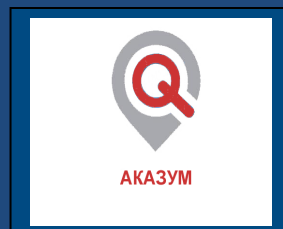


**АГЕНЦИЈА ЗА КВАЛИТЕТ И
АКРЕДИТАЦИЈА НА ЗДРАВСТВЕНИ
УСТАНОВИ**



ВОДИЧ ЗА САМООЦЕНУВАЊЕ

Скопје, 2015

Агенција за квалитет и акредитација на здравствени установи

Водич за самооценување

Проф д-р Елизабета Зисовска

Лирим Исахи

М-р Едита Исахи

Скопје, 2015

CIP - Каталогизација во публикација
Национална и универзитетска библиотека "Св. Климент Охридски", Скопје

614.2:005.585(036)
35.078.3:614.2(036)

ЗИСОВСКА, Елизабета

Водич за самооценување / Елизабета Зисовска, Лирим Исахи, Едита Исахи. - Скопје : Агенција за квалитет и акредитација на здравствени установи, 2015. - 31 стр. ; 21 см

ISBN 978-608-65892-1-9

1. Исахи, Лирим [автор] 2. Исахи, Едита [автор]

а) Здравствени услуги - Самоевалуација - Водичи б) Здравствени услуги - Супервизија и акредитација - Водичи

COBISS.MK-ID 99518986

Содржина

1.	Вовед	3
2.	Унапредување на квалитетот на здравствената заштита	4
	2.1.Практични пристапи за постојано унапредување на квалитетот	6
3.	Акредитација	7
	3.1. Форма на стандардите	8
	3.2. Процес на акредитација	12
	3.3. Самооценување	14
4	Начин на користење на алатката за самооценување	29
5	Надворешно оценување	30
	Користена литература	30

1. Вовед

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи во Република Македонија (АКАЗУМ) е самостоен и независен орган на државната управа со својство на правно лице, чија примарна цел е вршење на управни, стручни и развојни работи поврзани со акредитацијата на работата на здравствените установи.

Со активно делување започна во јули 2014 г., со актот за упис во Централниот регистар на РМ. За остварување на своите должности, надлежности и одговорности во поглед на акредитацијата на здравствените установи, Агенцијата своето работење го засновува врз Законот на здравствена заштита односно посебните членови кои го регулираат работењето на Агенцијата.

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи е фокусирана пред се во насока на реализирање на следните цели и задачи:

- ▶ Постојано унапредување на квалитетот на здравствените установи
- ▶ Едукација и обука на медицинскиот персонал во врска со квалитетот
- ▶ Помош при изработка на клинички упатства и протоколи
- ▶ Намалување на ризици и грешки во здравствените установи во насока на зголемување на безбедноста при лекување
- ▶ Акредитација на здравствените установи
- ▶ Евалуација и избор на постоечката технологија и воведување нови потребни технологии за здравствениот систем

Акредитацијата како процес на утврдување на нивото на квалитетот на работење на здравствените установи, пред сè придонесува кон:

- 1) Постојано унапредување на квалитетот на здравствената заштита и ефикасноста на работата на здравствените установи,
- 2) Подигнување на нивото на задоволство на корисниците на здравствени услуги,
- 3) Обезбедување на приближно еднакви услови на работење на здравствените установи,
- 4) Обезбедување на хармонизација на постапките, барањата и предлозите на националните прописи со европските, во согласност со динамиката на приближување на Република Македонија кон ЕУ на полето на следење и унапредување на квалитетот на здравствената заштита и акредитацијата на здравствените установи,

- 5) Успешно имплементирање на стандардите за акредитација во здравствените установи од секундарно и терциерно ниво.

Визија

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи претставува водечка институција во реализација на процесот на следење на квалитетот на здравствената заштита, и еден од клучните актери во здравствениот систем на Република Македонија кој допринесува во континуираното унапредување на квалитетот на здравствената заштита и безбедноста на пациентите и здравствените работници. Посебна задача на Агенцијата е преку реализирање на постапката на акредитација на здравствените установи да овозможи истите да придонесат за поголема ефикасност на здравствениот систем, како дел од истиот.

Мисија

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи придонесува кон обезбедување на квалитет и безбедност во здравствената заштита преку процесот на акредитација и реакредитација на здравствените установи. Ги развива, ревидира и унапредува стандардите на здравствена заштита во здравствените установи, прави проверка на имплементацијата на стандардите и дава стручна помош на здравствените установи за успешна припрема до постапката на надворешно оценување, како и следењето на одржувањето и унапредувањето на здравствената заштита после акредитацијата.

2. 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 претставува 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 - корисници, 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 безбедност 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:

1. Создавање на услови кои ќе овозможат пациентот да биде во центарот на системот за здравствена заштита;
2. 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;
3. Создавање на услови кои ќе промовираат култура за ПУК на здравствената заштита и безбедност на пациентите во рамки на здравствените установи;
4. Обезбедување на сигурност, безбедност и исплатливост на здравствените технологии;
5. 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 следната усвоена 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.

Според Законот за здравствената заштита АКАЗУМ ги утврдува стандардите за акредитација на здравствените установи и го оценува квалитетот на пружената здравствена заштита.

Акредитацијата претставува инструмент со помош на кој ПУК може да оствари најголемо влијание во рамки на целата здравствена установа.

Доколку системот на ПУК функционира потполно, унапредувањето на квалитетот станува дел од секојдневната работа на вработените во насока на подигнување на нивната свест дека секој од нив е одговорен за квалитетот на сопствената работа и за постојано унапредување на квалитетот на истата.

2.1. Практични пристапи за постојано унапредување на квалитетот

ПУК на неколку начини е прилагоден во рамки на здравствениот систем. Еден од тие пристапи е циклусот FOCUS – PDCA.

Пред сè битен е FOCUS (тежиште) на одредена тема:

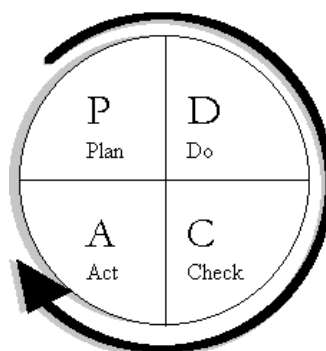
- **Find a process to improve** (да се најде процес за унапредување)
- **Organize to improve a process** (да се организира со цел процесот да се унапреди)
- **Clarify what is known** (да се разјасни тоа што е познато)
- **Understand variation** (да се сфатат варијациите)
- **Select a process improvement** (да се одбере унапредување на процесот).

Потоа е потребно да се пристапи кон планот за унапредување на процесот (**PDCA**).

- **Plan** (планирање): се одредуваат роковите за средствата, активностите, обуките и целните рокови. Се осмислуваат планови за прибирање на податоци, средства за мерење на исходот и рокови за исполнување на целите.
- **Do** (спроведување): спроведување на интервенции и прибирање на податоци.
- **Check** (проверка): анализирање на резултатите од податоците и евалуација на причините за варијациите.
- **Act** (дејствување): превземање на мерки врз основа на добиените сознанија и одредување на следните чекори. Доколку интервенцијата е успешна, да се работи во

правец на вградување на истата како стандарден процес на работа. Во случај истата да не е успешна, да се анализираат причините за тој неуспех, да се осмислат нови решенија и да се повтори циклусот PDCA.

Циклусот PDCA претставува список за проверка на четирите фази низ кои мора да се помине за да се изоди патот од соочување со проблемот до решавање на истиот. Четирите фази се: планирање, спроведување, проверка и дејствување, и тие се спроведуваат така како што е прикажано во слика 1:



Слика 1: циклус PDCA

3. Акредитација

Акредитацијата претставува постапка на оценување на квалитетот на работата на здравствените установи врз основа на применување на оптималното ниво на утврдените стандарди за работа на здравствените установи во одредена област на здравствената заштита, односно гранка на медицината.

Денес постојат се повеќе барања за надворешно, независно оценување на успешноста на пружење на здравствените услуги. Акредитацијата како најстар и најпознат облик на надворешна процена на работата на здравствените установи во светот, применува стандарди на квалитет. Акредитацијата им помага на здравствените установи да ги откријат сопствените предности и можности за унапредување, а воедно подобро да ги разберат целите и сложеноста на својата работа. Кога тоа ќе го увидат, установите ќе може да се посветат на краткорочните и

долгорочните планови за подобрување на резултатите на работата и да почнат со користење на расположивите ресурси на најефикасен можен начин.

Акредитацијата опфаќа оценување од страна на самата установа со цел евалуација на нивото на усогласеност со поставените стандарди. Тимот на надворешни оценувачи исто така врши проценка на усогласеноста на работата на установата со стандардите. Процесот на акредитација е конципиран на начин да обезбеди рамка која ќе им овозможи на здравствените установи да ги дефинираат и имплементираат потребните промени и да утврдат приоритетите за континуирано унапредување на здравствените услуги кои ги пружаат.

3.1. Стандарди за акредитација

Стандард е посакуваното ниво на учинокот кој може да се постигне и со кој може да се спореди постоечкото ниво на учинокот.

Акредитацијата се заснова на стандардите кои можат да се постигнат со низа активности кои се дефинирани во критериумите. Секој стандард има повеќе критериуми. Критериумите претставуваат јасни чекори, односно активности кои треба да се превземат за да се исполни стандардот. Стандардите подразбираат оптимално ниво на квалитет и безбедност и се насочени кон унапредување на квалитетот на пружената здравствена заштита во рамки на здравствените установи во Република Македонија.

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 на 05-ти јануари 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. Со цел стандардите да бидат изработени што поквалитетно и соодветно, а истовремено да се обезбеди поголема вклученост и поширок консензус, на 25-ти Март 2010 година донесено е Решение за формирање работна група проширена со претставници од релевантни институции надвор од Министерството за здравство (МЗ). Во мај истата

година е изработен сет на стандарди врз основа на принципите на International Society for Quality of Care (ISQ-ua) за стандарди за акредитација, а исто така и врз основа на канадскиот модел на стандарди за акредитација. Со цел иницијална проценка на нивната применливост во рамките на нашите Здравствени установи, оваа верзија на стандардите е дистрибуирана јавно во 40 јавни здравствени установи. Во јуни 2010. Година Министерството за здравство со допис ги информираше здравствените установи дека ќе следи и соодветна надворешна проценка. Поради поефикасна координација на активностите поврзани со унапредување на квалитетот на здравствената заштита, во рамките на Министерството за здравство во декември 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 до формирање на Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи. Покрај другите активности од областа на квалитетот, во секторот се организирани 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 мај 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. Подоцна законската основа беше надополнета и со други подзаконски акти, како што е Правилникот за акредитација. Во мај 2013 година формирана е работна група за ревизија на работната верзија на стандардите, од претставници од Министерството за здравство и претставници од Јавните здравствени установи. 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 и притоа се дефинираше втората работна верзија формулирана во 6 поглавја на стандарди за чија формулација беа земени во предвид акредитирани стандарди во Австралија и Данска. Втората работна верзија извесно време беше достапна на веб страната на М.З, на која што стоеше и повикот до сите поединци и

установи кои го сочинуваат здравствениот систем на Р.М, да даваат 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 разгледување со цел ревизија на втората работна верзија на стандардите со претставници на ЈЗУ и стандардите се доставени до сите болнички здравствени установи од секундарно и терциерно ниво. Во август 2014 доставени се два унифицирани прашалници за задоволство на пациенти и вработени во ЗУ. Во ноември истата година е формирана мултипрофесионална Работна група за разгледување на стандардите и нивна ревизија.

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

3.1.1. Форма на стандардите

Стандардите и критериумите се обележани со одредени броеви:

- Стандардите се обележани со броеви 1.0, 2.0, 3.0 итн. Стандард е посакуваното ниво на учинок кој може да се постигне и со кој може да се спореди постоечкото ниво на учинок.
- Критериумите се наведени под стандардите и се обележани со броеви: 1.1, 1.2, 1.3 итн. Критериумите претставуваат јасни чекори односно активности кои треба да се превземат за да се исполни стандардот.

3.1.2. Содржина на стандардите

Изработените стандарди се однесуваат на болничките установи и се поделени во следните поглавја:

- Раководење и управување
- Човечки ресурси
- Управување со информации
- Безбедност (управување со ризик)
- Лекување на пациенти

- Специфични клинички услуги

Стандардите за акредитација може да се поделат во три категории:

- **Стандарди во врска со лекување на пациентите.** Овие стандарди се изработени за да го следат лекувањето на пациентите од моментот на приемот во установата, преку проценката, планирањето и спроведувањето на лекувањето до отпустот на пациентот. Во овој дел се изработени стандарди за операциона сала, служба за ургентна медицина, интензивна нега и стандарди за лекување кои се вршат во рамки на специјалистичко- консултативните служби.
- **Стандарди за работа на помошните служби.** Помошни служби се служби во рамки на здравствената установа кои го помагаат (следат) процесот на спроведување на лекувањето. Стандардите на клиничка поддршка се однесуваат на работа на лабораториите, аптеките и службата за радиолошка дијагностика. Изработени се три поглавја во врска со неклинички и помошни служби: безбедност (вклучувајќи ја и контролата на ширење на инфекции, управување со медицински отпад, масовни несреќи и инцидентни ситуации, централна стерилизација и безбедно користење на опремата, материјалите, медицинските уреди и просторот), управување со информации и човечки ресурси. Согласно утврдените приоритети, овие стандарди опфаќаат само поединечни делови од соодветните области.
- **Раководење.** Овие стандарди се однесуваат на раководењето со здравствената установа и се опфатени во рамки на поглавјето раководење и управување.

3.1.3 Цели на примената на стандардите

Примената на стандардите за акредитација има за цел:

Унапредување на квалитетот:

Стандардите се креирани да ги поттикнат здравствените установи да го подобрат квалитетот на нивното работење, како во рамки на нивните установи така и на ниво на поширокиот систем на здравствена заштита.

Фокус на пациентот - корисниците на здравствените услуги:

Стандардите се креирани со фокус на пациентите - корисниците на здравствените услуги и подразбираат континуиран процес на следење и лекување на пациентот од моментот на прием во установата до отпустот на пациентот.

Унапредување на организациското планирање и учинокот:

Стандардите се креирани за да го проценат капацитетот за работа и ефикасноста на работата на здравствената установа.

Безбедност:

Стандардите содржат мерки за заштита и подобрување на безбедноста на пациентите - корисниците на здравствените услуги, вработените и на сите други кои ќе се најдат во контакт со здравствената установа.

Развој на стандардите:

Стандардите се планирани, формулирани и проценувани врз основа на однапред дефинирани принципи (ISQua принципи за изработка на стандарди за акредитација).

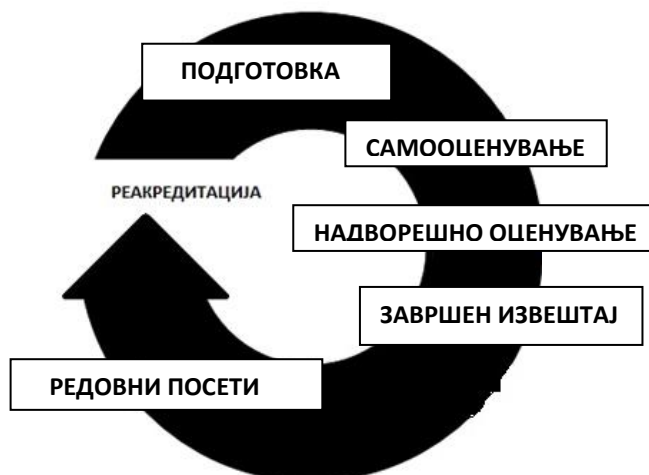
Мерење на стандардите:

Стандардите обезбедуваат доследно и транспарентно проценување и мерење на нивното остварување.

3.2 Процес на акредитација

Процесот на акредитација опфаќа пет карактеристични етапи:

1. Подготовката на здравствената установа
2. Самооценувањето
3. Оценувањето на надворешните оценувачи на прилагоденоста на работата на установата со стандардите за акредитација
4. Spreмањето на финалниот извештај и одлуката за доделување на акредитација од страна на АКАЗУМ.
5. Континуираната процена и следењето на извршување на планот за унапредување на квалитетот.



Слика 2. Процес на акредитација и реакредитација

Доколку со актот за основање на здравствената установа (болницата) некои здравствени услуги не се спроведуваат и некои служби се отсутни, здравствената установа поднесува до Агенцијата Барање за изземање од поединечни стандарди со детално образложение и докази кои го поткрепуваат барањето, уште пред да поднесе апликација за надворешно оценување. Агенцијата после разгледување на ваквото Барање, го одобрува или одбива барањето, и врз основа на оваа одлука во понатамошната фаза го планира времетраењето на надворешното оценување.

Процесот на акредитација се спроведува со цел да обезбеди успех во постојаното унапредување на квалитетот и безбедноста. Иако начинот на кој организацијата пристапува кон акредитацијата може да биде доста различен, одредени клучни аспекти мора да бидат задоволени за да се обезбеди соодветно раководење и координација со процесот на акредитација. Тоа се однесува на следното:

- поддршка на хиерархиски највисокото раководство
- именување на координатор за акредитација
- формирање на тимови за самооценување.

Од голема важност е највисокото раководство на организацијата да даде поддршка на активностите кои се спроведуваат во рамките на процесот на акредитација како и да биде вклучено во целиот процес. Раководството треба да ги соопшти клучните причини зошто акредитацијата е значајна и каква корист очекува установата со превземениот процес на акредитација, како и да се ангажира во

создавањето на позитивна атмосфера и ентузијазам кои ќе го поттикнат вклучувањето на сите вработени во процесот.

3.3 Самооценување

Самооценувањето го спроведува установата заради евалуација на нивото на усогласеност на својата работа наспроти поставените стандарди за акредитација.

Самооценувањето пружа можност организацијата да ја преиспита својата работа и истата да ја процени во согласност со стандардите за акредитација, односно да процени:

- каде установата претходно се наоѓала,
- каде е во моментот,
- каде себеси се гледа во иднина.

Самооценувањето им предочува на вработените кои активности се спроведуваат правилно, кои се областите што бараат унапредување, односно кои се предностите и слабостите во рамки на организацијата.

3.3.1 Координатор за акредитација

По започнување на процесот на акредитација, установата најпрво именува координатор за акредитација кој е задолжен за координација на тимовите за самооценување и за подготовка на интегралниот извештај за самооценување.

Улогата на координаторот за акредитација се состои од:

- одредување на членовите на тимовите за самооценување;
- проценка на потребата за обука на тимовите;
- насочување на работата на тимовите во тек на процесот на самооценување;
- координирање на работата и комуникацијата помеѓу тимовите;
- навремено обезбедување на работниот материјал (прирачници за самооценување, речник на стручни изрази итн.);
- планирање и логистичка поддршка на сите активности поврзани со процесот на надворешно оценување;
- припрема на документација;
- припрема на тимовите за прашањата на надворешните оценувачи;
- комуникација со АКАЗУМ;

- припрема на интегралниот извештај за самооценување и негово проследување до Агенцијата.

Координаторот за акредитација може да биде посебна или интегрална функција - на пример тоа може да биде претседателот на комисијата за квалитет. Координаторот за акредитација треба да поседува вештини од областа на унапредување на квалитетот, безбедност на пациенти и управување со промени, како и добро да ја познава постапката за акредитација.

3.3.2 Тимови за самооценување

Тимовите за самооценување е потребно да се формираат со цел да се спроведе јасно и сеопфатно самооценување. Учеството во тимовите треба да биде одраз на интердисциплинарен пристап со цел обезбедување на континуирана, сеопфатна здравствена заштита во рамки на установата заснована на знаење и професионално искуство со кое располагаат вработените. Составот на тимовите треба да го одсликува хоризонталниот и вертикалниот пресек на целата организација. Во тимовите би требало да бидат застапени вработените од сите образовни структури (на пример доктори, медицински сестри/техничари, економисти, инжењери, вработените од помошните служби), без оглед на нивната возраст (од постари до помлади членови).

Со цел тимовите квалитетно да работат, потребно е да:

- *Се одвои време*: постои огромен притисок да се остварат резултати во рекордно време. Ефикасната работа бара време и јасна цел. Форсирањето на тимовите може да резултира со нефункционално однесување и лоши резултати.
- *Се примени селекција и процес на развој*: промената на членовите може да доведе до регрес на тимот во поглед на работата. Вработените треба да ги унапредат своите знаења со цел да бидат ефикасни членови на тимот.
- *Се овозможи интегритет помеѓу дејствувањето и вредностите*: сè што е во спротивност со постоечките вредности и принципите води кон намалување на оптималниот учинок. Слободата во иновациите ја одредува успешноста во имплементацијата.

Не постои најдобар рецепт за изградување и реализација на тимското работење. Тимот е потребно да биде запознаен и да работи во согласност со визијата, целите и рамката на работење на самата установа.

Тимовите за самооценување се формираат врз основа на стандардите кои ги опфаќаат клиничките и неклиничките области во установата. Клиничките области се во врска со лекувањето на пациентите и специфичните клинички услуги. Неклиничките области се однесуваат на раководење и управување, човечки ресурси, управување со информации и безбедност на пациентите.

Се препорачува секој од тимовите да биде составен од 3-5 членови (бројот на членовите зависи од големината на установата и службата).

3.3.3 Работа на тимовите за самооценување

Постапката за самооценување тимовите ја спроведуваат најдолго во период од 6 месеци откако е дојдено до заклучок дека болницата е доволно припремена. Во тој период тимовите редовно се состануваат. Искуството има покажано дека честотата на состанување на тимовите варира, почнувајќи од оние состаноци кои траат од 1 до 2 часа еднаш во неделата, па сè до оние состаноци кои траат едно работно време во тек на месецот. Без оглед на утврдениот начин на работа кој се применува, неопходно е тимовите за самооценување да ги следат следните два клучни чекори во тој процес:

- Обука
- Расправа и прибирање на докази за усогласеност со критериумите/стандардите.

Обука

Сите членови од тимот треба да прочитаат сè за стандардите за акредитација и за критериумите, а не само тоа што се однесува на нивниот тим, со цел да им се разјасни на која област секој од нив се однесува. Сепак, најмногу внимание треба да се посвети на стандардите и критериумите кои се однесуваат на неговиот дел од работата за која треба да се обезбедат докази. Обуката на членовите на тимовите ја спроведува АКАЗУМ.

Расправа и прибирање докази за усогласеност со критериумите и стандардите

Расправата и дебатите до кои се доаѓа кога тимовите за самооценување ги разгледуваат клучните активности на своите служби претставуваат основни активности и воедно се дополнителни вредности на процесот на акредитација. Со

поттикнување на отворена расправа тимот може да одговори на следните клучни прашања:

- Кои активности ги спроведуваме во врска со овој критериум?
- Што е тоа што добро го работиме?
- Што можеме да подобриме?
- Дали нешто превземаме во таа насока?
- Дали имаме некој доказ со кој би провериле што точно работиме?
- Кого уште можеме да консултираме за мислење со цел да добиеме појасна слика за тоа како работиме? Дали другите вработени? Агенцијата?

Во рамки на секој стандард постои објаснување за истиот тој стандард, а за секој критериум се наведени докази за обезбедување на усогласеност со критериумот кој се оценува. ***Доказите не се дефинитивни, и истите е потребно да се сфатат како насоки кои ќе им помогнат на тимовите да ја дефинираат почетната точка на нивното работење при самооценувањето. Предложените докази можно е да се дополнат со нови, доколку тимовите сметаат дека тоа е потребно.***

Во текот на работењето тимовите треба да настојуваат да откријат во која мера работата на установата е усогласена со поединечните критериуми. Кога за еден критериум не постои соодветен доказ, тимот треба да направи план за мерките кои ќе ги превземе за подобрување и унапредување на квалитетот на работење. Неопходно е потребно тимот да се сложи и да го забележи ова предупредување, бидејќи тоа е податок врз основа на кој ќе биде комплетирана документацијата за самооценувањето.

Неопходна документација/записници од состаноците на тимовите за самооценување:

- Избор на координатор за акредитација;
- Избор на членовите и формирање на тимовите за самооценување;
- Придружната документација на целокупниот преглед при самопроценка вклучувајќи ги:

-утврдените области во кои установата се истакнува,

-приоритетните области за подобрување и унапредување,

-приоритетните области дефинирани во планот за унапредување на квалитет,

-заклучоците на тимовите.

3.3.4 Документација за самооценување

По завршување на самооценувањето, установата на адреса на АКАЗУМ ја доставува специфичната документација која се состои од воведниот дел и делот кој се однесува на стандардите со образложение и оценка.

3.3.4.1 Воведниот дел треба да содржи краток опис на организацијата

- Број и видови на служби во рамки на здравствената установа;
- Краток опис на видовите услуги (примарно, секундарно и терциерно ниво);
- Основни податоци за болницата:
 - број на хоспитализирани пациенти во претходната година
 - просечна должина на болничко лекување во претходната година во денови
 - број на болнички постели
 - просечна зафатеност на постелите во %
 - број на постели (категија 3) во интензивна нега
 - број на хоспитализирани пациенти кои се примени како итни случаи
 - процент на умрени во текот на првите 48 часа од приемот
 - број на амбулантски прегледи во претходната година
 - број на пациенти во дневна болница во претходната година
 - просечен број денови на лекување во дневна болница
 - број на дијализи
 - процент на пациенти упатени во друга здравствена установа
 - број на извршени хируршки интервенции
 - просечен број на предоперативни денови на лекување
 - број на дадени анестезии по анестезиолог
 - број на породувања
 - број на породувања со царски рез
 - просечен број на медицински сестри по зафатеност на болнички постели.

3.3.4.2 Стандарди со образложение и оценка

Остатокот на документацијата за самооценување ги содржи сите стандарди со образложение и оценка. Алатката за самооценување која ја обезбедува АКАЗУМ, задолжително се пополнува во електронска и печатена форма.

3.3.5 Доставување на документација за извршеното самооценување

Координаторот за акредитација ја доставува до АКАЗУМ целокупната документација за самооценување во утврдениот рок. Детални информации за начинот на кој ќе бидат испратени податоците до АКАЗУМ, ќе бидат дадени од страна на одговорното лице за комуникација со здравствените установи.

3.3.6 Начин на оценување

Исполнетоста на критериумите се користи за да се прикаже нивото на усогласеност кое здравствената установа го постигнала по секој критериум од стандардите. Скалата ги има оцените од 1-5:

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 воведат 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 во главно 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,
 - ризиките 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.

3.3.7 Услови за добивање акредитација

Здравствената установа се стекнува со акредитација за период од една година, доколку:

- остварила 40-50 % од оценките 4 и 5;
- нема повеќе од 20 % од оцените 1 и 2;
- критериумите кои се однесуваат на безбедноста на пациентите во процесот на лекување на пациентите не се оценети со оценка помала од 4.

Здравствената установа се стекнува со акредитација за период од три години, доколку:

- остварила 51-70 % од оценките 4 и 5;
- нема повеќе од 15 % од оцените 1 и 2;
- критериумите кои се однесуваат на безбедноста на пациентите во процесот на лекување на пациентите не се оценети со оценка помала од 4.

Здравствената установа се стекнува со акредитација за период од пет години, доколку:

- остварила 71-100 % од оценките 4 и 5;
- нема повеќе од 10 % од оцените 1 и 2;
- критериумите кои се однесуваат на безбедноста на пациентите во процесот на лекување на пациентите не се оценети со оценка помала од 4.

3.3.8 Безбедност на пациентите

Како што е дефинирано во Правилникот за акредитација на здравствените установи, посебно значење во процесот на акредитација имаат критериумите кои директно се однесуваат на безбедноста на пациентите и имаат влијание врз акредитацијата. Овие критериуми се обележани со ѕвездички.

АКАЗУМ за почеток има избрано пет области кои се однесуваат на безбедноста на пациентите:

1. Дефинирање на пет клучни цели за безбедност на пациентите.
2. Одредување на специфични активности кои ќе се применат за да се постигнат целите.
3. Одредување на временската рамка за примена на овие активности (за АКАЗУМ и за здравствените установи).
4. Подготовка на едукативни материјали кои ги објаснуваат специфичните активности и очекувањата поврзани со нивната примена.
5. Спроведување на едукација во рамки на системот за здравствена заштита, особено во установите кои учествуваат во процесот на акредитација, а во врска со барањата на АКАЗУМ во поглед на безбедноста на пациентите.
6. Следење на примена на барањата во поглед на безбедност на пациентите.

7. Известување за прогресот и резултатите од примена на барањата во поглед на безбедноста на пациентите.

АКАЗУМ цели за безбедност на пациентите (иницијални)

Целите за безбедност на пациентите се засноваат на меѓународните цели кои се покретени со истражувачка работа. Долупоменатите цели имаат влијание на целокупната здравствена установа и бараат фокусиран и координиран напор со цел да се изврши нивна примена:

1. Процедури за безбедна пракса во хирургијата;
2. Сведување на минимум на можностите за појава на инфекции во установата;
3. Безбедно ракување со лекови;
4. Нега и лекување на „вистинскиот“ пациент;
5. Елиминирање/сведување на минимум на несаканите случувања, заради безбедно лекување.

3.3.9 Улогата на АКАЗУМ во процесот на самооценување

АКАЗУМ во процесот на подготовка на установата за самооценување ја пружа потребната поддршка. Таа се состои од адекватна едукација на вработените по однос на: толкување на стандардите и критериумите, дефинирање на неопходните докази кои е потребно да се соберат, формирање на тимови за самооценување, начинот за успешна работа на тимовите, спроведување на активности за постојано унапредување на квалитетот и безбедноста на пациентите.

За нејаснотиите и проблемите во текот на процесот на самооценување АКАЗУМ ѝ предлага на установата конструктивни решенија. Исто така ѝ помага на установата да развие култура по однос на унапредување на квалитетот на работа и безбедноста на пациентите. Одржува комуникација со координаторот за акредитација.

АКАЗУМ може да обезбеди и едукација од областите кои се важни за развој на институцијата во целина со фокус на унапредување на квалитетот на работа и

безбедноста на пациентите. Во текот на самооценувањето голем број на вештини и алатки им се потребни на вработените за да ги извршат дадените задачи.

Постојат извесни основни претпоставки кои секој програм на унапредување на квалитетот треба да ги содржи, но секако пристапот, големината, видот, сложеноста и положбата на здравствената установа ќе влијаат на активностите кои ќе бидат превземени. Здравствената установа треба да ги идентификува неопходните принципи за програмата за унапредување на квалитетот, да ги одреди своите приоритети за унапредување и да развие програма во согласност со тимот.

3.3.10. Утврдување на приоритетите, пристапот и интерната програма

За да се одредат приоритетите, пристапот до квалитет и структурата на интерната програма на унапредување, здравствената установа треба да утврди:

- Кои се нејзините приоритети?
- Кои активности се посебно нагласени во стратешкиот план?
- Во каква меѓусебна поврзаност се активностите на унапредување на квалитетот и стратешките цели?
- Кои проблеми постојат?
- Дали постојат надворешни барања кои треба да се задоволат?
- На кои услуги треба посебно да се обрне внимание?
- Дали постојат посебни клинички области на кои им е потребна поддршка?
- Кои ресурси ни стојат на располагање за да се унапреди квалитетот?
- Со кои вештини располагаат вработените?
- Кои се најголеми ризици?
- Кои се последиците од тие ризици?
- Која е веројатноста од појава на тие ризици?
- Кој пристап да се примени?
- Која е улогата на раководството?
- Кој е одговорен за програмот и кој го координира?
- Како здравствената установа ќе ги вклучи вработените?
- Како организацијата ќе ги претстави своите планови за унапредување на заинтересираните страни?

- Како ќе биде следен текот на унапредувањето на квалитетот?
- Кои средства е потребно да се користат?

3.3.11. Разбирање и конструктивно дејствување со цел постојано унапредување на квалитетот

Успешната примена на акредитацијата бара целата здравствена установа да биде посветена на унапредување на сопствените перформанси. Тоа е основниот елемент за успех кој бара цврсто раководење. Акредитацијата ќе ѝ помогне на организацијата да го унапреди нејзиниот целокупен учинок, да има култура на континуирано унапредување на квалитетот и да се концентрира на пациентите/клиентите и резултатите. Организацијата која кон акредитацијата се однесува исклучиво како спрема начин за добивање на сертификат нема да има полна корист од неа како рамка за унапредување на квалитетот и безбедноста на пациентите.

Многу организации во светот и кај нас, успешно имаат имплементирано ефикасни програми за квалитет во кои вработените учествуваат со ентузијазам и ги разменуваат своите искуства. Ефикасен начин за пронаоѓање пат кој ќе биде делотворен е остварување на работни контакти и разговори со стручни лица од овие области во врска со тоа какви биле проблемите, како можат да бидат надминати и како можат да се унапредат резултатите и исходот.

Постојат многу методи кои можат да се користат за унапредување на работата во рамки на установата. Наредното поглавје разгледува некои од најопштите алатки. Потребно е да се користи онаа која најмногу ѝ одговора на организацијата. Примерите за ефикасни алатки опфаќаат мерење на учинокот и квалитетот на работењето, управување со несакани случувања, управување со култура и промени, “benchmarking” (одредници, споредување со конкуренти), патеки за постигнување на цел со анализа за варијација, следење на несакани случувања, клиничка проверка и алатки за квалитет.

3.3.12. Мерење на учинок и квалитет на работење

Од здравствените установи често се бара да им пружат податоци на многубројни заинтересирани страни за многу аспекти од нивната организација. Фокусот на

вниманието на управување со перформансите настанало низ зголемување на барањата за доказите за перформансите и поставувањето во центар на унапредувањето на квалитетот и безбедноста.

„Научниот пристап“ користи податоци и статистички методи на начин на кој би помогнал при донесување одлуки и претставува корисна методологија и аналитички пристап за решавање на проблемите. Овој пристап опфаќа донесување одлука заснована на валидни податоци, барање и откривање на вистинските причинители на проблемот, развој на адекватни решенија и имплементирање на промените.

Показатели на учинок

Показателите на учинок во здравствената установа, пружаат податоци за:

- Моменталното ниво на учинок
- За тоа како функционира во споредба со другите,
- За тоа каде сака да биде,
- За тоа во кои области може да се унапреди.

Овие мерки се користат кај:

- Унапредување на учинокот,
- Управување со донесените одлуки,
- Рагледувањето на управувањето со рапределбата на финансиските средства итн.,
- Тежнење да се постигнат саканите исходи,
- Донесување одлуки по однос на приоритетите од областа на комуникациите

3.3.13. Индикатори за квалитет

Следењето на индикаторите за квалитет е дефинирано во Правилникот за индикатори за квалитет, кои здравствените установи имаат законска обврска да ги следат и еднаш годишно да известуваат за резултатите од нивното следење.

3.3.14. Управување со несакани случувања

“Несакано случување е било која несакана повреда или компликација која доведув до појава на инвалидитет, смртен исход или до продолжено престојување во болницата, а настанува (се случува) како резултат на работата на менаџментот на здравствената установа.” (СЗО)

Појавата на несаканите случувања во рамки на здравствениот систем може да има сериозни последици на сите кои со нив се опфатени, вклучувајќи ги и пациентите/клиентите, семејството, вработените како и самата здравствена установа. Во случај кога настапува несакано случување здравствената установа треба да ги утврди причините и да изврши анализа, како дел од стратегијата за унапредување на квалитетот.

Различни фактори придонесуваат при појава на несакани случувања. Винсент и соработници (1998) имаат развиено основа за анализа на несаканите случувања земјаќи ги во предвид сите можни фактори кои влијаат на појавата на несаканото случување. Дадената табела ги претставува различните фактори кои влијаат и придонесуваат во настанувањето на несаканото случување, и во основа може да се поделат на системски и човечки.

Видови на фактори	Фактори на придонес
Фактор пациент	Комплексност на здравствената состојба
	Јазик и комуникација
	Лични и социјални фактори
Фактор поединец (персонал)	Знаења и вештини
	Компетентност
	Физичко и ментално здравје
Фактор тим	Вербална комуникација
	Пишана комуникација
	Надзор и потребна помош
	Лидерство
Фактори на работно опкружување	Кадри и работно оптоварување
	Достапност и одржување на опремата
	Менаџерска и административна поддршка
Организациони и управувачки фактори	Финансиски ресурси и ограничувања
	Организациона структура
	Стандарди и цели
	Култура на безбедност и приоритети
Институционални фактори	Економски и регулаторен контекст
	Раководители во системот на здр. заштита
	Врска со другите установи

Табела 1. Фактори кои придонесуваат при појава на несакано случување

Постојат два главни пристапи кои се конципирани така што да можат да одговорат на прашањето зошто доаѓа до појавата на несакано случување и се нарекуваат „пристап поединец“ и „пристап систем“. „Пристапот поединец“ се фокусира на грешки на поединци кои настануваат како резултат на невнимателност, лоша мотивација, неодговорност и занемарување. „Пристапот систем“ се фокусира на бројните фактори во рамки на системот или установата кои доведуваат до појава на несакано случување.

Иако постои голем број на начини за минимизирање на можностите на настанување на несаканите случувања, тие се јавуваат поради активни грешки или поради латентни состојби. Активните грешки се опишуваат како небезбедни постапки, грешки или злоупотреби на персоналот со лоши последици по системот или пациентот. Под вакви грешки се вбројуваат:

- Пропусти во работата, пример: давање на погрешен лек на пациентот,
- Когнитивни грешки, кои се јавуваат како последица на незнаење или несоодветно толкување на ситуацијата,
- Злоупотреби во вид на намерно нарушување на безбедната пракса, политики, процедури и стандарди.

Латентните грешки настануваат како резултат на донесување на одлуки на повисоко ниво во рамки на установата, а чии негативни последици остануваат скриени се додека во контакт со активирачките фактори не станат очигледни. Во активирачките фактори се вбројуваат:

- Недоволен број на вработени
- Неадекватна опрема
- Неадекватна контрола.

Латентите состојби се идентификуваат и корегираат пред појава на несаканото случување.

Иако во минатото клиничарите се занимавале со причините за настанување на несаканото случување, стекнатите искуства не се објавувани. Факт е дека причините за успех или неуспех воглавно се поврзувани со квалитетот на поставената дијагноза и успешноста на лекувањето. Медицината денес е многу покомплексна наука и се заснова

на висока технологија и се движи од поединечното пружање на услугата кон тимската работа, со што се создава дијапазон на фактори кои го одредуваат квалитетот на здравствената заштита и спречувањето на појавата на несаканите случувања.

Пријавувањето и анализата на несаканите случувања е неопходна како на локално ниво, односно на ниво на самата установа, така и на национално ниво.

Основната цел на известувањето е можноста врз основа на искуствата после појавата на несаканото случување да се намали, односно да се спречи нанесувањето на штета и повреда на пациентот. Посебната цел се однесува на користење на податоците добиени од анализата и врз основа на истражување на несаканите случувања, да се овозможи стекнатите искуства да бидат достапни на здравствените установи. Анализата на извештаите од страна на Агенцијата или други тела може да открие опасности кои во спротивно би останале неоткриени, а за кои е потребно да се превземат посебни активности. Исто така се овозможува увид во прикриените грешки во системот и се добиваат препораки за „добра пракса“ со кои се раководат сите вработени.

Информациите добиени низ идентификување на несаканите случувања, нивната анализа и стекнатите искуства може да бидат искористени на локално ниво, како би се препознале трендовите и обрасците кои ќе овозможат дефинирање на приоритетите при развој на програмата за унапредување на безбедноста. Информациите добиени низ идентификување на несаканите случувања и нивната анализа и стекнатите искуства можат да се користат на национално ниво, за да се препознаат трендовите и обрасците, кои не се евидентни на индивидуално локално ниво на известување. Доколку несаканите случувања се пријавуваат и за нив се известува на национално ниво, ќе се подигне свеста за овој проблем и ќе се овозможи дефинирање на приоритетите при развој на националната програма за унапредување на безбедност.

3.3.15 Клиничка проверка

Клиничките проверки може да се користат за подобрување на сите аспекти на клиничката работа. Проверките претставуваат систематска рамка која ја применуваат здравствените работници за испитување и проценка на клиничкото работење и преземање на мерки за подобрување. Тие имаат голем потенцијал бидејќи можат да бидат од суштинска корист за пациентите во поглед на унапредување на квалитетот на лекувањето и безбедноста на пружените услуги.

Кога организацијата реши со својата програма за унапредување да ја опфати и клиничката проверка потребно е да се разгледуваат бројни фактори. Тоа вклучува:

- Систем за прибирање на информации пр. преглед на здравствените картони, користење на повеќекратни извори на податоци;
- Време предвидено за процес на проверка;
- Избор на предмет на проверка;
- Метод на проверка;
- Користење на соодветни примероци;
- Согледување на резултатите;
- Обука на персоналот;
- Мултидисциплинарен пристап;
- Приватност и доверливост;
- Интеграција на процесот на проверка во секојдневното работење.

3.3.16 Алати, методи и техники за анализа за унапредување на квалитет

За да се анализираат постапките и податоците, потоа податоците преточени во информации и на крај тие да станат достапни за примена во процесот на унапредување на квалитетот се користат блок дијаграми, причинско-последични дијаграми, графикони и останати методи

Споменатите методи овозможуваат откривање на проблемот, анализа на процесите и изнаоѓање на можности за подобрување. Хистограмите, дијаграмите на текот, контролните дијаграми и скатеграмите ги прикажуваат релевантните податоци и пружаат информации неопходни за процесот на одлучување.

4. Начин на користење на алатката за самооценување

Тимот за самооценување поседува алатка за самооценување која ја добива од Агенцијата и врз основа на увидот во службата во која што членовите на тимот се вработени ја пополнува на следниот начин:

- Ги чита стандардите и критериумите;
- Ги подготвува доказите во согласност со препораките за секој критериум и доколку располага со дополнителни докази ги впишува во предвидениот простор;
- Врши увид во состојбата на службата;

- Врз основа на претходно наведеното дава конечна оценка за тој критериум во полето предвидено за оценка;
- Постои простор за пишување на забелешки за секој критериум, доколку за тоа има потреба.
Под секој стандард постои дел за пишување на коментар кој се однесува на целиот стандард.

5.Надворешно оценување

Откако болницата ја испратила до Агенцијата пополнетата алатка за самооценување, Агенцијата планира надворешно оценување, формира тим, ја известува болницата за составот на тимот, за деновите кога ќе се одвива надворешното оценување, и распоредот на службите предвидени за надворешно оценување.

Користена литература:

1. Shaw CD. Toolkit for Accreditation Programs. The International Society for Quality In Health Care. Australia: 2004.
2. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: A systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2008;20:172–83. [PubMed]
3. Miller MR, Pronovost P, Donithan M, Zeger S, Zhan C, Morlock L, et al. Relationship between performance measurement and accreditation: Implications for quality of care and patient safety. *Am J Med Qual*. 2005;20:239–52. [PubMed]
4. Hadley T, McGurrian M. Accreditation, certification, and the quality of care in state hospitals. *Hosp Community Psychiatry*. 1988;39:739–42. [PubMed]
5. Pomey MP, Contandriopoulos AP, François P, Bertrand D. Accreditation as a tool for organisational change. *Int J Health Care Qual Assur*. 2004;17:113–24. [PubMed]
6. International Society for Quality in Healthcare. *International Accreditation Standards for Healthcare External Evaluation Organisations*,. 3rd edn. Dublin: International Society for Quality in Healthcare,; 2007. <http://isqua.org/reference-materials.htm> (12 August 2015, date last accessed).
7. Brown JG *The External Review of Hospital Quality: A Call for Greater Accountability*. Boston, MA: Office of Inspector General, Department of Health and Human Services; 1999. (OEI-01-97-00050; 7/99).
8. Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health (editorial). *International Journal for Quality in Health Care* 1998;10(6):469-72.
9. Evaluating accreditation (editorial). *International Journal for Quality in Health Care* 2003;15(6): 455-6.