во историјата на болеста на пациентот. Планот на лекување е утврден и се разгледува со пациентот (доколку е тоа можно), како и со неговото семејство.

Стандард 9.0	Проценка на здравствената состојба на пациентот е извршена и утврден е планот на лекување
---------------------	--

- | | |
|----------------------|--|
| Критериум 9.1 | Лицата со соодветна квалификација вршат проценка на потребите на пациентот. |
| Критериум 9.2 | Потребите на пациентот се внесуваат во историјата на болест на пациентот. |
| Критериум 9.3 | Се утврдува план на лекување. |
| Критериум 9.4 | Планот на лекување се разгледува со пациентот (доколку е тоа можно), како и со неговото семејство. |

Спроведување на лекувањето

Упатство:

Начинот и текот на лекувањето се евидентираат во историјата на болеста на пациентот (лекувањето ги опфаќа сите пружени услуги, вклучувајќи ги дијагностичките и терапевтските процедури), а историјата на болеста на пациентот ја потпишува одговорниот лекар.

Стандард 10.0 Лекувањето се спроведува во согласност со планот на лекување

- Критериум 10.1** Начинот и текот на лекувањето се евидентираат во историјата на болеста на пациентот.
- Лекувањето ги опфаќа сите пружени услуги, вклучувајќи ги дијагностичките и терапевтските процедури.
- Критериум 10.2** Потписот на одговорниот лекар и лекарот кој го прегледувал и лекувал пациентот, задолжително се наоѓаат во историјата на болеста на пациентот.

Лекувањето и негата ги спроведуваат лица со соодветни квалификации

Упатство:

Со службата за интензивна нега раководи квалификуван лекар, а одговорните медицински сестри/техничари кои работат во секоја смена се исто така квалификувани со дополнителна обука од областа на интензивна нега и со најмалку три години работно искуство во одделението. Соодветниот сооднос на бројот на лекари и медицински сестри/техничари се одредува според бројот на пациентите и нивната здравствена состојба (се препорачува тој однос да е 1:1 за пациенти на интензивно лекување). Се дозволува отстапување на овој сооднос во зависност од стадиумот на оздравување на пациентот; прецизно се дефинираат здравствените состојби кои бараат интензивно лекување. Лекарите-специјалисти се на располагање на одделението за интензивна нега 24 часа дневно (специјалистите кои работат во службата за ургентна медицина можат исто така да работат на одделението за интензивна нега). Лекарите на специјализација можат да работат на одделението само под надзор на специјалистите во одделението за интензивна нега. Здравствените работници имаат адекватно образование и обука. Редовно се проверува знаењето на здравствените работници за знаењето на процедурите и употреба на опремата. Постои комисија за интензивна нега која ги утврдува протоколите и процедурите за одделението за интензивна нега. Комисијата се состанува редовно, во дефиниран временски интервал, води записник и по потреба презема соодветни активности.

Стандард 11.0 Лекувањето и негата ги спроведуваат лица кои имаат соодветни квалификации

- Критериум 11.1** Лекувањето и негата на пациентите во Службата за интензивна нега се спроведуваат од лица со соодветни квалификации.

- Квалификациите се одредуваат согласно Законот за здравствена заштита и во соработка со Лекарската комора, Фармацевтската комора и Македонското Лекарско Друштво.
- Критериум 11.2** Со службата за интензивна нега раководи квалификуван лекар.
- Со одделението за интензивна нега раководи квалификуван лекар од областа на интензивна нега.
 - Со коронарната единица раководи квалификуван кардиолог.
 - Со одделението за интензивна нега за неонатологија раководи квалификуван педијатар/неонатолог.
- Критериум 11.3** Во секоја смена работи одговорна медицинска сестра/техничар со соодветна квалификација и дополнителна обука од областа на интензивна нега и со најмалку три години работно искуство во одделението.
- Критериум 11.4** Медицинските сестри/техничари мораат да имаат соодветни квалификации и дополнителна обука од областа на интензивната нега.
- Најмалку 20% од персоналот секоја година поминува обука од областа на интензивната нега.
- Критериум 11.5** Соодносот на бројот на лекари и медицински сестри/техничари се одредува според инфлуксот, вкупниот број на пациентите и нивната здравствена состојба.
- Постои и се применува механизам со кој се ускладува соодносот на бројот на здравствените работници според тоа каква е акутната состојба на пациентите.
- Критериум 11.6** За медицински сестри/техничари се препорачува тој сооднос да е 1:1 за пациенти кои бараат интензивно лекување, меѓутоа се дозволува отстапување во зависност од стадиумот на оздравување на пациентот;
- Прецизно се дефинират здравствените состојби кои бараат интензивно лекување.
- Критериум 11.7** Лекарите-специјалисти се на располагање на одделението за интензивна нега 24 часа дневно.
- Специјалистите кои работат во Службата за ургентна медицина, можат исто така да работат на одделението за интензивна нега.
- Критериум 11.8** Лекарите на специјализација можат да работат на одделението само под надзор на специјалистите во одделението за интензивна нега.
- Критериум 11.9** Здравствените работници имаат адекватно образование и редовно се усовршуваат, согласно законските прописи.
Показател: најмалку 20% од здравствените работници, годишно имаат поминато обука за обновување и унапредување на знаењето од областа на интензивната нега.
- Критериум 11.10** Редовно се проверува знаењето на здравствените работници за знаењето на процедурите и употреба на опремата.

Се врши проверка на знаењето за следното:

- Мониторинг на хемодинамиските параметри
- Пресметка на дозата на лекови
- Дефибрилација/кардиоверзија
- Откривање на аритмија и нејзино лекување
- Пулсна оксиметрија
- Гасни анализи на артериската крв и анализа на рутинските лабораториски резултати
- После воведување на нова опрема
- Пракса/процедура за асепса и антисепса
- Процедура за кардиопулмонарна реанимација

Критериум 11.11 Формирана е комисија за интензивна нега која ги утврдува протоколите и процедурите за одделението за интензивна нега.

Критериум 11.12 Комисијата се состанува редовно, во дефиниран временски интервал, води записник и по потреба презема соодветни активности.

Насоки, процедури и протоколи за интензивна нега

Упатство:

На одделението за интензивна нега постојат протоколи за комуникација со пациентите и/или семејството на пациентот. Материјалот за здравствена едукација е на располагање на пациентите и нивните семејства. За несаканите случувања (настани и дејства) се води евиденција, истите се испитуваат и за нив се известува. Постои систем за спречување на грешки при ракување со лекови (идентификација на пациент, проверка на лек, доза, начин на припрема и администрација).

Стандард 12.0 Интензивната нега се врши според постоечки насоки, процедури и протоколи

Критериум 12.1 Постојат протоколи за:

- Прием и испис на пациентот
- Насоки за водење на историјата на болеста на пациентот
- Пружање на неопходна медицинска помош (на пр. прекин на работа на срцето)
- Контрола на инфекциите
- Процес на прием, транспортирање и трансфер на пациентите
- Евидентирање, испитување и известување за несаканите настани и дејства
- Безбедност на вработените лица
- Односот на бројот на здравствени работници спрема бројот на пациенти (посебно за пациенти на асистирано дишење 1:1)
- Пресметување на дозата на лекови
- Редовните назначувања
- Времето за визита

Критериум 12.2 Постојат протоколи за комуникација со пациентите и/или семејството на пациентот.

- Критериум 12.3** Материјалот за здравствена едукација е на располагање на пациентите и нивните семејства.
- Критериум 12.4** Сите вработени се запознаени со правилата на општо усвоениот Етички кодекс на однесување и пружање на здравствени услуги.
- Критериум 12.5** Се почитуваат правата на пациентите-корисниците на услуги за:
- достоинство и почитување
 - приватност
 - доверливост
 - сигурност и безбедност
- *Критериум 12.6** За несаканите случувања се води евиденција, се испитуваат причините за нивното настанување и за истите се известува.
- *Критериум 12.7** Постои систем за спречување на грешки при ракување со лекови (идентификација на пациент, проверка на лек, доза, начин на припрема и администрација).

Простории и опрема

Упатство:

Пристапот до одделението за интензивна нега е контролиран и ограничен. На одделението се обезбедени услови за спроведување на централен мониторинг. Секој кревет е лесно пристапен за лекување и нега, во директен видокруг на здравствените работници, опремен со систем за повикување/алармирање на медицинската сестра/техничар во случај на итна медицинска помош. Постојат соодветно поставени санитарни јазли за миење на рацете, согласно со бројот на интензивни места, а во рамките на самото одделение постои можност за формирање на соодветен простор за изолација. Постои можност за вршење на радиолошки и лабораториски испитувања со помош на подвижен апарат/анализатор и тоа 24 часа дневно. Доколку подвижната радиолошка опрема не е достапна, оваа услуга треба да се обезбеди во најкус можен рок во простор во близина на одделението за интензивна нега. Потребно е одобрување за вршење на радиолошки преглед од овластена институција (Агенција за радијациона сигурност на РМ). Опремата и останатите материјали се чуваат на соодветно место. Постои одделен простор за оставање на нечистиот материјал и одделен простор за чување и достава на чист материјал. При транспорт на пациентот, покрај подвижната количка со сетот/опремата за реанимација, може да се користи и подвижен кардио-монитор/дефибрилатор. Опремата редовно се проверува и одржува, така што се води ажуриран список на целокупната опрема заедно со распоредот на одржување за секој нејзин дел. Се бележи целокупната опрема која треба да се калибрира и се прецизира распоредот на калибрација. Опремата редовно се проверува, баждари и одржува и се врши соодветно складирање на опремата и материјалот.

Стандард 13.0	Одделението за интензивна нега има адекватни простории и опрема
----------------------	--

- Критериум 13.1** Пристапот до одделението за интензивна нега е контролиран и ограничен.

- Критериум 13.2** На одделението се обезбедени услови за спроведување на централен мониторинг.
- Критериум 13.3** Секој кревет е:
- лесно пристапен за лекување и нега на пациентот,
 - во директен видокруг на здравствените работници
 - опремен со систем за повикување/ алармирање на медицинската сестра/ техничар во случај на итна медицинска помош.
- Критериум 13.4** Постојат соодветно поставени санитарни јазли за миеење на рацете, согласно со бројот на интензивни места.
- Критериум 13.5** Во рамките на самото одделение постои можност за формирање на соодветен простор за изолација.
- Критериум 13.6** На одделението постои можност за вршење на радиолошки и лабораториски испитувања со помош на подвижен апарат/анализатор во тек на 24 часа дневно. Доколку подвижната радиолошка опрема не е достапна, оваа услуга треба да се обезбеди во најкус можен рок во простор во близина на одделението за интензивна нега. Потребно е одобрување за вршење на радиолошки преглед од овластена институција (Агенција за радијациона сигурност на РМ).
- Критериум 13.7** Опремата и останатите материјали се чуваат на соодветно место.
- Критериум 13.8** Постои одделен простор за оставање на нечистиот материјал и одделен простор за чување и достава на чист материјал.
- Критериум 13.9** На подвижните колички се наоѓа сет/опрема за реанимација чија содржина секојдневно ја проверува лице со соодветна квалификација.
- Критериум 13.10** При транспорт на пациентот, покрај подвижната количка со сетот/опремата за реанимација, може да се користи и подвижен кардио-монитор/дефибрилатор.
- Критериум 13.11** Опремата редовно се проверува и одржува, така што се води ажуриран список на целокупната опрема заедно со распоредот на одржување за секој нејзин дел.
- Критериум 13.12** Се бележи целокупната опрема која треба да се калибрира и се прецизира распоредот на калибрација. Опремата редовно се проверува, баждари и одржува и се врши соодветно складирање на опремата и материјалот.

Испис на пациентот

Упатство:

Постојат протоколи за трансфер на пациентот на други одделенија и во текот на трансферот на пациентот се испраќа и отпусната листа (извештај за трансфер)

од одделението за интензивна нега. Пациентот и неговото семејство се информираат за исписот на пациентот, како и за сите дадени препораки. Постојат процедури и Клинички упатства за палијативно згрижување на пациентите.

Стандард 14.0 **Постојат јасно утврдени постапки за испис/трансфер на пациент од одделението за интензивна нега**

Критериум 14.1 Постојат протоколи и процедури за трансфер на пациентот на други одделенија.

Критериум 14.2 Во текот на трансферот на пациентот се испраќа и отпусната листа (извештај за трансфер) од одделението за интензивна нега.

- Податоците за трансферот на пациентот се евидентираат во историјата на болест на пациентот.

Критериум 14.3 Пациентот и неговото семејство се информираат за исписот/трансферот на пациентот, како и за сите дадени препораки.

Критериум 14.4 Постои процедура за известување на лекарот кој го упатил пациентот на болничко лекување за сите детали во врска со здравствена состојба на прием, дијагностиката, лекувањето, како и препораки за натамошно следење на пациентот.

Критериум 14.5 Постојат процедури и Клинички упатства за палијативно згрижување на пациентите.

Квалитет на работење и безбедност на пациентот

Упатство:

Одделението за интензивна нега има план за унапредување на квалитетот на работење и безбедност на пациентите и е утврден врз основа на стратешкиот план. Со овој план се одредуваат областите кои би требало да се унапредат, активностите кои треба да се преземат, како и резултатите и постапката за следење на истите. Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредувањето на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите. Во рамките на унапредување на квалитетот на работењето се утврдуваат и следат показателите за квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите (утврдени се податоци кои треба да се собираат за секој од показателите, како и методите кои се користат за собирање на овие податоци). Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите (при изборот на вработените кои ќе учествуваат во овие активности, се разгледува природата на активностите на планот за унапредување на квалитетот на работењето, како и оптовареноста на работното место).

Стандард 15.0 **На одделението за интензивна нега се следи квалитетот и безбедноста во лекувањето**

Критериум 15.1 Сите вработени во службата се запознаени со стратешкиот план на болницата, а планот за унапредување на квалитетот на

работењето и безбедноста на пациентите е утврден врз основа на стратешкиот план.

Критериум 15.2 Одделението за интензивна нега има план за унапредување на квалитетот на работење и безбедноста на пациентите.

Критериум 15.3 Со планот за унапредување на квалитетот на работење се одредуваат областите кои би требало да се унапредат, активностите кои треба да се преземат, како и резултатите и постапката за следење на истите.

Критериум 15.4 Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредувањето на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите.

Критериум 15.5 Во рамките на унапредување на квалитетот на работењето се утврдуваат и следат показателите за квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите.

- Утврдени се податоци кои треба да се собираат за секој од показателите, како и методите кои се користат за собирање на овие податоци.

Критериум 15.6 Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите.

- При изборот на вработените кои ќе учествуваат во овие активности, се разгледува природата на активностите на планот, како и оптовареноста на работното место.

Критериум 15.7 Во согласност со насоките од Светската здравствена организација, вработените учествуваат во превенцијата и спречување на ширењето на инфекциите со редовно миене на рацете, одржување на личната хигиена, користење на медицински ракавици и др.

СЛУЖБА ЗА УРГЕНТНА МЕДИЦИНА

Прием

Упатство:

Приемната амбуланта на Службата за ургентна медицина врши прием на пациенти 24 часа дневно, а историјата на болеста/протоколот на пациентот се отвора после приемот. Тријажата на пациентите ја вршат лица кои имаат соодветни квалификации, а резултатите од тријажата се внесуваат во историјата на болеста/протоколот на пациентот. Службата за ургентна медицина е одвоена служба, додека дежурната служба во рамките на една болничка здравствена установа работи под посебно дефинирани услови и процедури.

Стандард 16.0	Постои утврдена постапка за прием на пациентот во Службата за ургентна медицина
----------------------	--

- Критериум 16.1** Приемната амбуланта на Службата за ургентна медицина врши прием на пациенти 24 часа дневно.
- Критериум 16.2** Пациентот по приемот се евидентира во протоколот на пациенти/книга за евиденција.
- Историјата на болеста на пациентот се отвора по приемот.
- Критериум 16.3** Се применува процедура за тријажа на пациентите.
- Критериум 16.4** Тријажата на пациентите ја вршат лица кои имаат соодветни квалификации.
- Критериум 16.5** Резултатите на тријажата се внесуваат во протоколот/историјата на болеста на пациентот.
- Критериум 16.6** Дежурната служба во рамките на болничката здравствена установа работи под посебно дефинирани услови и процедури.

Процена на здравствената состојба на пациентот и план за лекување

Упатство:

Лицата со соодветни квалификации вршат процена на потребите на пациентот и се евидентираат во историјата на болеста на пациентот. Планот за лекување е утврден и се разгледува со пациентот (доколку е тоа можно), како и со неговото семејство.

Стандард 17.0	Се врши процена на потребата на пациентот и се подготвува план на лекување
----------------------	---

- Критериум 17.1** Процената на потребата на пациентот ја вршат лица со соодветни квалификации.
- Критериум 17.2** Потребите на пациентот се евидентираат во историјата на болеста на пациентот.
- Критериум 17.3** Се утврдува планот на лекување.
- Критериум 17.4** Планот на лекување е утврден и се разгледува со пациентот (доколку е тоа можно), како и со неговото семејство.

Спроведување на лекувањето

Упатство:

Спроведувањето на лекувањето се евидентира во историјата на болеста/протоколот на пациентот. Историјата на болеста/протоколот на пациентот ја потпишува одговорниот лекар.

Стандард 18.0	Лекувањето се спроведува во согласност со планот за лекување
----------------------	---

- Критериум 18.1** Начинот и текот на лекување се евидентираат во историјата на болеста/протоколот на пациентот.

Критериум 18.2 Потписите на одговорниот лекар и лекарот кој го прегледал пациентот се наоѓаат во историјата на болеста/протоколот на пациентот.

Лекувањето и негата ја спроведуваат лица со соодветни квалификации

Упатство:

Со Службата за ургентна медицина раководат квалификуван лекар и квалификувана главна медицинска сестра/ техничар со соодветно искуство во областа на ургентна медицина. Медицинските сестри/техничари се квалификувани со дополнителна обука од областа на ургентната медицина. Соодветниот сооднос помеѓу бројот на лекари и бројот на медицински сестри/техничари овозможува пружање на здравствени услуги на поголем број на пациенти. Вработените во службата посетуваат обука за кардиопулмонална реанимација и употреба на дефибрилатори и тоа на секои 6 месеци (најмалку 20% од персоналот секоја година поминува обука од областа на ургентна медицина). Услугите на помошните служби (на пример лабораторија и служба за радиологија) се на располагање 24 часа дневно. Постои обезбедување за вработените лица (обезбедувањето е постојано на должност, присутно во рамките на службата за ургентна медицина, или на приправност, а исто така постои аларм и систем за обезбедување). Постои комисија која ги одредува протоколите и процедурите за работата на службата за ургентна медицина. Оваа комисија се состанува редовно, води записник и по потреба презема соодветни активности.

Стандард 19.0 Лекувањето и негата се спроведуваат од лица со соодветни соодветни квалификации

Критериум 19.1 Лекувањето и негата на пациентите во Службата за ургентна медицина се спроведуваат од лица со соодветни квалификации.

- Квалификациите се одредуваат согласно Законот за здравствена заштита и во соработка со Лекарската комора, Фармацевтската комора и Македонското лекарско друштво.

Критериум 19.2 Со Службата за ургентна медицина раководи лекар- специјалист од областа на ургентната медицина.

Критериум 19.3 Службата за ургентна медицина има квалификувана главна медицинска сестра/ техничар со соодветно искуство во областа на ургентна медицина.

Критериум 19.4 Медицинските сестри/техничари мораат да имаат соодветни квалификации и дополнителна обука од областа на ургентната медицина.

Критериум 19.5 Соодветниот сооднос помеѓу бројот на лекари и бројот на медицински сестри/техничари овозможува пружање на здравствени услуги на поголем број на пациенти.

Критериум 19.6 Вработените во службата посетуваат обука за кардиопулмонална реанимација и употреба на дефибрилатори и тоа на секои 6 месеци.

- Најмалку 20% од персоналот секоја година поминува обука од областа на ургентна медицина.

Критериум 19.7 Услугите на помошните служби (лабораторија, служба за радиологија и друго) се на располагање 24 часа дневно.

Критериум 19.8 Постои обезбедување за вработените лица.

- Обезбедувањето е постојано на должност, било да е присутно во рамките на службата за ургентна медицина, или е во приправност.
- Постои аларм и систем за обезбедување.

Критериум 19.9 Формирана е комисија која ги одредува протоколите и процедурите за работата на службата за ургентна медицина.

Критериум 19.10 Оваа комисија се состанува редовно, води записник и по потреба презема соодветни активности.

Насоки, процедури и протоколи

Упатство:

Во службата за ургентна медицина постојат протоколи за вообичаените состојби, засновани на прифатените упатства за добра клиничка пракса. Истовремено постојат протоколи за комуникација со пациентот и/или неговото семејство, но и за комуникација помеѓу вработените. Материјалите за здравствена едукација и здравствена информација им стојат на располагање на пациентите и нивните семејства. За несаканите настани се води евиденција, тие се испитуваат и се известува за нив. Постои систем за спречување на грешки при ракување со лекови (идентификација на пациент, проверка на лек, доза, начин на припрема и администрација). Материјалите за здравствена едукација и здравствени информации се достапни за пациентите.

Стандард 20.0	Лекувањето во Службата за ургентна медицина се врши согласно постоечките насоки, процедури и протоколи
----------------------	---

Критериум 20.1 Постојат процедури за:

- Вршење тријажа
- Згрижување на пациенти заболени од заразни болести (деконтаминација по извршен третман на пациентите заболени од заразни болести)
- Почитување на достоинството и чување на доверливи информации кои се однесуваат на пациентот
- Пружање итна медицинска помош на деца
- Преглед и расположивост на резултатите на придружните служби
- Издавање резултати на анализа на крвта и урината во рок од еден час
- Издавање на резултати од дијагностички снимања во предвидениот временски рок
- Водење евиденција, испитување и известување во врска со несаканите случувања.

- Критериум 20.2** Постојат утврдени Клинички упатства и протоколи за вообичаените состојби во службата за ургентна медицина.
- Критериум 20.3** Постојат процедури за комуникација со пациентот и/или неговото семејство.
- Критериум 20.4** Постојат процедури за комуникација помеѓу вработените.
- Критериум 20.5** Основната дејност на службата за ургентна медицина ги поддржува мисијата, визијата и вредностите на болниците.
- Постојат докази дека службата при планирање и пружање на услугите ги почитува мисијата, визијата и вредностите на болницата .
 - При пружање на услугите, вработените во службата ги почитуваат мисијата, визијата и вредностите на болницата.
- Критериум 20.6** Сите вработени се запознаени со правилата на усвоениот Етички кодекс на однесување и пружање на здравствените услуги.
- Критериум 20.7** Се почитуваат правата на пациентите на услуги и тоа на:
- Достоинство и почитување
 - Приватност
 - Доверливост
 - Сигурност и безбедност
- *Критериум 20.8** За несаканите случувања се води евиденција, се испитуваат причините за нивното настанување и за истите се известува.
- *Критериум 20.9** Постои систем за спречување на грешки при ракување со лекови (идентификација на пациент, проверка на лек, доза, начин на припрема и администрација).
- Критериум 20.10** Материјалите за здравствена едукација и здравствени информации се достапни за пациентите.

Простор и опрема

Упатство:

Службата за ургентна медицина има посебен достапен покриен влез (локацијата и влезот на службата за ургентна медицина се обележани со соодветни ознаки, при што постои посебен влез за лицата со инвалидитет). Влезот во службата за ургентна медицина се контролира. Постои доволен простор околу секој болнички кревет кој овозможува ефикасно лекување, како и лесна достапност до опремата и средствата. Секој кревет е опремен со систем за повик/алармирање на медицинска сестра/техничар. Електричните приклучоци се јасно означени. Службата за ургентна медицина има просторија наменета за изолација на пациентите. Службата за ургентна медицина ја има целата неопходна опрема (адекватен опремен систем за реанимација, и подвижни кардио-монитори). Во службата постои соодветна просторија за складирање на опремата и материјалите. Постои наменета просторија за складирање на нечистиот материјал и одвоена просторија за чување и достава на чистиот материјал. Списокот на антидотите (противотровите) е изложен на видно место.

Стандард 21.0	Службата за ургентна медицина располага со соодветен простор и опрема
----------------------	--

- Критериум 21.1** Службата за ургентна медицина има посебен покриен влез.
- Критериум 21.2** Влезот во Службата за ургентна медицина е достапен.
- Постои посебен влез за лицата со инвалидитет
 - Локацијата и влезовите во Службата за ургентна медицина обележани се со соодветни ознаки
- Критериум 21.3** Влезот во Службата за ургентна медицина се контролира.
- Критериум 21.4** Просторот околу секој кревет на болните овозможува ефикасно лекување, како и лесна достапност до опремата и средствата.
- Критериум 21.5** Секој кревет е опремен со систем за повик/алармирање на медицинската сестра/техничарот.
- Критериум 21.6** Електричните приклучоци се јасно означени.
- Критериум 21.7** Службата за ургентна медицина располага со просторија која во случај на потреба може да се користи за изолација на пациентите.
- Критериум 21.8** Службата за ургентна медицина ја има целата неопходна опрема.
- Адекватен опремен систем за реанимација
 - Подвижни кардио-монитори
- Критериум 21.9** Опремата редовно се проверува и одржува.
- Се води список на целокупната опрема како и распоред за одржување на секој нејзин дел.
 - Се евидентира секоја опрема која треба да се баждари и се прецизира распоредот на баждарењето.
- Критериум 21.10** Постојат соодветни простории за складирање на опремата и материјалите.
- Критериум 21.11** Постои наменета просторија за складирање на нечистиот материјал и одвоена просторија за чување и достава на чистиот материјал.
- Критериум 21.12** Списокот на антидотите (противотровите) е изложен на видно место.

Испис на пациентите

Упатство:

Постојат протоколи и процедури за испис/трансфер на пациентите на други одделенија, како и протоколи и процедури за испис/трансфер на пациентите на одделенијата за интензивна нега. При трансферот на пациентите во друго одделение, од Службата за ургентна медицина се доставува и пишан извештај на лекарот. Пациентот при исписот добива пишано упатство за

понатамошно лекување, што се евидентира во историјата на болеста, како и материјал за здравствена информација и едукација. Постојат протоколи и процедури во случај на смртен исход, како и процедури за палијативно згрижување.

Стандард 22.0 Постои постапка за испис/трансфер на пациентите од Службата за ургентна медицина

- Критериум 22.1** Постојат протоколи и процедури за испис/ трансфер на пациентите на други одделенија.
- Критериум 22.2** Постојат протоколи и процедури за испис/трансфер на пациентите на одделенијата за интензивна нега.
- Критериум 22.3** При трансфер на пациентите на друго одделение, се доставува пишан извештај потпишан од лекарот во Службата за ургентна медицина.
- Критериум 22.4** Пациентот при исписот добива пишано упатство за понатамошно лекување, што се евидентира во историјата на болеста.
- Критериум 22.5** При исписот, пациентот и/или неговото семејство добиваат материјал за здравствена информација и едукација.
- Критериум 22.6** Постојат процедури за палијативно згрижување на пациентите.
- Критериум 22.7** Постојат протоколи и процедури во случај на смртен исход.

Квалитет на работата и безбедноста на пациентите

Упатство:

Службата за ургентна медицина има план за унапредување на квалитетот на работата и безбедноста на пациентите, со што се одредува областа која треба да се унапреди, активностите кои треба да се преземат, како и следење на процесот на унапредување. Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредувањето на квалитетот на работата и на соодветниот начин на учество во активностите. Показателите на квалитетот на работа и безбедноста на пациентите се идентификуваат и следат како дел на активностите за подобрување на квалитетот на работа и безбедност на пациентите.

Стандард 23.0 Во службата за ургентна медицина се следи квалитетот на лекувањето

- Критериум 23.1** Сите вработени во Службата се запознаени со Стратешкиот план на болницата, а планот за унапредувањето на квалитетот на работата и безбедноста на пациентот е утврден врз основа на стратешкиот план.
- Критериум 23.2** Службата за ургентна медицина има план за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентот.
- Критериум 23.3** Врз основа на планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентот се утврдуваат областите

кои треба да се унапредат, активностите кои треба да се преземат, како и резултатите и постапката за следење на истите.

Критериум 23.4 Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредувањето на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентот.

Критериум 23.5 Во рамки на активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентот, се утврдуваат и следат показателите на квалитетот на работа и безбедноста на пациентите.

- Утврдени се податоци кои треба да се соберат за секој показател, како и методи кои се користат за собирање на тие податоци.

Критериум 23.6 Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите.

- При избор на вработените, се разгледуваат активностите на планот на унапредување на квалитетот на работа и безбедноста на пациентот, како и оптовареноста на работното место.

***Критериум 23.7** Во согласност со насоките на Светската здравствена организација, вработените учествуваат во превенција и спречување на ширење на инфекции со редовно миење на рацете, одржување на личната хигиена, користење на медицински ракавици и друго.

ЛАБОРАТОРИЈА

Клиничка лабораторија е лабораторија за биолошки, микробиолошки, имунолошки, хемиски, имунохематолошки, хематолошки, биофизиолошки, цитолошки, патолошки или други испитувања во материјали добиени од човековото тело, со цел добивање на информации за дијагноза, превенција, и лекување на болестите, и за општа проценка на здравјето на човекот. Лабораторијата може да обезбеди советодавна и консултантска услуга покривајќи ги сите аспекти на лабораториските испитувања, вклучувајќи ја и интерпретацијата на резултатите и давање на совет за следни потребни иследувања.

Прием

Упатство:

Иницијалниот прием на пациентите кои имаат потреба од лабораториска анализа се врши блиску до местото на првиот контакт со установата, со цел пациентот да се упати кон адекватниот оддел во установата. Се дава предност на оние пациенти чија состојба не дозволува подолго чекање. Постојат пишани протоколи и процедури за прием на пациентите и биолошкиот материјал, кон кои вработените се придржуваат, а при приемот на пациентот (приемот на материјалот за анализа) се земаат податоци за секој пациент.

Стандард 24.0 **Постојат утврдени постапки за прием на пациентот**

- Критериум 24.1** Иницијалниот прием на пациентите кои имаат потреба од лабораториска анализа се врши блиску до местото на првиот контакт со установата, со цел пациентот да се упати кон адекватниот оддел во установата.
- Критериум 24.2** Се дава предност на оние пациенти чија состојба побарува неодложен прием (не дозволува подолго чекање).
- Критериум 24.3** Постојат и се применуваат пишани протоколи и процедури за прием на пациентите во лабораторија, кои содржат:
- потврда за идентитетот на пациентот.
 - проверка на упатот за видот на биолошкиот материјал на кој ќе спроведуваат потребните испитувања и начинот на нивно земање
 - спроведување на процедура за добивање на согласност од пациентот врз основа на добиените информации (писмена согласност со потпис на пациентот).
- Критериум 24.4** Постојат и се применуваат критериуми за прифатливост на биолошкиот материјал во преданалитичката постапка (време на земање, почитувани диететски препораки, податок за хемолиза, липемија, несоодветен примерок), пред да се пристапи кон аналитичката фаза од испитувањето.

Спроведување на лабораториските испитувања**Упатство:**

Постои план за изведување на лабораториски испитувања. Со планот за изведување на лабораториските испитувања се запознаени сите здравствени работници и соработници, вклучени во процесот на работа. Лабораториските анализи се спроведуваат според претходно утврдени методи и процедури препорачани од релевантни меѓународни организации. Информациите во врска со извршеното испитување се евидентираат во листата со добиени резултати на пациентот. Потписот на надлежниот специјалист (лекар/фармацевт /специјалист по клиничка биохемија) задолжително се наоѓа на листата со добиени резултати на пациентот. За несаканите случувања се води евиденција, се испитуваат причините за нивното настанување и за истите се известува.

Стандард 25.0 **Лабораториските испитувања се одвиваат согласно планот за работа**

- Критериум 25.1.** Постои план за изведување на лабораториски испитувања
- Критериум 25.2** Со планот за изведување на лабораториските испитувања се запознаени сите здравствени работници и соработници, вклучени во процесот на работа.
- Критериум 25.3** Лабораториските анализи се спроведуваат според претходно утврдени методи и процедури препорачани од IFCC (Меѓународна

федерација за клиничка хемија) и други релевантни асоцијации.

- Критериум 25.4** Информациите во врска со извршеното испитување се евидентираат во листата со добиени резултати на пациентот.
- Потписот на надлежниот специјалист (лекар/фармацевт/специјалист по клиничка биохемија) задолжително се наоѓа на листата со добиени резултати на пациентот
- *Критериум 25.5** За несаканите случувања се води евиденција, се испитуваат причините за нивното настанување и за истите се известува.

Стандард 26.0 Лабораториските испитувања се спроведуваат од стручни лица

Упатство:

Стручните и квалификувани лица се одредуваат како одговорни лица за спроведување на лабораториските испитувања. Во лабораторијата постои стручен колегиум кој ги одредува протоколите и процедурите за работа. Овој стручен колегиум се состанува редовно, води записник и по потреба превзема активности.

- Критериум 26.1** Иследувањата ги спроведуваат лица со соодветни квалификации
- Квалификациите се одредуваат согласно Законот за здравствена заштита и во соработка со Лекарската комора, Фармацевтската комора и Македонско Лекарско Друштво и Здружението на лаборанти во Република Македонија.
- Критериум 26.2** За изработка на лабораториските анализи се задолжени лица со соодветни квалификации.
- Името на лицата задолжени за изработка на лабораториските анализи се евидентираат на листата со резултати на пациентот.
 - Вработениот персонал е запознаен кое лице/ лица с(е) задолжени за изработка на дадените лабораториски испитувања.

Стандард 27.0 Насоки, процедури и протоколи на лабораториски испитувања

Упатство:

Во лабораторијата постојат протоколи и процедури со кои вработените се запознаени. Исто така, вработените се запознаени доколку постојат нивни измени. Воведен е процес на периодично оценување на нивната примена. Востановените протоколи се применуваат. Сите вработени се запознаени со правилата на општо усвоениот Етички кодекс на однесување и пружање на здравствени услуги.

- Критериум 27.1.** Постојат пишани (документирани) и ажурирани политики и процедури за вршење на службата.

- Критериум 27.2.** Постојат документиран и ажуриран процедури за спроведување на секое испитување, вклучувајќи ги методите, видовите на примероците, реагенсите и контролниот материјал, пресметувањето на резултатите и референтните вредности.
- Критериум 27.3.** Постојат документиран и ажуриран процедури за собирање и транспорт на примероците.
- Критериум 27.4.** Пишаните процедури за прибирање на примероците се достапни на целиот персонал кој работи на прибирање на примероците од пациентите, или на транспорт на примероците до лабораторијата.
- Критериум 27.5.** Постојат документиран и ажуриран процедури и постапки за отстранување на користените примероци и реагенси, вклучувајќи го медицинскиот и другиот отпад кој се создава во лабораторијата.
- Критериум 27.6.** Постои документирана и ажурирана процедура за начинот и времето на известување на резултатите на испитувањата.
- Критериум 27.7** Во лабораторијата постои critical/panic value листа (листа на критични вредности) за одредени лабораториски параметри, која се користи за известување и алармирање.
- *Критериум 27.8** Во лабораторијата има листа на критични вредности на параметрите и добиените вредности над или под таа критична граница задолжително треба да се јават на лекарот кој го води дадениот пациент.
- Критериум 27.9** Во лабораторијата постои евиденција за сите примени примероци.
- Критериум 27.10** Постојат документиран и ажуриран процедури за собирање, етикетирање, чување, конзервирање на крв и крвни примероци.
- Критериум 27.11** Постојат документиран и ажуриран процедури за начинот на изведба на внатрешна контрола на квалитетот на аналитичките постапки.
- Критериум 27.12** Постојат документиран и ажуриран процедури за начинот на изведба на независна, надворешна контрола на квалитетот на аналитичките постапки.
- Критериум 27.13** Постојат документиран и ажуриран процедури за начинот на разрешување на жалбите примени од страна на корисниците на услуги или од трето лице.
- Критериум 27.14** Сите вработени се запознаени со правилата на усвоениот Етички кодекс на однесување и пружање на здравствените услуги.

Простории и опрема

Упатство:

Движењето на пациентите во лабораторијата е во една насока. За аналитичката постапка на располагање е опрема, а дневната контрола на опремата се врши од квалификувано лице. Видот и обемот на опремата е во согласност со важечкиот правилник за опрема на лаборатории. Опремата редовно се проверува и одржува и се врши соодветно складирање на опремата и материјалите.

Стандард 28.0	Лабораторијата располага со адекватни простории и тие се соодветно организирани
----------------------	--

- Критериум 28.1** Одржувањето и калибрацијата на лабораториската опрема се прават врз основа на однапред утврден план и за истите постои евиденција.
- Критериум 28.2** Во лабораторијата постои евиденција за редовно дневно, неделно и периодично одржување на опремата.
- Критериум 28.3** Во лабораторијата постои евиденција за редовно, како и според потреба, сервисирање на опремата.
- Критериум 28.4** Во лабораторијата постои означена просторија за примање, ракување и подготовка на примероците.
- Критериум 28.5** Во лабораторијата постои означена просторија за складирање на примероците, реагенсите и документацијата, вклучувајќи ја и одвоената просторија за високоризичните примероци.
- Критериум 28.6** Во лабораторијата постојат услови за безбедно складирање на крв и крвни продукти, во неа се следи температурата и температурните аларми.
- Критериум 28.7** Во лабораторијата има опрема за евиденција на амбиенталната температура и влажност.

Квалитет на работата и безбедност на пациентите

Упатство:

Сите вработени во службата се запознаени со стратешкиот план на лабораторијата, а планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите е утврден врз основа на стратешкиот план. Лабораторијата има план за унапредување на квалитетот на работење и безбедноста на пациентите. Со овој план се одредуваат областите кои би требало да се унапредат, активностите кои би требало да се превземат, како и резултатите и постапките за следење. Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредување на квалитетот на работење и безбедноста на пациентите. Во рамките на активностите за унапредување на квалитетот на работењето, се идентификуваат и следат показателите за квалитет (утврдени се податоците и методите кои се користат за собирање на овие податоци). Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите (при изборот на вработените кои ќе учествуваат во овие активности, се разгледува природата на активностите на планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедност на пациентите, како и работното оптоварување на вработените).

Стандард 29.0**Во лабораторијата се следи квалитетот на работата**

- Критериум 29.1** Сите вработени во лабораторијата се запознаени со стратешкиот план на истата, а планот за унапредувањето на квалитетот на работата и безбедноста на пациентите е утврден врз основа на стратешкиот план.
- Критериум 29.2** Лабораторијата има план за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите.
- Критериум 29.3** Здравствените работници и соработници редовно се усовршуваат низ различни облици на стручно и научно усовршување.
- Критериум 29.4** Врз основа на планот за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентот, се утврдуваат областите кои треба да се унапредат, активностите кои треба да се превземат, како и резултатите и постапката за следење на истите.
- Критериум 29.5** Вработените се запознаени со активностите во врска со унапредувањето на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентот.
- Критериум 29.6** Во рамки на активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентот, се утврдуваат и следат показателите на квалитетот на работа и безбедноста на пациентите.
- Утврдени се податоците кои треба да се соберат за секој показател, како и методите кои се користат за собирање на тие податоци.
- Критериум 29.7** Вработените на соодветен начин учествуваат во активностите за унапредување на квалитетот на работењето и безбедноста на пациентите.
- При изборот на вработените, се разгледуваат активностите на планот на унапредување на квалитетот на работата и безбедноста на пациентите, како и оптовареноста на работното место.
- Критериум 29.8** Во согласност со насоките на Светската здравствена организација, вработените учествуваат во превенција и спречување на ширење на инфекции со редовно миење на рацете, одржување на личната хигиена, користење на медицински ракавици, работна облека, заштитни очила и друго.

ПРИЛОГ БРОЈ 1

Претставници на институциите кои дадоа придонес во дефинирањето и приготвувањето на првата печатена верзија на Стандардите за акредитација

Агенција за квалитет и акредитација на здравствени установи (АКАЗУМ)

Проф д-р Елизабета Зисовска – Директор

Лирум Исахи

М-р Едита Исахи

Тања Дарковска Крстик

Виктор Цицимов

Загорка Батункова

Сања Донева

Маја Катранушеска

Министерство за здравство

Д-р Никола Грпчевски

М-р Гордана Мајнова

Д-р Блерим Беџети

Фонд за здравствено осигурување (ФЗО)

Д-р Игор Неловски

Дипл ек Бранко Ацигогов

Државен санитарен и здравствен инспекторат (ДСЗИ)

Д-р Весна Николовска Димитровска

Здружение на пациентите

Г-ѓа Снежана Бојчин

Претставници на болници од секундарно и терциерно ниво

Д-р Божидар Попоски – ГОБ 8^{ми} септември

Д-р Горан Рангелов – УК за инфективни болести и фебрилни состојби

Д-р Александар Коцевски – КБ Тетово

Татјана Димитровска – УК за детски болести