

На основу члана 215. став 1. тачка 1) Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС”, бр. 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10 и 99/10), члана 15. став 1. Закона о јавним агенцијама („Службени гласник РС”, бр. 18/05 и 81/05) и члана 20. Статута Агенције за акредитацију здравствених установа Србије („Службени гласник РС”, број 37/09),

Управни одбор Агенције за акредитацију здравствених установа Србије на седници одржаној 5. јануара 2011. године, доноси
ОДЛУКУ

о утврђивању стандарда за акредитацију здравствених установа

1. Утврђују се стандарди за акредитацију здравствених установа:

- Стандарди за акредитацију здравствених установа примарног нивоа здравствене заштите;
 - Стандарди за акредитацију здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите.
2. Стандарди за акредитацију здравствених установа из тачке 1. ове одлуке одштампани су уз ову одлуку и чине њен саставни део.
3. Ова одлука, по добијању сагласности Владе, ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”.

Број 4-0-07/2011-04

У Београду, 5. јануара 2011. године

Председник

Управног одбора,

прим. мр сци. мед. др Миљко Пејић, с.р.

СТАНДАРДИ ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА ПРИМАРНОГ НИВОА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

1. (ЗЗО) Лечење пацијената

Здравствена заштита одраслих становника

Превенција

ЗЗО

Стандард

1.0

Процењује се здравствено стање становништва.

ЗЗО

Критеријум

1.1

Превенција се обавља у складу са Законом о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05 – исправка).

ЗЗО

Критеријум

1.2

Превенција се обавља кроз два типа прегледа:

- систематски прегледи – садржај и тип је везан за популациону групу,
- циљани прегледи.

330

Критеријум

1.3

Превентивни прегледи се планирају, а пацијенти се унапред писменим путем обавештавају о датуму прегледа.

330

Критеријум

1.4

Истражује се и анализира одзив пацијената на систематске и циљане прегледе и спроводе се мере унапређења, у смислу повећања одзива пацијената.

330

Критеријум

1.5

Спроводе се скрининг програми за рано откривање карцинома дебелог црева.

Пријем пацијента

330

Стандард

2.0

Утврђен је поступак пријема и тријаже пацијента.

330

Критеријум

2.1

Прегледи се заказују. Пацијенти којима преглед није заказан примају се након тријаже.

330

Критеријум

2.2

Обавља се тријажа пацијента на месту контакта, како би пацијент био збринут.

330

Критеријум

2.3

Пацијенти су подељени у категорије према њиховим потребама, а они чије стање захтева хитно лечење имају предност.

330

Критеријум

2.4

Тријажу у оквиру тима обавља медицинска сестра, односно техничар тима за лечење.

330

Критеријум

2.5

Пацијенту, односно породици пацијента пружају се информације о раду организационе јединице.

Процена здравственог стања пацијента и план лечења

330

Стандард

3.0

Обавља се процена здравственог стања пацијента и припрема план лечења.

ЗЗО

Критеријум

3.1

Потребе пацијента у смислу примене мера превенције, куративе, рехабилитације и палијативног збрињавања, реализују се према приоритету, а на основу здравственог стања пацијента у тренутку доласка у здравствену установу.

ЗЗО

Критеријум

3.2

Утврђује се и евидентира, у здравственом картону, потреба за упућивањем на дијагностичке тестове (лабораторија, дијагностичка снимања).

ЗЗО

Критеријум

3.3

Утврђује се и евидентира, у здравственом картону, потреба за упућивањем лекару специјалисти.

ЗЗО

Критеријум

3.4

Утврђује се и евидентира, у здравственом картону, потреба за упућивањем у друге организационе јединице у здравственој установи и друге здравствене установе.

ЗЗО

Критеријум

3.5

Обавља се лечење у виду поновних прегледа, како је одређено по отпусту из друге здравствене установе.

ЗЗО

Критеријум

3.6

План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијента.

ЗЗО

Критеријум

3.7

План лечења се разматра са пацијентом или породицом пацијента. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено.

Спровођење лечења

ЗЗО

Стандард

4.0

Лечење се спроводи у складу са планом лечења.

ЗЗО

Критеријум

4.1

Здравствени радници се одређују као лица одговорна за лечење пацијента.

– Лица одговорна за спровођење лечења су евидентирана у здравственом картону пацијента.

– Свака промена лица одговорног за лечење се евидентира у здравствени картон пацијента.

– Запослени су упознати с тим које лице је одговорно за лечење пацијента.

ЗЗО

Критеријум

4.2

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

– Квалификације се процењују приликом запошљавања и редовно проверавају.

– Квалификације се одређују у сарадњи с коморама здравствених радника.

– Квалификације се одређују за тип лечења који треба обавити, за сваку категорију запослених који учествују у пружању здравствене заштите.

ЗЗО

Критеријум

4.3

План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу пацијента.

ЗЗО

Критеријум

4.4

Лечење се спроводи према претходно утврђеним смерницама, водичима добре клиничке праксе и протоколима (нпр. Водичи добре клиничке праксе, пут лечења и др.).

ЗЗО

Критеријум

4.5

Основне делатности организационе јединице подржавају мисију, визију и вредности здравствене установе.

– Постоје докази да организациона јединица поштује мисију, визију и вредности здравствене установе при планирању и пружању услуга.

– Приликом пружања услуга запослени у организационој јединици поштују мисију, визију и вредности здравствене установе.

ЗЗО

Критеријум

4.6

Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга.

ЗЗО

Критеријум

4.7

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

ЗЗО

Критеријум

4.8

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање
- доступност здравствене заштите
- информације
- обавештење
- слободан избор
- приватност и поверљивост информација
- самоодлучивање и пристанак
- увид у медицинску документацију
- тајност података
- права пацијента над којим се врши медицински оглед
- приговор
- накнаду штете
- сигурност и безбедност.

330

Критеријум

4.9

Информације у вези са спроведеним лечењем пацијента евидентирају се у здравственом картону пацијента.

330

Критеријум

4.10

Постоји евиденција свих лекова и санитетског материјала које организациона јединица наручи и потроши.

Критеријум

4.11

*

Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима:

- Адекватно складиштење и издавање лекова.
- Безбедно руковање наркотицима.
- Адекватна припрема и руковање интравенозним растворима.
- Правилно руковање инфузионим пумпама.

330

Критеријум

4.12

*

Нежељени догађаји се евидентирају, пријављују и оцењују.

Ревизија плана лечења и прилагођавање циљева лечења

330

Стандард

5.0

Анализира се план лечења.

330

Критеријум

5.1

План лечења се редовно анализира.

330

Критеријум

5.2

Промене циља лечења се евидентирају у здравственом картону.

330

Критеријум

5.3

Промене у плану лечења се евидентирају у здравственом картону.

330

Критеријум

5.4

Здравствени радници који су део тима који спроводи лечење пацијента обавештавају се о променама у плану лечења.

330

Критеријум

5.5

Промене плана лечења разматрају се са пацијентом, односно породицом пацијента. Завршетак посете лекару и припрема за упућивање у друге здравствене установе

330

Стандард

6.0

Постоји поступак за:

- завршетак посете лекару
- упућивање у другу здравствену установу.

330

Критеријум

6.1

У здравствени картон пацијента уноси се резиме лечења који обухвата:

- разлог за посету,
- значајне налазе,
- све обављене процедуре,
- дијагнозу,
- медикаментну терапију и друге видове лечења.

330

Критеријум

6.2

Обавештење о упућивању или пријему пацијента у другу здравствену установу се на одговарајући начин и благовремено преноси изабраном лекару.

330

Критеријум

6.3

Пацијент, односно породица пацијента унапред се обавештавају о упућивању пацијента у другу здравствену установу и саопштава им се које су мере предузете у смислу задовољавања потреба пацијента за лечењем.

330

Критеријум

6.4

Кад је упућивање неопходно, процењује се потреба пацијента за транспортом и исти се обавља.

330

Критеријум

6.5

Здравствена установа предузима кораке како би обезбедила пријем благовремених и одговарајућих информација о отпустима из друге здравствене установе.

330

Критеријум

6.6

Поновни прегледи након отпуста из друге здравствене установе обављају се у складу са потребама пацијента.

Просторије и опрема

330

Стандард

7.0

На располагању су одговарајуће просторије и опрема.

330

Критеријум

7.1

Прилаз здравственој установи и организационим јединицама је приступачан.

– Постоји улаз за особе са инвалидитетом.

– Локација здравствене установе и улази у организационе јединице обележени су одговарајућим ознакама.

330

Критеријум

7.2

Води се списак опреме, заједно са распоредом одржавања за сваки део опреме.

330

Критеријум

7.3

Бележи се сва опрема коју треба баждарити и прецизира се распоред баждарења.

330

Критеријум

7.4

Уколико у оквиру организационе јединице постоји соба за интервенције, мора поседовати стандардну опрему.

330

Критеријум

7.5

Постоје одговарајуће просторије за прегледе и лечење.

330

Критеријум

7.6

Чекаонице се налазе на одговарајућим местима и функционалне су.

Квалитет рада и безбедност пацијента

330

Стандард

8.0

Прате се квалитет рада и безбедност пацијента.

330

Критеријум

8.1

Сви запослени у организационој јединици су упознати са стратешким планом здравствене установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента је утврђен на основу стратешког плана.

330

Критеријум

8.2

Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.

330

Критеријум

8.3

Планом за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента одређују се области које би требало побољшати, мере које би требало предузети, као и резултати и праћење истих.

330

Критеријум

8.4

Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијента.

330

Критеријум

8.5

Показатељи квалитета рада и безбедности пацијента су утврђени и прате се у оквиру активности на унапређењу квалитета.

– Одређени су подаци који се прикупљају за сваки од показатеља, као и методи који ће се користити приликом прикупљања тих података.

330

Критеријум

8.6

Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

– При одабиру запослених који ће учествовати у посебним активностима на плану унапређења квалитета, разматрају се природа активности на плану квалитета и безбедности, као и радно оптерећење запослених.

– Све активности које се односе на квалитет рада и безбедност пацијента, укључујући и управљање ризиком јасно су одређене.

330

Критеријум

8.7

*

Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

330

Критеријум

8.8

*

Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку.

2. (33Ж) Лечење пацијената

Здравствена заштита жена

Превенција

33Ж

Стандард

1.0

Процењује се здравствено стање становништва.

33Ж

Критеријум

1.1

Превенција се обавља у складу са Законом о здравственом осигурању („Сл. гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05 – исправка).

33Ж

Критеријум

1.2

Превенција се обавља кроз два типа прегледа:

– систематски прегледи – садржај и тип је везан за популациону групу,

– циљани прегледи.

33Ж

Критеријум

1.3

Превентивни прегледи се планирају, а пацијенткиње се унапред, писменим путем, обавештавају о датуму прегледа.

33Ж

Критеријум

1.4

Истражује се и анализира одзив пацијенткиња на систематске и циљане прегледе и спроводе се мере унапређења у смислу повећања одзива пацијенткиња.

33Ж

Критеријум

1.5

Спроводе се скрининг програми за рано откривање карцинома грлића материце.

33Ж

Критеријум

1.6

Спроводе се скрининг програми за рано откривање карцинома дојке.

Пријем пацијенткиња

33Ж

Стандард

2.0

Утврђен је поступак пријема и тријаже пацијенткиња.

33Ж

Критеријум

2.1

Прегледи се заказују. Пацијенткиње којима преглед није заказан примају се након тријаже.

– Малолетне пацијенткиње долазе у пратњи родитеља, односно старатеља.

33Ж

Критеријум

2.2

Обавља се тријажа пацијенткиња на месту контакта, како би пацијенткиња била збринута.

33Ж

Критеријум

2.3

Пацијенткиње су подељене у категорије према њиховим потребама, а оне чије стање захтева хитно лечење имају предност.

33Ж

Критеријум

2.4

Тријажу у оквиру тима обавља медицинска сестра, односно техничар тима за лечење.

33Ж

Критеријум

2.5

Пацијенткињи, односно породици пацијенткиње пружају се информације о раду организационе јединице.

Процена здравственог стања пацијенткиње и план лечења

33Ж

Стандард

3.0

Обавља се процена здравственог стања пацијенткиње и припрема план лечења.

33Ж

Критеријум

3.1

Потребе пацијенткиње у смислу примене мера превенције, куративе, рехабилитације и палијативног збрињавања, реализују се према приоритету, а на основу здравственог стања пацијенткиње у тренутку доласка у здравствену установу.

33Ж

Критеријум

3.2

Утврђује се и евидентира, у здравственом картону, потреба за упућивањем на дијагностичке тестове (лабораторија, дијагностичка снимања).

ЗЗЖ

Критеријум

3.3

Утврђује се и евидентира, у здравственом картону, потреба за упућивањем лекару специјалисти.

ЗЗЖ

Критеријум

3.4

Утврђује се и евидентира, у здравственом картону, потреба за упућивањем у друге организационе јединице у здравственој установи и друге здравствене установе.

ЗЗЖ

Критеријум

3.5

Обавља се лечење у виду поновних прегледа, како је одређено по отпуста из друге здравствене установе.

ЗЗЖ

Критеријум

3.6

План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијенткиње.

ЗЗЖ

Критеријум

3.7

План лечења се разматра са пацијенткињом, односно породицом. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено.

Спровођење лечења

ЗЗЖ

Стандард

4.0

Лечење се спроводи у складу са планом лечења.

ЗЗЖ

Критеријум

4.1

Здравствени радници се одређују као лица одговорна за лечење пацијенткиње.

– Лица одговорна за спровођење лечења су евидентирана у здравственом картону пацијенткиње.

– Свака промена лица одговорног за лечење се евидентира у здравственом картону пацијенткиње.

– Запослени су упознати с тим које лице је одговорно за лечење пацијенткиње.

ЗЗЖ

Критеријум

4.2

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

– Квалификације се процењују приликом запошљавања и редовно проверавају.

– Квалификације се одређују у сарадњи с коморама здравствених радника,

– Квалификације се одређују за тип лечења који треба обавити, за сваку категорију запослених који учествују у пружању здравствене заштите.

ЗЗЖ

Критеријум

4.3

План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу пацијенткиње.

ЗЗЖ

Критеријум

4.4

Лечење се спроводи према претходно утврђеним смерницама, водичима добре клиничке праксе и протоколима (нпр. Водичи добре клиничке праксе, пут лечења и др.).

ЗЗЖ

Критеријум

4.5

Основне делатности организационе јединице подржавају мисију, визију и вредности здравствене установе.

– Постоје докази да организациона јединица поштује мисију, визију и вредности здравствене установе при планирању и пружању услуга.

– Приликом пружања услуга запослени у организационој јединици поштују мисију, визију и вредности здравствене установе.

ЗЗЖ

Критеријум

4.6

Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга.

ЗЗЖ

Критеријум

4.7

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

ЗЗЖ

Критеријум

4.8

Поштују се права пацијенткиње на:

- достојанство и поштовање
- доступност здравствене заштите
- информације
- обавештење
- слободан избор
- приватност и поверљивост информација
- самоодлучивање и пристанак
- увид у медицинску документацију
- тајност података
- права пацијента над којим се врши медицински оглед

- приговор
- накнаду штете
- сигурност и безбедност.

33Ж

Критеријум

4.9

Информације у вези са спроведеним лечењем пацијенткиње евидентирају се у здравственом картону пацијенткиње.

33Ж

Критеријум

4.10

Постоји евиденција свих лекова и санитетског материјала које организациона јединица наручи и потроши.

33Ж

Критеријум

4.11

*

Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима:

- Адекватно складиштење и издавање лекова.
- Безбедно руковање наркотицима.
- Адекватна припрема и руковање интравенозним растворима.
- Правилно руковање инфузионим пумпама.

33Ж

Критеријум

4.12

*

Нежељени догађаји се евидентирају, пријављују и оцењују.

Ревизија плана лечења и прилагођавање циљева лечења

33Ж

Стандард

5.0

Анализира се план лечења.

33Ж

Критеријум

5.1

План лечења се редовно анализира.

33Ж

Критеријум

5.2

Промене циља лечења се евидентирају у здравственом картону.

33Ж

Критеријум

5.3

Промене у плану лечења се евидентирају у здравственом картону.

33Ж

Критеријум

5.4

Здравствени радници који су део тима који спроводи лечење пацијенткиње обавештавају се о променама у плану лечења.

ЗЗЖ

Критеријум

5.5

Промене плана лечења разматрају се са пацијенткињом, односно породицом пацијенткиње.

Завршетак посете лекару и припрема за упућивање у друге здравствене установе

ЗЗЖ

Стандард

6.0

Постоји поступак за:

- завршетак посете лекару
- упућивање у другу здравствену установу.

ЗЗЖ

Критеријум

6.1

У здравствени картон пацијенткиње уноси се резиме лечења који обухвата:

- разлог за посету,
- значајне налазе,
- све обављене процедуре,
- дијагнозу,
- медикаментну терапију и друге видове лечења.

ЗЗЖ

Критеријум

6.2

Обавештење о упућивању или пријему пацијенткиње у другу здравствену установу се на одговарајући начин и благовремено преноси изабраном лекару.

ЗЗЖ

Критеријум

6.3

Пацијенткиња и породица пацијенткиње обавештавају се унапред о упућивању пацијенткиње у другу здравствену установу и саопштава им се које су мере предузете у смислу задовољавања потреба пацијенткиње за лечењем.

ЗЗЖ

Критеријум

6.4

Кад је упућивање неопходно, процењује се потреба пацијенткиње за транспортом и исти се обавља.

ЗЗЖ

Критеријум

6.5

Здравствена установа предузима кораке како би обезбедила пријем благовремених и одговарајућих информација о отпустима из друге здравствене установе.

ЗЗЖ

Критеријум

6.6

Поновни прегледи након отпуста из друге здравствене установе обављају се у складу са потребама пацијенткиње.

Просторије и опрема

33Ж

Стандард

7.0

На располагању су одговарајуће просторије и опрема.

33Ж

Критеријум

7.1

Прилаз здравственој установи и организационим јединицама је приступачан.

– Постоји улаз за особе са инвалидитетом.

– Локација здравствене установе и улази у организационе јединице обележени су одговарајућим ознакама.

33Ж

Критеријум

7.2

Води се списак опреме, заједно са распоредом одржавања за сваки део опреме.

33Ж

Критеријум

7.3

Бележи се сва опрема коју треба баждарити и прецизира се распоред баждарења.

33Ж

Критеријум

7.4

Уколико у оквиру организационе јединице постоји соба за интервенције, мора поседовати стандардну опрему.

33Ж

Критеријум

7.5

Постоје одговарајуће просторије за прегледе и лечење.

33Ж

Критеријум

7.6

Чекаонице се налазе на одговарајућим местима и функционалне су.

Квалитет рада и безбедност пацијента

33Ж

Стандард

8.0

Прате се квалитет рада и безбедност пацијента.

33Ж

Критеријум

8.1

Сви запослени у организационој јединици су упознати са стратешким планом здравствене установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента је утврђен на основу стратешког плана.

ЗЗЖ

Критеријум

8.2

Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.

ЗЗЖ

Критеријум

8.3

Планом за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента одређују се области које би требало побољшати, мере које би требало предузети, као и резултати и праћење истих.

ЗЗЖ

Критеријум

8.4

Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијента.

ЗЗЖ

Критеријум

8.5

Показатељи квалитета рада и безбедности пацијента су утврђени и прате се у оквиру активности на унапређењу квалитета.

– Одређени су подаци који се прикупљају за сваки од показатеља, као и методи који ће се користити приликом прикупљања тих података.

ЗЗЖ

Критеријум

8.6

Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

– При одабиру запослених који ће учествовати у посебним активностима на плану унапређења квалитета, разматрају се природа активности на плану квалитета рада и безбедности, као и радно оптерећење запослених.

– Све активности које се односе на квалитет и безбедност пацијента, укључујући и управљање ризиком су јасно одређене.

ЗЗЖ

Критеријум

8.7

*

Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

ЗЗЖ

Критеријум

8.8

*

Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку.

3. (ЗЗД) Лечење пацијената

Здравствена заштита деце и школске деце

Превенција

ЗЗД

Стандард

1.0

Процењује се здравствено стање становништва.

ЗЗД

Критеријум

1.1

Превенција се обавља у складу са Законом о здравственом осигурању („Сл. гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05 – исправка).

ЗЗД

Критеријум

1.2

Превенција се обавља кроз два типа прегледа:

– систематски прегледи – садржај и тип је везан за популациону групу,

– циљани прегледи.

ЗЗД

Критеријум

1.3

Превентивни прегледи се планирају, а пацијенти се унапред писменим путем обавештавају о датуму прегледа.

ЗЗД

Критеријум

1.4

Истражује се и анализира одзив пацијената на систематске и циљане прегледе и спроводе се мере унапређења у смислу повећања одзива пацијената.

ЗЗД

Критеријум

1.5

Спроводе се скрининг програми за рано откривање деформитета кукова.

Пријем пацијента

ЗЗД

Стандард

2.0

Утврђен је поступак пријема и тријаже пацијента.

ЗЗД

Критеријум

2.1

Прегледи се заказују. Пацијенти којима преглед није заказан примају се након тријаже.

– Деца долазе у пратњи родитеља, односно старатеља.

ЗЗД

Критеријум

2.2

Обавља се тријажа пацијента на месту контакта, како би пацијент био збринут.

ЗЗД

Критеријум

2.3

Пацијенти су подељени у категорије према њиховим потребама, а они чије стање захтева хитно лечење имају предност.

ЗЗД

Критеријум

2.4

Тријажу у оквиру тима обавља медицинска сестра, односно техничар тима за лечење.

ЗЗД

Критеријум

2.5

Пацијенту, односно породици пацијента пружају се информације о раду организационе јединице.

Процена здравственог стања пацијента и план лечења

ЗЗД

Стандард

3.0

Обавља се процена здравственог стања пацијента и припрема план лечења.

ЗЗД

Критеријум

3.1

Потребе пацијента у смислу примене мера превенције, куративе, рехабилитације и палијативног збрињавања, реализују се према приоритету, а на основу здравственог стања пацијента у тренутку доласка у здравствену установу

ЗЗД

Критеријум

3.2

Утврђује се и евидентира, у здравственом картону, потреба за упућивањем на дијагностичке тестове (лабораторија, дијагностичка снимања).

ЗЗД

Критеријум

3.3

Утврђује се и евидентира, у здравственом картону, потреба за упућивањем лекару специјалисти.

ЗЗД

Критеријум

3.4

Утврђује се и евидентира, у здравственом картону, потреба за упућивањем у друге организационе јединице у здравственој установи и друге здравствене установе.

ЗЗД

Критеријум

3.5

Обавља се лечење у виду поновних прегледа, како је одређено по отпусту из друге здравствене установе.

ЗЗД

Критеријум

3.6

План лечења се јасно евидентира у здравственом картону пацијента.

ЗЗД

Критеријум

3.7

План лечења се разматра са пацијентом, односно породицом. У здравственом картону се евидентира да је ово разматрање обављено.

Спровођење лечења

ЗЗД

Стандард

4.0

Лечење се спроводи у складу са планом лечења.

ЗЗД

Критеријум

4.1

Здравствени радници се одређују као лица одговорна за лечење пацијента.

– Лица одговорна за спровођење лечења су евидентирана у здравственом картону пацијента.

– Свака промена лица одговорног за лечење се евидентира у здравственом картону пацијента.

– Запослени су упознати с тим које лице је одговорно за лечење пацијента.

ЗЗД

Критеријум

4.2

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

– Квалификације се процењују приликом запошљавања и редовно проверавају.

– Квалификације се одређују у сарадњи с коморама здравствених радника.

– Квалификације се одређују за тип лечења који треба обавити, за сваку категорију запослених који учествују у пружању здравствене заштите.

ЗЗД

Критеријум

4.3

План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу пацијента.

ЗЗД

Критеријум

4.4

Лечење се спроводи према претходно утврђеним смерницама, водичима добре клиничке праксе и протоколима (нпр. Водичи добре клиничке праксе, пут лечења и др.).

ЗЗД

Критеријум

4.5

Основне делатности организационе јединице подржавају мисију, визију и вредности здравствене установе.

- Постоје докази да организациона јединица поштује мисију, визију и вредности здравствене установе при планирању и пружању услуга.
- Приликом пружања услуга запослени у организационој јединици поштују мисију, визију и вредности здравствене установе.

ЗЗД

Критеријум

4.6

Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга.

ЗЗД

Критеријум

4.7

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

ЗЗД

Критеријум

4.8

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање
- доступност здравствене заштите
- информације
- обавештење
- слободан избор
- приватност и поверљивост информација
- самоодлучивање и пристанак
- увид у медицинску документацију
- тајност података
- права пацијента над којим се врши медицински оглед
- приговор
- накнаду штете
- сигурност и безбедност.

ЗЗД

Критеријум

4.9

Информације у вези са спроведеним лечењем пацијента евидентирају се у здравственом картону пацијента.

ЗЗД

Критеријум

4.10

Постоји евиденција свих лекова и санитетског материјала које организациона јединица наручи и потроши.

ЗЗД

Критеријум

4.11

*

Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима:

- Адекватно складиштење и издавање лекова.
- Безбедно руковање наркотицима.
- Адекватна припрема и руковање интравенозним растворима.
- Правилно руковање инфузионим пумпама.

33Д

Критеријум

4.12

*

Нежељени догађаји се евидентирају, пријављују и оцењују.

Ревизија плана лечења и прилагођавање циљева лечења

33Д

Стандард

5.0

Анализира се план лечења.

33Д

Критеријум

5.1

План лечења се редовно анализира.

33Д

Критеријум

5.2

Промене циља лечења евидентирају се у здравственом картону.

33Д

Критеријум

5.3

Промене у плану лечења евидентирају се у здравственом картону.

33Д

Критеријум

5.4

Здравствени радници који су део тима који спроводи лечење пацијента обавештавају се о променама у плану лечења.

33Д

Критеријум

5.5

Промене плана лечења разматрају се са пацијентом, односно породицом пацијента.

Завршетак посете лекару и припрема за упућивање у друге здравствене установе

Стандард

6.0

Постоји поступак за:

- завршетак посете лекару
- упућивање у другу здравствену установу.

Критеријум

6.1

У здравствени картон пацијента уноси се резиме лечења који обухвата:

- разлог за посету,
- значајне налазе,
- све обављене процедуре,
- дијагнозу,
- медикаментну терапију и друге видове лечења.

Критеријум

6.2

Обавештење о упућивању или пријему пацијента у другу здравствену установу се на одговарајући начин и благовремено преноси изабраном лекару.

Критеријум

6.3

Пацијент и породица пацијента обавештавају се унапред о упућивању пацијента у другу здравствену установу и саопштава им се које су мере предузете у смислу задовољавања потреба пацијента за лечењем.

Критеријум

6.4

Кад је упућивање неопходно, процењује се потреба пацијента за транспортом и исти се обавља.

Критеријум

6.5

Здравствена установа предузима кораке како би обезбедила пријем благовремених и одговарајућих информација о отпустима из друге здравствене установе.

Критеријум

6.6

Поновни прегледи након отпуста из друге здравствене установе обављају се у складу са потребама пацијента.

Просторије и опрема

ЗЗД

Стандард

7.0

На располагању су одговарајуће просторије и опрема.

ЗЗД

Критеријум

7.1

Прилаз здравственој установи и организационим јединицама је приступачан.

- Постоји улаз за особе са инвалидитетом.
- Локација здравствене установе и улази у организационе јединице обележени су одговарајућим ознакама.

ЗЗД

Критеријум

7.2

Води се списак опреме, заједно са распоредом одржавања за сваки део опреме.

ЗЗД

Критеријум

7.3

Бележи се сва опрема коју треба баждарити и прецизира се распоред баждарења.

33Д

Критеријум

7.4

Уколико у оквиру организационе јединице постоји соба за интервенције, мора поседовати стандардну опрему.

33Д

Критеријум

7.5

Постоје одговарајуће просторије за прегледе и лечење.

33Д

Критеријум

7.6

Чекаонице се налазе на одговарајућим местима и функционалне су.

Квалитет рада и безбедност пацијента

33Д

Стандард

8.0

Прате се квалитет рада и безбедност пацијента.

33Д

Критеријум

8.1

Сви запослени у организационој јединици су упознати са стратешким планом здравствене установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента је утврђен на основу стратешког плана.

33Д

Критеријум

8.2

Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.

33Д

Критеријум

8.3

Планом за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента одређују се области које би требало побољшати, мере које би требало предузети, као и резултати и праћење истих.

33Д

Критеријум

8.4

Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијената.

33Д

Критеријум

8.5

Показатељи квалитета рада и безбедности пацијента су утврђени и прате се у оквиру активности на унапређењу квалитета.

– Одређени су подаци који се прикупљају за сваки од показатеља, као и методи који ће се користити приликом прикупљања тих података.

ЗЗД

Критеријум

8.6

Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

– При одабиру запослених који ће учествовати у посебним активностима на плану унапређења квалитета, разматрају се природа активности на плану квалитета и безбедности, као и радно оптерећење запослених.

– Све активности које се односе на квалитет рада и безбедност пацијента, укључујући и управљање ризиком су јасно одређене.

ЗЗД

Критеријум

8.7

*

Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

ЗЗД

Критеријум

8.8

*

Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку.

4. (СК) Специјалистичко-консултативна делатност

Превенција

СК

Стандард

1.0

Процењује се здравствено стање становништва.

СК

Критеријум

1.1

Превенција се обавља у складу са Законом о здравственом осигурању („Сл. гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05 – исправка).

СК

Критеријум

1.2

Превенција се обавља кроз два типа прегледа:

– систематски прегледи – садржај и тип је везан за популациону групу,

– циљани прегледи.

Пријем пацијената

СК

Стандард

2.0

Утврђен је поступак пријема и тријаже пацијената.

СК

Критеријум

2.1

Постоје и поштују се протоколи и процедуре за пријем и тријажу пацијената.

СК

Критеријум

2.2

Прегледи се заказују. Пацијенти којима преглед није заказан примају се након тријаже.

– Малолетна деца морају доћи у пратњи родитеља, односно старатеља.

СК

Критеријум

2.3

Обавља се тријажа пацијента на месту контакта, како би пацијент био збринут.

СК

Критеријум

2.4

Пацијенти су подељени у категорије према њиховим потребама, а они чије стање захтева хитно лечење имају предност.

СК

Критеријум

2.5

Тријажу у оквиру тима обавља медицинска сестра, односно техничар тима за лечење.

СК

Критеријум

2.6

Пацијенту, односно породици пацијента пружају се информације о раду организационе јединице.

Процена здравственог стања пацијента и план лечења

СК

Стандард

3.0

Обавља се процена здравственог стања пацијента и припрема план лечења.

СК

Критеријум

3.1

Потребе пацијента у смислу примене мера превенције, куративе, рехабилитације и палијативног збрињавања реализују се према приоритету, а на основу здравственог стања пацијента у тренутку доласка у здравствену установу.

СК

Критеријум

3.2

Утврђује се и у здравственом картону, односно специјалистичком извештају евидентира потреба за упућивањем на дијагностичке тестове (лабораторија, дијагностичка снимања и друге).

СК

Критеријум

3.3

Утврђује се и евидентира у здравственом картону, односно специјалистичком извештају потреба за упућивањем у друге организационе јединице у здравственој установи и друге здравствене установе.

СК

Критеријум

3.4

Обавља се лечење у виду поновних прегледа, како је одређено по отпуста из друге здравствене установе.

СК

Критеријум

3.5

План лечења се јасно евидентира у здравственом картону односно специјалистичком извештају пацијента.

СК

Критеријум

3.6

План лечења се разматра са пацијентом, односно породицом пацијента. У здравственом картону и специјалистичком извештају се евидентира да је ово разматрање обављено.

Спровођење лечења

СК

Стандард

4.0

Лечење се спроводи у складу са планом лечења.

СК

Критеријум

4.1

Здравствени радници се одређују као лица одговорна за лечење пацијента.

– Лица одговорна за спровођење лечења су евидентирана у здравственом картону пацијента.

– Свака промена лица одговорног за лечење се евидентира у здравствени картон пацијента.

– Запослени су упознати с тим које лице је одговорно за лечење пацијента.

СК

Критеријум

4.2

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

– Квалификације се процењују приликом запошљавања и редовно проверавају.

– Квалификације се одређују у сарадњи с коморама здравствених радника.

– Квалификације се одређују за тип лечења који треба обавити, за сваку категорију запослених који учествују у пружању здравствене заштите.

СК

Критеријум

4.3

План лечења је познат свим здравственим радницима који учествују у лечењу пацијента.

СК

Критеријум

4.4

Лечење се спроводи према претходно утврђеним смерницама, водичима добре клиничке праксе и протоколима (нпр. Водичи добре клиничке праксе, пут лечења и др.).

СК

Критеријум

4.5

Основне делатности организационе јединице подржавају мисију, визију и вредности здравствене установе.

– Постоје докази да организациона јединица поштује мисију, визију и вредности здравствене установе при планирању и пружању услуга.

– Приликом пружања услуга запослени у организационој јединици поштују мисију, визију и вредности здравствене установе.

СК

Критеријум

4.6

Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга.

СК

Критеријум

4.7

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

СК

Критеријум

4.8

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање
- доступност здравствене заштите
- информације
- обавештење
- слободан избор
- приватност и поверљивост информација
- самоодлучивање и пристанак
- увид у медицинску документацију
- тајност података
- права пацијента над којим се врши медицински оглед
- приговор
- накнаду штете
- сигурност и безбедност.

СК

Критеријум

4.9

Информације у вези са спроведеним лечењем пацијента евидентирају се у здравственом картону, односно специјалистичком извештају пацијента.

СК

Критеријум

4.10

Постоји евиденција свих лекова и санитетског материјала које организациона јединица наручи и потроши.

СК

Критеријум

4.11

*

Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима:

- Адекватно складиштење и издавање лекова.
- Безбедно руковање наркотицима.
- Адекватна припрема и руковање интравенозним растворима.
- Правилно руковање инфузионим пумпама.

СК

Критеријум

4.12

*

Нежељени догађаји се евидентирају, пријављују и оцењују.

Ревизија плана лечења и прилагођавање циљева лечења

СК

Стандард

5.0

Анализира се план лечења.

СК

Критеријум

5.1

План лечења се редовно анализира.

СК

Критеријум

5.2

Промене циља лечења се евидентирају у здравственом картону, односно специјалистичком извештају.

СК

Критеријум

5.3

Промене у плану лечења се евидентирају у здравственом картону, односно специјалистичком извештају.

СК

Критеријум

5.4

Здравствени радници који су део тима који спроводи лечење пацијента обавештавају се о променама у плану лечења.

СК

Критеријум

5.5

Промене плана лечења разматрају се са пацијентом, односно породицом пацијента.

Завршетак посете лекару и припрема за упућивање у друге здравствене установе

СК

Стандард

6.0

Постоји поступак за:

– завршетак посете лекару

– упућивање у другу здравствену установу.

СК

Критеријум

6.1

У здравствени картон, односно специјалистички извештај пацијента уноси се

резиме лечења који обухвата:

– разлог за посету,

– значајне налазе,

– све обављене процедуре,

– дијагнозу,

– медикаментну терапију и друге видове лечења.

СК

Критеријум

6.2

Обавештење о упућивању или пријему пацијента у другу здравствену установу се на одговарајући начин и благовремено преноси изабраном лекару.

СК

Критеријум

6.3

Пацијент и породица пацијента обавештавају се унапред о упућивању пацијента у другу здравствену установу и саопштава им се које су мере предузете у смислу задовољавања потреба пацијента за лечењем.

СК

Критеријум

6.4

Кад је упућивање неопходно, процењује се потреба пацијента за транспортом и исти се обавља.

СК

Критеријум

6.5

Здравствена установа предузима кораке како би обезбедила пријем благовремених и одговарајућих информација о отпустима из друге здравствене установе.

СК

Критеријум

6.6

Поновни прегледи након отпуста из друге здравствене установе обављају се у складу са потребама пацијента.

Просторије и опрема

СК

Стандард

7.0

На располагању су одговарајуће просторије и опрема.

СК

Критеријум

7.1

Прилаз здравственој установи и организационим јединицама је приступачан.

– Постоји улаз за особе са инвалидитетом.

– Локација здравствене установе и улази у организационе јединице обележени су одговарајућим ознакама.

СК

Критеријум

7.2

Води се списак опреме, заједно са распоредом одржавања за сваки део опреме.

СК

Критеријум

7.3

Бележи се сва опрема коју треба баждарити и прецизира се распоред баждарења.

СК

Критеријум

7.4

Уколико у оквиру организационе јединице постоји соба за интервенције, мора поседовати стандардну опрему.

СК

Критеријум

7.5

Постоје одговарајуће просторије за прегледе и лечење.

СК

Критеријум

7.6

Чекаонице се налазе на одговарајућим местима и функционалне су.

Квалитет рада и безбедност пацијента

СК

Стандард

8.0

Прате се квалитет рада и безбедност пацијента.

СК

Критеријум

8.1

Сви запослени у организационој јединици су упознати са стратешким планом здравствене установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента је утврђен на основу стратешког плана.

СК

Критеријум

8.2

Организациона јединица има свој план за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.

СК

Критеријум

8.3

Планом за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента одређују се области које би требало побољшати, мере које би требало предузети, као и резултати и праћење истих.

СК

Критеријум

8.4

Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијента.

СК

Критеријум

8.5

Показатељи квалитета рада и безбедности пацијента су утврђени и прате се у оквиру активности на унапређењу квалитета.

– Одређени су подаци који се прикупљају за сваки од показатеља, као и методи који ће се користити приликом прикупљања тих података.

СК

Критеријум

8.6

Сви запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

– При одабиру запослених који ће учествовати у посебним активностима на плану унапређења квалитета, разматрају се природа активности на плану квалитета и безбедности, као и радно оптерећење запослених.

– Све активности које се односе на квалитет рада и безбедност пацијента, укључујући и управљање ризиком су јасно одређене.

СК

Критеријум

8.7

*

Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

СК

Критеријум

8.8

*

Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку.

5. (III) Поливалентна патронажа

Утврђивање потреба за услугама поливалентне патронаже

ПП

Стандард

1.0

Утврђене су процедуре којима се одређује коме се пружају услуге поливалентне патронаже.

ПП

Критеријум

1.1

Основне делатности организационе јединице подржавају мисију, визију и вредности здравствене установе.

- Постоје докази да организациона јединица поштује мисију, визију и вредности здравствене установе при планирању и пружању услуга.
- Приликом пружања услуга запослени у организационој јединици поштују мисију, визију и вредности здравствене установе.

ПП

Критеријум

1.2

Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга.

ПП

Критеријум

1.3

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

ПП

Критеријум

1.4

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање
- доступност здравствене заштите
- информације
- обавештење
- слободан избор
- приватност и поверљивост информација
- самоодлучивање и пристанак
- увид у медицинску документацију
- тајност података
- приговор
- накнаду штете
- сигурност и безбедност.

ПП

Критеријум

1.5

Постоји процедура за утврђивање потребе за патронажним посетама трудницама (укључујући и оне са високоризичном трудноћом).

ПП

Критеријум

1.6

Постоји процедура за утврђивање потребе за патронажним посетама породиљама и њиховој новорођенчади и одојчади.

ПП

Критеријум

1.7

Постоји процедура за утврђивање потребе за патронажним посетама деци узраста 2 и 4 године.

ПП

Критеријум

1.8

Постоји процедура за утврђивање потребе за патронажним посетама старијима од 65 година које одреди лекар.

ПП

Критеријум

1.9

Постоји процедура за утврђивање потребе за патронажним посетама лицима која спадају у следеће категорије:

- дијабетичари који редовно примају инсулин,
- пацијенти који болују од ТБЦ-а,
- инвалиди и хендикепиране особе,
- оболели од заразних болести,
- оболели од малигних обољења,
- оболели од кардиоваскуларних болести.

ПП

Критеријум

1.10

Постоји процедура за утврђивање потребе за здравствено-васпитним радом кад су у питању:

- здравствена заштита деце (здрав раст и развој),
- спречавање занемаривања и злостављања деце,
- здраве животне навике,
- превенција зависности, пушења и алкохолизма,
- заштита од ХИВ-а.

ПП

Критеријум

1.11

Процедура за утврђивање потребе за здравствено-васпитним програмима обухвата процену демографских чинилаца и чинилаца везаних за здравље становништва.

Процена потреба за патронажним посетама и планирање рада поливалентне патронаже

ПП

Стандард

2.0

Процењују се потребе пацијента за патронажним посетама.

ПП

Критеријум

2.1

Постоји јасан и установљен протокол за вођење евиденције о потребама за патронажним посетама.

ПП

Критеријум

2.2

Процењују се потребе за патронажним посетама и о томе се води евиденција.

– Процену врши:

- патронажна сестра, односно техничар и
- изабрани лекар који издаје налог за патронажне посете.

ПП

Критеријум

2.3

На основу утврђене потребе, припрема се и евидентира план лечења за сваког пацијента који има потребу за патронажним посетама.

ПП

Критеријум

2.4

План патронажних посета се разматра са пацијентом који има потребу за истим.

– Уколико се посећују деца, план лечења се разматра с родитељима, односно старатељима.

ПП

Критеријум

2.5

Постоји комуникација између патронажне сестре, односно техничара и изабраног лекара (повратна информација).

Поливалентне патронажне посете

ПП

Стандард

3.0

Поливалентне патронажне посете се обављају према утврђеним протоколима.

ПП

Критеријум

3.1

Поливалентне патронажне посете се обављају у складу са одредбама важећих аката који регулишу ову област.

– Прецизира се број годишњих посета за сваку патронажну сестру, односно техничара.

– Максималан дневни број патронажних посета по једној патронажној сестри, односно техничару.

– Посете трају око један сат, осим ако је реч о првој посети.

– Пацијенткиње са трудноћом високог ризика посећују се три-четири пута за време трудноће.

– Број посета за породиље и новорођенчад након порођаја износи пет узастопних посета.

– Угрожена новорођенчад посећују се четири пута годишње.

– Посете се спроводе на основу налога изабраног лекара.

ПП

Критеријум

3.2

Главна сестра, односно техничар организационе јединице поливалентне патронаже надзире рад свих патронажних сестара, односно техничара.

ПП

Критеријум

3.3

*

Патронажна сестра, односно техничар су опремљени прибором за поливалентну патронажну посету у коме се налази следеће:

- комплет за обраду пупчане врпце,
- средство за дезинфекцију,
- маска за лице, рукавице и каљаче,
- апарат за мерење крвног притиска.

ПП

Критеријум

3.4

Организациона јединица поливалентне патронаже има утврђен поступак за упућивање пацијената у другу организациону јединицу у здравственој установи или другу здравствену установу.

ПП

Критеријум

3.5

Евиденција о патронажним посетама води се на прописан начин.

Ревизија плана лечења односно пружања услуга и прилагођавање циљева лечења

ПП

Стандард

4.0

Патронажне посете се анализирају и прилагођавају потребама пацијента односно породице пацијента.

ПП

Критеријум

4.1

Редовно се врши ревизија плана патронажних посета за сваког пацијента.

ПП

Критеријум

4.2

Промене плана патронажних посета и циљева лечења се евидентирају.

ПП

Критеријум

4.3

Промене плана патронажних посета разматрају се са пацијентом, односно породицом пацијента.

Припреме за упућивање пацијента у другу организациону јединицу у оквиру здравствене установе или у другу здравствену установу

ПП

Стандард

5.0

Корисници патронажних услуга по потреби се упућују у друге организационе јединице у здравственој установи или друге здравствене установе.

ПП

Критеријум

5.1

Потреба пацијента за упућивањем процењује се и евидентира у картону.

ПП

Критеријум

5.2

Постоји утврђена процедура за упућивање пацијента у другу организациону јединицу у здравственој установи или друге здравствене установе.

ПП

Критеријум

5.3

Упућивање се односи на пратеће организационе јединице, као и на поновне патронажне посете.

– Узимају се у обзир пратеће организационе јединице и наставак лечења након упућивања.

ПП

Критеријум

5.4

Пацијент и породица пацијента се обавештавају о упућивању и о поновним патронажним посетама.

ПП

Критеријум

5.5

Кад је упућивање неопходно, процењује се потреба пацијента за транспортом и исти се обавља.

Програми здравствене едукације у поливалентној патронажи

ПП

Стандард

6.0

Здравствено-васпитни програм организационе јединице поливалентне патронаже утврђује се на основу процењених потреба пацијента.

ПП

Критеријум

6.1

На основу захтева за здравствено-васпитним програмима процењују се потребе пацијента.

– Потребе зависе од специфичности групе којој се програм нуди.

ПП

Критеријум

6.2

Одређују се приоритети за здравствено-васпитним програмима на основу исказаних потреба локалне заједнице и ангажовања заједничких ресурса.

ПП

Критеријум

6.3

Здравствено-васпитни програми планирају се на основу дефинисаних потреба и приоритета.

– Дефинишу се циљне групе.

– Одређују се методи комуникације са циљним групама.

– Припрема се садржај програма.

– Утврђује се здравствено-васпитни метод који ће се примењивати.

– Утврђен је метод за оцењивање успешности здравствено-васпитног програма.

Здравствено-васпитни програми спроводе се на основу установљених протокола

ПП

Стандард

7.0

Здравствено васпитни програми спроводе се на основу установљених протокола.

ПП

Критеријум

7.1

Здравствено-васпитни програми спроводе се према одредбама важећих аката који регулишу ову област.

ПП

Критеријум

7.2

Спроводе се програми из следећих области:

– здравствена заштита деце (здрав раст и развој),

– спречавање занемаривања и злостављања деце,

– здраве животне навике,

– превенција зависности, пушења и алкохолизма,

– заштита од ХИВ-а.

ПП

Критеријум

7.3

Програми се спроводе у здравственој установи и у локалној заједници.

– Организациона јединица задовољава потребе локалне заједнице.

ПП

Критеријум

7.4

Израђују се и користе протоколи за планирање и спровођење здравствено-васпитних програма.

– Садржај програма је ажуриран и заснован на истраживањима.

ПП

Критеријум

7.5

Методе за спровођење програма бирају се према потреби и обухватају: организационе састанке, планиране разговоре, рад у малим групама, предавања и изложбе.

ПП

Критеријум

7.6

Здравствено-васпитни програми оцењују се уз помоћ утврђених метода, а оцењивање врше:

- патронажна сестра, односно техничар који спроводе програм,
- особе које похађају (полазници програма),
- спољни оцењивачи које ангажује организациона јединица.

Прилагођавање здравствено-васпитних програма поливалентне патронаже потребама корисника

ПП

Стандард

8.0

Здравствено-васпитни програми прилагођавају се потребама пацијената.

ПП

Критеријум

8.1

Редовно се врши ревизија и мењање циљева здравствено-васпитних програма у складу са протоколима.

- При уношењу измена узимају се у обзир упутства Министарства здравља у случају пандемије, епидемије и др.

ПП

Критеријум

8.2

Евидентирају се измене у здравствено-васпитним програмима.

ПП

Критеријум

8.3

О изменама у здравствено-васпитним програмима разговара се са полазницима програма. У програмским информацијама које се подnose полазницима налазе се објашњења измена.

Квалитет рада и безбедност пацијента

ПП

Стандард

9.0

Прате се квалитет и безбедност рада поливалентне патронаже и здравствено-васпитних програма.

ПП

Критеријум

9.1

Сви запослени су упознати са стратешким планом здравствене установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента је утврђен на основу стратешког плана.

ПП

Критеријум

9.2

Организациона јединица поливалентне патронаже има свој план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента који се односи како на патронажну организациону јединицу, тако и на здравствено-васпитне програме.

ПП

Критеријум

9.3

Планом унапређења квалитета рада и безбедности пацијента одређују се области које би требало унапредити, мере које би требало предузети, као и резултати и праћење процеса.

ПП

Критеријум

9.4

Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијента.

ПП

Критеријум

9.5

Показатељи унапређења квалитета рада и безбедности пацијента су препознати и прате се у оквиру активности на унапређењу квалитета рада.

– Одређују се подаци који ће се прикупљати за показатеље, као и које ће се методе користити при прикупљању тих података.

ПП

Критеријум

9.6

Запослени у организационој јединици поливалентне патронаже кроз здравствено-васпитне програме учествују на одговарајући начин у унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

– При одабиру запослених који ће учествовати у овим активностима разматра се природа активности на плану унапређења квалитета рада и безбедности пацијента, као и радно оптерећење запослених.

– Запослени добијају одговарајућу обуку за активности на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

– Све активности које се односе на квалитет рада и безбедност пацијента, укључујући и управљање ризиком су јасно одређене.

ПП

Критеријум

9.7

*

Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

ПП

Критеријум

9.8

*

Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку.

6. (РД) Радиолошка дијагностика

РД

Стандард

1.0

Основне делатности радиолошке дијагностике су јасно дефинисане.

РД

Критеријум

1.1

Постоји документовани опис основних делатности.

Делатности укључују:

- рутинску и специјалну радиографију,
- рутинску и специјалну флуороскопију,
- интервентну радиологију, васкуларну и не васкуларну, као и интервентни ултразвук,
- DEXA,
- ултразвук,
- мамографију,
- ангиграфију,
- снимање магнетном резонанцом, дијагностичко и интервентно,
- компјутеризовану томографију, дијагностичку и интервентну.

РД

Критеријум

1.2

Радиолошка дијагностика ради у складу са стандардима професионалне праксе.

- Стандарди професионалне праксе су инкорпорирани у активности организационе јединице, прегледани и ревидирани по потреби.

РД

Критеријум

1.3

Основне делатности организационе јединице у складу су са мисијом, визијом и вредностима здравствене установе.

- Постоји доказ да организациона јединица поступа у складу са мисијом, визијом и вредностима здравствене установе при планирању и пружању услуга.
- Запослени у организационој јединици су упознати са мисијом, визијом и вредностима здравствене установе и поступају у складу са тим.

РД

Критеријум

1.4

Организациона јединица доноси годишњи план рада.

- План је базиран на стратешком и годишњем оперативном плану здравствене установе.

- Планом су предвиђене:
- врста услуге,
- начин обављања основних делатности организационе јединице и
- мерљиви и остварљиви циљеви.
- Спровођење плана редовно се прати.

РД

Стандард

2.0

Пацијенту се пружају услуге радиолошке дијагностике

РД

Критеријум

2.1

Запослени у организационој јединици учествују у планирању мултидисциплинарног приступа при пружању услуга пацијенту.

РД

Критеријум

2.2

План дијагностичких процедура и лечење пацијената су засновани на потребама пацијента.

РД

Критеријум

2.3

Запослени редовно ревидирају своју улогу у мултидисциплинарном плану лечења.

РД

Критеријум

2.4

Запослени учествују у отпусту, трансферу, даљем праћењу пацијента, уколико је то потребно.

РД

Критеријум

2.5

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање
- доступност здравствене заштите
- информације
- обавештење
- слободан избор
- приватност и поверљивост информација
- самоодлучивање и пристанак
- увид у медицинску документацију
- тајност података
- права пацијента над којим се врши медицински оглед
- приговор
- накнаду штете
- сигурност и безбедност.

РД

Критеријум

2.6

*

Нежељени догађаји се бележе, пријављују и испитују.

РД

Стандард

3.0

Услуге радиолошке дијагностике пружају лица одговарајуће квалификације.

РД

Критеријум

3.1

Постоји план запослених у организационој јединици.

РД

Критеријум

3.2

Постоји опис послова за сва радна места у организационој јединици:

– заснован на Правилнику о унутрашњој организацији и систематизацији радних места у здравственој установи,

– редовно се разматра и усаглашава у складу са потребама.

РД

Критеријум

3.3

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

– Квалификације се процењују приликом запошљавања и редовно проверавају.

– Квалификације се одређују у сарадњи с коморама здравствених радника.

– Квалификације се одређују за тип лечења који треба обавити, за сваку категорију запослених који учествују у пружању здравствене заштите.

РД

Критеријум

3.4

Запослени су упознати са задацима и циљевима рада.

РД

Критеријум

3.5

Постоји руководилац организационе јединице који има одговарајуће квалификације за то радно место, способан за професионалне, саветодавне, организационе, административне и научне одговорности у организационој јединици.

– Руководилац (начелник) организационе јединице је лекар са лиценцом за рад у радиолошкој дијагностици и потребним радним искуством.

РД

Критеријум

3.6

Сваком организационом јединицом у оквиру радиолошке дијагностике руководи лице одговарајућих квалификација.

РД

Критеријум

3.7

Део тима за пружање услуга радиолошке дијагностике је квалификовани радиолошки техничар.

РД

Критеријум

3.8

Учинак свих запослених се процењује.

- Процена је заснована на основу задужења и циљева рада.
- Процене указују на потребна унапређења учинка.
- Процене се спроводе по утврђеном плану.

РД

Критеријум

3.9

Постоји план стручног усавршавања, односно континуиране едукације:

- прати се спровођење плана,
- организациона јединица процењује резултате стручног усавршавања, односно континуиране едукације и осталих активности.

РД

Критеријум

3.10

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

РД

Критеријум

3.11

Постоје начини и механизми за комуникацију, решавање проблема унутар организационе јединице, са другим организационим јединицама у оквиру здравствене установе, као и са пацијентима, односно њиховим породицама.

РД

Стандард

4.0

Постоје водичи, упутства, протоколи и процедуре за пружање услуга у оквиру радиолошке дијагностике.

РД

Критеријум

4.1*

Водичи, упутства, протоколи и процедуре односе се на следеће:

- организацију и управљање организационом јединицом,
- унапређење квалитета,
- управљање ризиком,
- преглед коришћења и искоришћености ресурса,
- приступ организационој јединици,
- радно време (време пружања услуга),
- контрола рада запослених,

- активности организационе јединице приликом пружања услуга радиолошке дијагностике,
- сарадња организационе јединице са пацијентом и његовом породицом,
- рутинска дијагностичка снимања,
- терапијске и интервенцијске услуге,
- контрола квалитета радиографије – уређаја и рада на уређају,
- налози лекара за испитивање и лечење,
- припрема пацијента за испитивање, односно снимање и лечење,
- листе за пацијенте,
- испитивања спроведена изван организационе јединице,
- примена контрастних средстава од стране адекватног особља,
- услуга за пацијенте са инвалидитетом,
- пријем хитних случајева, нпр. нежељена реакција на контраст,
- комуникација радиолога и ординирајућег лекара у тумачењу резултата прегледа,
- вођење медицинске документације: архивирање података, дупли специјалистички извештаји, регистар компликација (нежељених исхода прегледа),
- заказивање пацијената,
- поштовање етичког кодекса и решавање етичких питања,
- контрола докумената и евиденције,
- услуга организационе јединице,
- баждарење и одржавање опреме,
- превентивно сервисирање опреме,
- безбедност,
- безбедност пацијента,
- безбедно руковање опремом,
- безбедност и менаџмент информационих система за радна места на којима се ради са ризичним материјама,
- контрола електричних, механичких и ризика од радијације,
- заштита од радијације,
- извештавање о инцидентима,
- контрола инфекције.

РД

Критеријум

4.2

Водичи, упутства, протоколи и процедуре су усвојени и редовно се ревидирају и модификују и запослени су упознати са њима.

РД

Стандард

5.0

Радиолошка дијагностика располаже одговарајућим простором.

РД

Критеријум

5.1

Просторије организационе јединице испуњавају услове за пружање услуга.

Просторије испуњавају захтеве за пружање услуга радиолошке дијагностике и обухватају:

- лако доступну локацију (омогућен приступ лицима са инвалидитетом),
- заштиту од неовлашћеног приступа,
- чекаоницу за пацијенте,
- оловне зидове, врата и контролне кабине,
- простор за пресвлачење пацијената,
- приступ тоалетима,
- развијање филмова, односно замрачена соба са издувним вентилатором,
- простор за одлагање отпадних хемикалија.

РД

Критеријум

5.2

Постоји дефинисан поступак за периодичну процену стања просторија и усклађеност са потребама организационе јединице за дијагностичку радиологију.

- Проценом ће се утврдити недостаци и планови за отклањање истих.

РД

Стандард

6.0

Опрема испуњава све захтеве за пружање услуга радиолошке дијагностике.

РД

Критеријум

6.1

Постоји листа опреме која се налази у организационој јединици.

- Постоји опрема која испуњава минимум стандарда (старост, техничка исправност), неопходна за функционисање организационе јединице.

РД

Критеријум

6.2

Постоји листа опреме са распоредом одржавања односно замене.

РД

Критеријум

6.3

У организационој јединици се редовно проверава и процењује стање опреме.

- Сва опрема која захтева баждарење је евидентирана и распоред баждарења је одређен.

РД

Стандард

7.0

Информациони систем је у функцији ефикасног пружања услуга радиолошке дијагностике.

РД

Критеријум

7.1

Информациони системи као подршка пружању услуга обухватају:

- упутства,
- систем за унос и обраду података,
- систем извештавања,

- систем финансијског извештавања,
- систем праћења извршења,
- систем управљања квалитетом,
- систем спољне контроле.

РД

Критеријум

7.2

Рад информационих система редовно се разматра и по потреби мења у складу са захтевима организационе јединице.

РД

Критеријум

7.3

Приступ подацима из информационог система имају само овлашћена лица.

РД

Критеријум

7.4

Подаци се чувају на одговарајући начин и на безбедном месту.

РД

Стандард

8.0

Организациона јединица радиолошке дијагностике прати квалитет рада и безбедност пацијента.

РД

Критеријум

8.1

Организациона јединица има план за стално унапређење квалитета рада и безбедности пацијента. Планом се:

- идентификују области за унапређење квалитета, мере које треба предузети и циљеви које треба остварити.

РД

Критеријум

8.2

Постоји поступак за праћење реализације плана за унапређење квалитета рада и безбедност пацијента.

РД

Критеријум

8.3

Утврђени су показатељи квалитета рада и безбедности пацијента и прате се као део активности на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

РД

Критеријум

8.4

Запослени су упознати са активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

РД

Критеријум

8.5

Запослени учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

- Именована су лица задужена за одређене активности на плану унапређења квалитета.
- Утврђени су подаци који ће се прикупљати за показатеље, као и које ће се методе користити при прикупљању и анализи тих података.
- Запослени добијају одговарајућу континуирану обуку у погледу показатеља квалитета за процену и мерење унапређења квалитета рада и безбедност пацијента.

РД

Критеријум

8.6

Задовољство запослених се прати и предузимају активности како би се степен задовољства повећао.

7. (ЛАБ) Лабораторијска дијагностика (Лабораторија)

ЛАБ

Стандард

1.0

Основне делатности лабораторијске дијагностике су јасно дефинисане.

ЛАБ

Критеријум

1.1

Постоји опис основних делатности организационе јединице лабораторијске дијагностике који се односи на:

- медицинску биохемију, односно клиничку биохемију,
- јасно дефинисане организационе целине унутар основне организационе јединице (нпр. биохемија, хематологија, хемостаза, анализа урина и сл.),
- основне делатности организационе јединице лабораторијске дијагностике су представљене организационом шемом.

ЛАБ

Критеријум

1.2

Процес рада организационе јединице лабораторијске дијагностике одвија се према принципима и водичима добре лабораторијске праксе (ДЛП).

ЛАБ

Критеријум

1.3

Основне делатности организационе јединице лабораторијске дијагностике подржавају мисију, визију и вредности здравствене установе.

- Постоје докази да лабораторија поштује мисију, визију и вредности здравствене установе при планирању и пружању услуга.
- Приликом пружања услуга, запослени у организационој јединици лабораторијске делатности поштују мисију, визију и вредности здравствене установе.

ЛАБ

Критеријум

1.4

Организациона јединица лабораторијске дијагностике има годишњи оперативни план.

– План је заснован на стратешком и годишњем оперативном плану здравствене установе.

– План описује:

– обим и врсту лабораторијских услуга,

– начин обављања основних делатности организационе јединице лабораторијске дијагностике и

– мерљиве и остварљиве циљеве.

– Спровођење плана редовно се прати.

ЛАБ

Стандард

2.0

Пацијенту се пружају услуге лабораторијске дијагностике.

ЛАБ

Критеријум

2.1

Потребе пацијената за лабораторијским услугама представљају део мултидисциплинарног плана лечења.

– Запослени у организационој јединици лабораторијске дијагностике пружају одговарајуће информације добијене на основу лабораторијских резултата неопходних за превенцију, дијагнозу и лечење или процењивање здравља људи.

ЛАБ

Критеријум

2.2

Запослени у организационој јединици лабораторијске дијагностике учествују у мултидисциплинарном лечењу пацијента.

ЛАБ

Критеријум

2.3

Запослени редовно ревидирају своју улогу у мултидисциплинарном плану лечења.

ЛАБ

Критеријум

2.4

Запослени учествују у даљем праћењу пацијента, уколико је то потребно.

ЛАБ

Критеријум

2.5

Поштују се права пацијента на:

– достојанство и поштовање,

– доступност здравствене заштите

– информације

– обавештење

– слободан избор

– приватност и поверљивост информација

– самоодлучивање и пристанак

- увид у медицинску документацију
- тајност података
- права пацијента над којим се врши медицински оглед
- приговор
- накнаду штете сигурност и безбедност.

ЛАБ

Критеријум

2.6

*

Нежељени догађаји се бележе, пријављују и испитују.

ЛАБ

Стандард

3.0

Лабораторијске услуге пружају лица одговарајућих квалификација.

ЛАБ

Критеријум

3.1

Организациона јединица лабораторијске дијагностике поседује адекватне људске ресурсе.

ЛАБ

Критеријум

3.2

Постоји опис послова за сва радна места у организационој јединици лабораторијске дијагностике:

- заснован на Правилнику о унутрашњој организацији и систематизацији радних места у здравственој установи,
- редовно се разматра и усаглашава у складу са потребама.

ЛАБ

Критеријум

3.3

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

- Квалификације се процењују приликом запошљавања и редовно проверавају.
- Квалификације се одређују у сарадњи с коморама здравствених радника.
- Квалификације се одређују за тип лечења који треба обавити, за сваку категорију запослених који учествују у пружању здравствене заштите.

ЛАБ

Критеријум

3.4

Запослени су упознати са задацима и циљевима рада.

ЛАБ

Критеријум

3.5

Постоји руководилац организационе јединице лабораторијске дијагностике који има одговарајуће квалификације за то радно место:

- способан за професионалне, саветодавне, организационе, административне и научне одговорности у организационој јединици,

– поседује одговарајуће квалификације и лиценцу, као и потребно радно искуство.
ЛАБ

Критеријум

3.6

Сваком нижом организационом јединицом у оквиру лабораторијске дијагностике руководи лице одговарајућих квалификација.

ЛАБ

Критеријум

3.7

Учинак свих запослених се процењује.

– Процена је заснована на основу захтева и циљева рада.

– Процена указује на потребна унапређења учинка.

– Процене се спроводе по утврђеном плану.

ЛАБ

Критеријум

3.8

Постоји план стручног усавршавања, односно континуиране едукације.

– Прати се спровођење плана.

– Организациона јединица процењује резултате стручног усавршавања, односно континуиране едукације и осталих активности.

ЛАБ

Критеријум

3.9

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

ЛАБ

Критеријум

3.10

Постоје начини и механизми за комуникацију, решавање проблема унутар организационе јединице лабораторијске дијагностике, са другим организационим јединицама у оквиру здравствене установе, као и са пацијентима, односно њиховим породицама.

ЛАБ

Стандард

4.0

Постоје процедуре и упутства за пружање услуга у оквиру лабораторијске дијагностике.

ЛАБ

Критеријум

4.1*

Процедуре и упутства односе се на:

Организацију и управљање организационом јединицом лабораторијске дијагностике:

– унапређење квалитета,

– управљање ризиком,

– преглед коришћења и искоришћености ресурса,

- приступ организационој јединици,
- радно време (време пружања услуга),
- контрола рада запослених.

Активности организационе јединице лабораторијске дијагностике приликом пружања лабораторијских услуга:

- сакупљање, обележавање и транспорт примарних узорака (до фазе испитивања)*1,
- извођење испитивања према захтеву,
- извештавање и чување резултата испитивања**2,
- хитно извештавање о критичним или алармантним вредностима лабораторијских налаза,
- усмено саопштавање и примање резултата анализе***3,
- спровођење научног истраживања у организационој јединици лабораторијске дијагностике, укључујући било коју врсту истраживања и програма развоја.

Поштовање етичког кодекса и решавање етичких питања:

- чување поверљивости лабораторијских налаза.

Контролу докумената и евиденцију:

- подаци о еталонирању опреме,
- архивирање лабораторијских налаза,
- контролисан приступ подацима.

Безбедност:

- безбедно руковање и чување узорака, укључујући и коришћење адекватне опреме и одеће,
- безбедан транспорт узорака у другу лабораторију,
- спречавање и ограничавање утицаја штетних инцидената,
- деконтаминација лабораторијске опреме и инфективног материјала,
- деконтаминација и одлагање игли, шприцева, ланцете и других оштрих инструмената,
- безбедно складиштење, обележавање, руковање и одлагање опасног материјала.

ЛАБ

Критеријум

4.2

Процедуре и упутства су усвојени и редовно се ревидирају и модификују а запослени су упознати са њима.

ЛАБ

Стандард

5.0

Организациона јединица лабораторијске дијагностике располаже одговарајућим простором.

ЛАБ

Критеријум

5.1

Просторије организационе јединице лабораторијске дијагностике испуњавају услове за пружање услуга.

- Просторије се налазе на одговарајућим местима и функционалне су.

- Распоред просторија омогућава добру комуникацију међу запосленима као и са корисницима услуга.
- Простор је пројектован тако да омогућава:
 - ефикасан рад,
 - удобност лицима који бораве у њему,
 - смањење ризика од повреда и професионалних обољења.
- Простор за сакупљање примарног узорка прилагођен је особама са инвалидитетом и омогућава њихову приватност.
- У организационој јединици лабораторијске дијагностике постоје одговарајуће и адекватно обележене просторије за пријем, отпремање и руковање узорцима, укључујући и простор за високоризичне узорке.
- Постоје одговарајуће просторије за складиштење узорака, реагенаса, лабораторијског потрошног материјала, опреме и документације, укључујући и одвојен простор за чување високоризичних узорака који су адекватно обележени.
- Простори организационе јединице лабораторијске дијагностике у којима се одвијају некомпатибилне активности су одвојени.
- Врши се контрола температуре, стерилности, влажности, буке, вибрација, електричног напајања.

ЛАБ

Критеријум

5.2

Постоји дефинисан поступак за периодичну процену стања просторије и усклађености са потребама организационе јединице.

- Процена ће утврдити недостатке и мере за отклањање истих.

ЛАБ

Стандард

6.0

Опрема испуњава све захтеве за пружање услуга у лабораторијској дијагностици.

ЛАБ

Критеријум

6.1

Организациона јединица лабораторијске дијагностике поседује сву потребну опрему за пружање услуга.

- Опрема је адекватно и на одговарајућем месту инсталирана.
- Опрема је обележена етикетом или на неки други начин идентификована.

ЛАБ

Критеријум

6.2

Води се списак целокупне опреме заједно са распоредом одржавања за сваки део опреме.

- Организациона јединица лабораторијске дијагностике следи препоруке произвођача када је у питању програм одржавања опреме.
- Организациона јединица лабораторијске дијагностике поседује копије извештаја, односно сертификата о извршеном еталонирању или верификацији опреме.

ЛАБ

Критеријум

6.3

Здравствена установа безбедно рукује опремом, материјалом и уређајима.

– здравствена установа располаже опремом, материјалом и медицинским уређајима тако што:

- планира набавку нове и савремене опреме,
- редовно и превентивно је одржава и о томе води евиденцију,
- врши еталонирање по потреби.
- Опремом се рукује у складу са упутством произвођача за рад са опремом и врши се обука запослених за безбедно руковање опремом. (Постоје посебни програми, а свака спроведена обука се евидентира.)

ЛАБ

Стандард

7.0

Информациони систем је у функцији ефикасног пружања услуга лабораторијске дијагностике.

ЛАБ

Критеријум

7.1

Информациони системи као подршка пружању услуга обухватају:

- систематизована упутства,
- систем за унос и обраду података,
- систем извештавања,
- систем финансијског извештавања,
- систем праћења извршења,
- систем управљања квалитетом,
- систем спољне контроле.

ЛАБ

Критеријум

7.2

Рад информационих система се редовно разматра и по потреби мења у складу са захтевима организационе јединице.

ЛАБ

Критеријум

7.3

Приступ подацима из информационог система имају само овлашћена лица.

ЛАБ

Критеријум

7.4

Подаци се чувају на одговарајући начин и на безбедном месту.

ЛАБ

Стандард

8.0

Организациона јединица лабораторијске дијагностике прати квалитет рада и безбедност пацијента.

ЛАБ

Критеријум

8.1

Организациона јединица лабораторијске дијагностике има план за стално унапређење квалитета рада и безбедност пацијента. Планом се идентификују:

- области за унапређење квалитета, мере које треба предузети и циљеви које треба остварити,
- систем спречавања настанка грешака при чувању, издавању и руковању реагенсима,
- процедуре контроле квалитета.

ЛАБ

Критеријум

8.2

Постоји процес за праћење реализације плана за унапређење квалитета рада и безбедност пацијента.

ЛАБ

Критеријум

8.3

Утврђени су показатељи квалитета рада и безбедности пацијента и прате се као део активности на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента. Укључују следеће:

- време потребно за добијање резултата (Turnaround time),
- учесталост изгубљених резултата,
- лабораторијски извештаји одговарају формату историје болести.

ЛАБ

Критеријум

8.4

Запослени су упознати и учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента:

- именована су лица задужена за одређене активности на плану унапређења квалитета,
- утврђени су подаци који ће се прикупљати за показатеље, као и које ће се методе користити при прикупљању и анализи тих података,
- запослени добијају одговарајућу континуирану обуку у погледу показатеља квалитета за процену и мерење унапређења квалитета и безбедности.

ЛАБ

Критеријум

8.5

Запослени присуствују састанцима провере квалитета клиничко-лабораторијског рада заједно са осталим специјалностима.

ЛАБ

Критеријум

8.6

Постоје датиране, документоване и претходно дефинисане процедуре и упутства за обезбеђење и контролу квалитета поступака испитивања (Унутрашња и спољашња контрола квалитета рада).

ЛАБ

Критеријум

8.7

Организациона јединица лабораторијске дијагностике учествује у националном, односно међународном програму спољашње контроле квалитета.

ЛАБ

Критеријум

8.8

Задовољство запослених се прати и предузимају активности како би се степен задовољства повећао.

1 Напомена:

Образац/упут укључује најмање:

- јединствену идентификацију пацијента (име и презиме пацијента, датум рођења и пол, лабораторијски број пацијента),
- идентификацију лекара или другог лица које захтева анализе (име и презиме, локација, контакт телефон),
- тип примарног узорка и клиничке детаље релевантне за пацијента и захтевана испитивања (нпр. преписана терапија, хемолиза ...) као и датум и време узорковања, али и пријема узорка у лабораторију.

2 Напомена:

Извештај о испитивању садржи најмање:

- идентификацију лабораторије која је издала извештај,
- јединствену идентификацију пацијента (име и презиме пацијента, датум рођења и пол, лабораторијски број пацијента) – одговара подацима са налога/упута,
- податке са налога/упута за испитивање релевантне за тумачење резултата,
- резултате испитивања и биолошки референтни интервал (где је применљиво),
- потпис и факсимил лица овлашћеног да прегледа и издаје извештај.

3 Напомена:

Процедуром би требало осигурати да само у изузетним случајевима именовано особље може преносити и примати резултате анализа путем телефона, те да постоји штампани примерак којим се потврђује достављање података, израђен уз минимум закашњења иза усменог саопштавања података. Штампани примерак након обављеног саопштавања резултата усменим путем би требало да садржи следеће податке: име особе која је дала извештај о анализама, име особе која је примила извештај, идентитет пацијента, резултате анализе, датум и време усменог саопштавања о резултату анализе.

8. (АПТ) Фармацеутска здравствена делатност – Апотека

АПТ

Стандард

1.0

Основне делатности организационе јединице фармацеутске здравствене делатности су јасно дефинисане.

АПТ

Критеријум

1.1

Постоји опис основних делатности организационе јединице фармацеутске здравствене делатности у писменом облику који обухвата:

- безбедан и ефикасан систем набавке лекова и медицинских средстава,

- пријем и складиштење лекова и медицинских средстава,
- издавање лекова и медицинских средстава,
- израду магистралних лекова,
- израду и контролу галенских лекова,
- извештавање о нежељеним реакцијама на лекове и медицинска средства,
- управљање нежељеним догађајима и ризицима (пропусти у прописивању),
- медицинске грешке,
- анализу и евалуацију употребе лекова и медицинских средстава,
- учешће у консултацијама у вези терапије пацијента,
- израду протокола за правилну примену лекова (важи за болничке апотеке),
- припрему лекова високог ризика за примену (важи за болничке апотеке),
- праћење фармакокинетичких параметара и тумачење резултата (важи за болничке апотеке),
- руковање лековима који се испитују (важи за болничке апотеке),
- програме едукације и саветовања за пацијенте и породице пацијената,
- програме едукације и саветовања за запослене,
- програме едукације и саветовања за здравствене раднике и сараднике,
- обезбеђивање информација о леку,
- програме промоције здравља и ране детекције фактора за развој болести,
- управљање фармацеутским отпадом,
- повлачење лекова и медицинских средстава из промета,
- вођење евиденције о пријему, складиштењу и издавању контролисаних супстанци и лекова.

АПТ

Критеријум

1.2

Основне делатности организационе јединице фармацеутске здравствене делатности су у складу са професионалним стандардима и правилима добре праксе:

- Добра апотекарска пракса,
- Добра дистрибутивна пракса,
- Добра пракса за израду галенских лекова и друга акта везана за фармацеутску делатност.
- Професионални стандарди и правила добре праксе прате се и по потреби ревидирају.

АПТ

Критеријум

1.3

Основне делатности организационе јединице фармацеутске здравствене делатности подржавају мисију, визију и вредности здравствене установе.

- Запослени у организационој јединици фармацеутске здравствене делатности упознати су са мисијом, визијом и вредностима здравствене установе.
- Приликом пружања услуга, запослени у организационој јединици фармацеутске здравствене делатности поштују мисију, визију и вредности здравствене установе.

АПТ

Критеријум

1.4

Организациона јединица фармацеутске здравствене делатности има годишњи план рада.

– План је базиран на стратешком и годишњем оперативном плану здравствене установе.

– Планом су предвиђени:

– врста услуге,

– начин обављања основних делатности организационе јединице фармацеутске здравствене делатности и

– мерљиви и остварљиви циљеви.

– Спровођење плана редовно се прати.

АПТ

Стандард

2.0

Пацијенту се пружају фармацеутске услуге.

АПТ

Критеријум

2.1

План лечења пацијента је у складу са потребама пацијента.

АПТ

Критеријум

2.2

Потребе пацијената за фармацеутским услугама су документоване.

– Уколико постоји мултидисциплинарни план лечења, потреба пацијента за лековима је документована (важи за болнице).

АПТ

Критеријум

2.3

Запослени учествују у мултидисциплинарном плану лечења (важи за болнице).

АПТ

Критеријум

2.4

Запослени редовно ревидирају своју улогу у мултидисциплинарном плану лечења (важи за болнице).

АПТ

Критеријум

2.5

Запослени учествују у отпусту, трансферу и даљем праћењу пацијента, уколико је то потребно (важи за болнице).

АПТ

Критеријум

2.6

Поштују се права пацијента на:

– достојанство и поштовање,

– приватност,

– поверљивост,

– сигурност и безбедност.

АПТ

Критеријум

2.7

*

Нежељени догађаји се бележе, пријављују и испитују.

АПТ

Стандард

3.0

Фармацеутске услуге пружају лица одговарајуће квалификације.

АПТ

Критеријум

3.1

Постоји план запослених у организационој јединици фармацеутске здравствене делатности.

АПТ

Критеријум

3.2

Постоји опис послова за сва радна места у организационој јединици фармацеутске здравствене делатности који:

- је заснован на Правилнику о систематизацији и унутрашњој организацији радних места у здравственој установи,
- се редовно разматра и усаглашава у складу са потребама.

АПТ

Критеријум

3.3

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

- Квалификације се процењују приликом запошљавања и периодично проверавају.

АПТ

Критеријум

3.4

Запослени су упознати са задацима и циљевима рада.

АПТ

Критеријум

3.5

Постоји руководилац организационе јединице фармацеутске здравствене делатности који има одговарајуће квалификације за то радно место:

- способан за професионалне, саветодавне, организационе, административне и научне одговорности у организационој јединици фармацеутске здравствене делатности,
- дипломирани је фармацеут са лиценцом и потребним радним искуством.

АПТ

Критеријум

3.6

Сваким делом ниже организационе јединице руководи лице одговарајућих квалификација.

АПТ

Критеријум

3.7

Учинак свих запослених се процењује.

- Процена је заснована на основу задужења и циљева рада.
- Процена указује на потребна унапређења учинка.
- Процене се спроводе по утврђеном плану.

АПТ

Критеријум

3.8

Постоји план стручног усавршавања или континуиране едукације.

- Прати се спровођење плана.
- Организациона јединица фармацеутске здравствене делатности процењује резултате стручног усавршавања или континуиране едукације и осталих активности у вези са тим.

АПТ

Критеријум

3.9

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

АПТ

Критеријум

3.10

Постоје начини и механизми за комуникацију, решавање проблема унутар организационе јединице фармацеутске здравствене делатности са другим организационим јединицама у оквиру здравствене установе, као и са пацијентима, односно њиховим породицама.

АПТ

Стандард

4.0

Постоје водичи, упутства, протоколи и процедуре за пружање услуга у оквиру организационе јединице фармацеутске здравствене делатности.

АПТ

Критеријум

4.1*

Водичи, упутства, протоколи и процедуре односе се на:

- Организацију и управљање организационом јединицом фармацеутске здравствене делатности:
- унапређење квалитета,
- управљање ризиком,
- преглед коришћења и искоришћености ресурса,
- доступност фармацеутских услуга,
- радно време (време пружања услуга),
- контролу рада запослених.
- Активности организационе јединице фармацеутске здравствене делатности приликом пружања фармацеутске услуге су:
- набавка лекова и медицинских средстава,

- пријем и складиштење лекова и медицинских средстава,
- издавање лекова и медицинских средстава,
- израда магистралних лекова,
- израда и контрола галенских лекова,
- информисање и едукација у вези са лековима и медицинским средствима,
- активности везане за рационалну примену и правилну употребу лекова.
- Поштовање етичког кодекса и решавање етичких питања.
- Контролу докумената и евиденцију:
 - стања залиха и пописи
 - требовања и набавке лекова и медицинских средстава
 - прописивање лекова и медицинских средстава
 - издавања лекова и медицинских средстава
 - набавке инвентара
 - интервенција фармацеута
 - услова складиштења
 - дистрибуције и издавања лекова који су под контролом
- Безбедност:
 - безбедност пацијента (нежељене реакције на лек, нежељени догађаји, нпр. погрешно издат лек),
 - планирање у случају ванредне ситуације,
 - безбедност на радним местима која укључују рад са опасним материјама,
 - безбедно руковање цитотоксичним лековима,
 - управљање фармацеутским отпадом,
 - превенција крађе лекова,
 - контрола приступа подацима о пацијенту,
 - извештавање у случају инцидената,
 - повлачење лекова и медицинских средстава из промета,
 - одржавање хигијене.

АПТ

Критеријум

4.2

Водичи, упутства, протоколи и процедуре су усвојени и редовно се ревидирају и модификују и запослени су упознати са њима.

АПТ

Стандард

5.0

Организациона јединица фармацеутске здравствене делатности располаже одговарајућим простором.

АПТ

Критеријум

5.1

Просторије организационе јединице фармацеутске здравствене делатности испуњавају услове за пружање услуга:

- лако доступна локација (омогућен приступ инвалидима, омогућен приступ колицима за пренос робе),
- сигурност од неовлашћеног приступа службеним просторијама,

- одговарајући систем за пријем, складиштење и издавање лекова и медицинских средстава (укључујући праћење температуре просторије за складиштење, добру проветреност просторија, услове за складиштење испарљивих и запаљивих материја, правилан распоред лекова по облицима и фармаколошким групама, одвојено место за расходоване лекове и праћење температуре у фрижидерима),
- адекватно чување наркотика (метални орман под кључем),
- орман за чување лекова за хитну интервенцију (на болничком одељењу) за случај када апотека није доступна,
- адекватне просторије и опрема за израду магистралних и галенских препарата,
- адекватне просторије и опрема за припрему лекова за давање (растварање сирупа, парентералних препарата, цитотоксичних лекова),
- адекватан простор који омогућава дискрецију при разговору са пацијентом.

АПТ

Критеријум

5.2

Постоји дефинисан поступак за периодичну процену стања просторија и усклађеност са потребама фармацеутске здравствене делатности

- Процентом ће се утврдити недостаци и планови за отклањање истих.

АПТ

Стандард

6.0

Опрема испуњава све захтеве за пружање услуга фармацеутске здравствене делатности.

АПТ

Критеријум

6.1

Постоји листа опреме која се налазу организационој јединици фармацеутске здравствене делатности.

АПТ

Критеријум

6.2

Постоји листа опреме са распоредом сервисирања, односно замене.

АПТ

Критеријум

6.3

У организационој јединици фармацеутске здравствене делатности редовно се проверава и процењује стање опреме.

- Сва опрема у организационој јединици фармацеутске здравствене делатности која захтева баждарење је евидентирана и распоред баждарења је одређен.

АПТ

Стандард

7.0

Информациони систем је у функцији ефикасног пружања фармацеутских услуга.

АПТ

Критеријум

7.1

Информациони системи као подршка пружању услуга обухватају:

- упутства,
- систем за унос и обраду података,
- систем извештавања,
- систем финансијског извештавања,
- систем праћења извршења,
- систем управљања квалитетом,
- систем спољне контроле.

АПТ

Критеријум

7.2

Рад информационих система се редовно разматра и по потреби мења у складу са захтевима организационе јединице фармацеутске здравствене делатности.

АПТ

Критеријум

7.3

Приступ подацима из информационог система имају само овлашћена лица.

АПТ

Критеријум

7.4

Подаци се чувају на одговарајући начин и на безбедном месту.

АПТ

Стандард

8.0

Организациона јединица фармацеутске здравствене делатности прати квалитет рада и безбедност пацијента.

АПТ

Критеријум

8.1

Организациона јединица фармацеутске здравствене делатности има план за стално унапређење квалитета рада и безбедности пацијента. Планом се идентификују области за унапређење квалитета, мере које треба предузети и циљеви које треба остварити.

АПТ

Критеријум

8.2

Постоји поступак за праћење реализације плана за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.

АПТ

Критеријум

8.3

Утврђени су показатељи квалитета рада и безбедности пацијента и прате се као део активности на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

АПТ

Критеријум

8.4

Запослени су упознати са активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

АПТ

Критеријум

8.5

Запосленима се пружа континуирана едукација из области унапређења квалитета рада и безбедности пацијента.

АПТ

Критеријум

8.6

Запослени учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента:

- именована су лица задужена за одређене активности на плану унапређења квалитета,
- утврђени су подаци који ће се прикупљати за показатеље, као и које ће се методе користити при прикупљању и анализи тих података,
- запослени добијају одговарајућу континуирану обуку у погледу показатеља квалитета за процену и мерење унапређења квалитета рада и безбедности пацијента.

АПТ

Критеријум

8.7

Задовољство запослених се прати и предузимају се активности како би се степен задовољства повећао.

9. (ЖС) Животна Средина

Превенција инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести

ЖС

Стандард

1.0

Врши се превенција инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

ЖС

Критеријум

1.1

Редовно се примењују мере изолације и предострожности и о томе се води евиденција.

ЖС

Критеријум

1.2

*

Постоје политика и процедуре свођења на минимум инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести у здравственој установи.

ЖС

Критеријум

1.3

*

Постоје мере, процедуре и поступци чишћења, дезинфекције и стерилизације простора, опреме, материјала и медицинских уређаја.

– Уведени су процеси дезинсекције и дератизације.

ЖС

Критеријум

1.4

Опасним материјама и заразним материјалом рукује се у складу са Правилником о управљању медицинским отпадом („Сл. гласник РС”, број 78/10) као и у складу са правилником, пословником и протоколима здравствене установе.

ЖС

Критеријум

1.5

Промовише се лична хигијена и одржава се чистоћа просторија.

Критеријум

1.6

Зграда се адекватно одржава, што подразумева и одржавање унутрашњег простора и система вентилације у циљу спречавања ширења заразе.

Процедуре за случај појаве и ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести

ЖС

Стандард

2.0

Постоје процедуре за случај појаве и ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

ЖС

Критеријум

2.1

Постоје и примењују се процедуре за откривање и предузимање одговарајућих мера у циљу спречавања даљег ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

ЖС

Критеријум

2.2

Постоје мере и процедуре за истраживање путева ширења инфекције (укључујући и откривање свих контаката), као и процедуре за сузбијање заразе.

ЖС

Критеријум

2.3

Резултати епидемиолошког надзора чувају се у прописаном року и користе се за спречавање ширења или смањења ризика од поновног избијања заразе.

ЖС

Критеријум

2.4

Заразне болести се пријављују у складу са законом.

ЖС

Критеријум

2.5

Постоји поступак за утврђивање мера за спречавање и контролу ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

Комисија за спречавање и контролу ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести

ЖС

Стандард

3.0

Комисија за спречавање и контролу ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама (комисија) врши контролу ширења инфекција.

ЖС

Критеријум

3.1

Комисија је формирана на одговарајући начин. Један од чланова комисије надлежан је за управљање медицинским отпадом.

ЖС

Критеријум

3.2

Комисија се редовно састаје и води записник са састанка. Званична документација са састанака чува се током прописаног временског периода.

ЖС

Критеријум

3.3

Комисија сарађује са Институтом за јавно здравље Србије (преко мреже завода), о чему постоји документација.

ЖС

Критеријум

3.4

Комисија редовно проверава и ревидира све процедуре и поступке контроле. Документација о предузетим мерама и ревизији чува се током прописаног временског периода.

ЖС

Критеријум

3.5

Комисија предлаже мере за спречавање и контролу инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

ЖС

Критеријум

3.6

Комисија истражује све проблеме у вези са појавом инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести и о томе извештава интерне надлежне органе као и институте и заводе за јавно здравље.

Раздвајање медицинског отпада

ЖС

Стандард

4.0

Врши се раздвајање медицинског отпада у складу са Правилником о управљању медицинским отпадом, а здравствена установа има План управљања медицинским отпадом који се редовно ревидира.

ЖС

Критеријум

4.1

Врши се раздвајање медицинског отпада према Каталогу отпада.

Разврстани медицински отпад се пакује на адекватан начин.

ЖС

Критеријум

4.2

Медицински отпад се пакује у адекватне кесе, контејнере и канте.

ЖС

Критеријум

4.3

На свим депонијама за одлагање медицинског отпада истакнуте су и јасно видљиве инструкције за раздвајање и обележавање отпада.

Одлагање медицинског отпада у оквиру здравствене установе

ЖС

Стандард

5.0

Медицински отпад унутар здравствене установе одлаже се на адекватан начин.

ЖС

Критеријум

5.1

Врши се дневно сакупљање медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

5.2

Места за одлагање медицинског отпада лоцирана су стратешки у оквиру саме здравствене установе.

ЖС

Критеријум

5.3

На местима одлагања отпада у оквиру здравствене установе отпад се раздваја и одлаже према категоријама у јасно означене контејнере одређене боје и ознаке.

ЖС

Критеријум

5.4

Врши се редовно чишћење и дезинфекција места одлагања отпада, као и самих контејнера.

ЖС

Критеријум

5.5

Руковање отпадом на местима одлагања обавља се уз поштовање одговарајућих мера заштите (ношење рукавица, заштитне одеће и обуће, заштитних наочара).

ЖС

Критеријум

5.6

Постоји фиксни распоред за одлагање отпада на сваком месту предвиђеном за одлагање.

Одлагање отпада на централно привремено одлагалиште за отпад

ЖС

Стандард

6.0

Медицински отпад се пре транспорта одлаже на централно привремено одлагалиште за отпад.

ЖС

Критеријум

6.1

Отпад се транспортује до централног привременог одлагалишта за отпад у затвореним, покретним, пластичним контејнерима.

ЖС

Критеријум

6.2

Одређује се путања и дневни распоред транспортовања отпада, како би се избегао контакт са доставом чистог материјала.

ЖС

Критеријум

6.3

Време одлагања отпада износи између 24 и 48 часова.

ЖС

Критеријум

6.4

Централно привремено одлагалиште за отпад је одговарајуће величине за дневно одлагање медицинског отпада и мора бити лоцирано на одговарајућем месту.

– Не сме бити лоцирано у близини објеката у којима се врши припремање хране.

– Лако је доступно за чишћење, има одговарајуће осветљење и вентилацију и заштићено је од уласка глодара, птица и других животиња.

– Приступачно је за камионе и возила комуналне службе хигијене.

ЖС

Критеријум

6.5

Приступ централном привременом одлагалишту за отпад је дозвољен само овлашћеним лицима.

Постоји лице одговорно за управљање медицинским отпадом

ЖС

Стандард

7.0

У здравственој установи постоји лице одговорно за управљање медицинским отпадом.

ЖС

Критеријум

7.1

Одговорно лице је завршило одговарајућу обуку, поседује одговарајуће искуство и стручне квалификације.

ЖС

Критеријум

7.2

Одговорно лице је члан Комисије за спречавање и контролу ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама.

ЖС

Критеријум

7.3

Одговорно лице предлаже политику управљања отпадом.

ЖС

Критеријум

7.4

Одговорно лице истражује све проблеме у вези са управљањем отпадом и о њима извештава директора здравствене установе и Комисију за спречавање и контролу ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама.

ЖС

Критеријум

7.5

Одговорно лице учествује у радној групи за заштиту животне средине у датом управном округу.

Програм за обављање стерилизације медицинског отпада

ЖС

Стандард

8.0

Постоји програм за обављање стерилизације медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

8.1

У оквиру простора предвиђеног за стерилизацију медицинског отпада постоји зона за привремено одлагање, мерење отпада, бележење, деконтаминацију, зона предвиђена за прање и чишћење, као и зона за стерилизацију, уситњавање и складиштење обрађеног отпада.

ЖС

Критеријум

8.2

Постоје мере и процедуре за обављање свих поменутих активности.

ЖС

Критеријум

8.3

На располагању је посебна опрема за прање и чишћење, дезинфекцију, сушење, паковање и стерилизацију.

Просторије за обављање стерилизације медицинског отпада

ЖС

Стандард

9.0

Обезбеђене су одговарајуће просторије у којима се обавља стерилизација медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

9.1

Проток се обавља у смеру од зоне манипулације „прљавим” материјалом ка зони са „чистим” материјалом.

ЖС

Критеријум

9.2

Постоје адекватни системи за проток ваздуха.

– Ваздух се из зоне деконтаминације испушта у спољашњу средину.

– У зони где се врши прање и чишћење, обезбеђен је позитиван притисак ваздуха.

– У зони обраде отпада постоје канализациони сифони за одговарајуће чишћење зоне.

– Подови, зидови и радне површине пројектоване су тако да се постигну високи хигијенски стандарди.

ЖС

Критеријум

9.3

Постоје контролисане зоне складиштења медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

9.4

Аутоклави и стерилизатори смештени су у посебну просторију у односу на зону пријема.

ЖС

Критеријум

9.5

Постоји простор за прање и дезинфекцију контејнера за складиштење и транспорт медицинског отпада, који је одговарајуће припремљен како би се избегло изливање отпада.

ЖС

Критеријум

9.6

За складиштење и транспорт медицинског отпада користе се затворени контејнери који се након употребе перу и дезинфикују.

ЖС

Критеријум

9.7

Постоји место за одлагање дезинфикованих транспортних контејнера.
Запослени на обради медицинског отпада су адекватно едуковани и имају одговарајућу заштитну опрему

ЖС

Стандард

10.0

Запослени на обради медицинског отпада поседују квалификације, адекватно су едуковани и имају адекватну заштитну опрему.

ЖС

Критеријум

10.1

Запослени у зони деконтаминације носе заштитну опрему (гумене рукавице, рукавице за једнократну употребу, водоотпорне кецеље, заштитне маске са заклоном за лице, заштитне наочаре).

ЖС

Критеријум

10.2

Запослени су упознати са протоколима и процедурама за случај акцидентне ситуације.

ЖС

Критеријум

10.3

Обезбеђен је обавезни уводни програм и обавезна обука за рад за запослене на стерилизацији медицинског отпада, укључујући и обуку за рад на постојећој опреми.

ЖС

Критеријум

10.4

Опрема за хитне случајеве, комплети за санирање изливања итд. доступни су на месту третмана медицинског отпада, а запослени су обучени да их користе.

ЖС

Критеријум

10.5

Запослени су вакцинисани против заразних болести (ХЦВ, ХБВ итд.).

Процедуре за вршење стерилизације

ЖС

Стандард

11.0

Постоје одговарајуће процедуре за стерилизацију медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

11.1

Упутства за коришћење и безбедно руковање, за сваки стерилизатор, доступна су запосленима.

ЖС

Критеријум

11.2

Спровођење поступка стерилизације, праћење и верификација евидентирају се за све методе стерилизације.

ЖС

Критеријум

11.3

Сваког дана се врши провера целокупне опреме и евидентирају резултати.

Тим за управљање медицинским отпадом

ЖС

Стандард

12.0

Тим за управљање медицинским отпадом надгледа обраду медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

12.1

Формиран је тим за управљање медицинским отпадом. (Тим обухвата: директора здравствене установе, начелнике одељења, односно организационе јединице, начелника фармацеутске здравствене делатности, главну сестру, начелника техничке службе, шефа финансијског одељења, шефа комисије за контролу инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести, лице одговорно за управљање медицинским отпадом).

ЖС

Критеријум

12.2

Тим се редовно састаје и води записнике о свом раду.

ЖС

Критеријум

12.3

Тим анализира све поступке и процедуре обраде медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

12.4

Тим препоручује мере за обраду медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

12.5

Тим испитује све проблеме везане за обраду медицинског отпада и извештава о њима.

Националне смернице и Техничко упутство за транспорт медицинског отпада

ЖС

Стандард

13.0

Транспорт медицинског отпада изводи се према Правилнику о управљању медицинским отпадом.

ЖС

Критеријум

13.1

Постоји план транспорта и распоред сакупљања отпада који је доступан за потребе запослених који раде у овој области.

ЖС

Критеријум

13.2

Здравствена установа треба да има обученог, искусног возача који је технички стручан да врши транспорт медицинског отпада. Возач мора да носи одговарајућу личну заштитну опрему и има одговарајућу документацију о транспорту отпада.

ЖС

Критеријум

13.3

Здравствена установа треба да има возило које је посебно намењено за ове сврхе, са одговарајућом опремом, као што се захтева у Техничком упутству за транспорт отпада, које треба да служи за превоз отпада првенствено између здравствене установе и централног или локалног места за третман. Свако премештање отпада на овај начин треба да буде пропраћено одговарајућом документацијом, тј. отпремницом за отпад.

ЖС

Критеријум

13.4

У случају отпада из амбуланти или из кућних посета, отпад треба да се спакује у контејнер који је правилно затворен, а тај контејнер треба да се превози у пртљажнику возила, као што се захтева у Техничком упутству за транспорт отпада. За овај тип транспорта отпада није неопходна никаква документација о транспорту отпада.

ЖС

Критеријум

13.5

Пре утовара, возач треба да провери сав отпад и припадајућу документацију, како би уочио евентуалне очигледне грешке у документацији, паковању или обележавању.

План за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација

ЖС

Стандард

14.0

Постоји план за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација.

ЖС

Критеријум

14.1

Планом су одређени ризици у случају настанка масовних несрећа и акцидентних ситуација.

ЖС

Критеријум

14.2

Планом су одређена лица одговорна за управљање и координацију у случају масовних несрећа и акцидентних ситуација.

ЖС

Критеријум

14.3

Планом је предвиђен систем комуникација у случају масовних несрећа и акцидентних ситуација.

ЖС

Критеријум

14.4

У плану је описана процедура обавештавања запослених у случају масовних несрећа и акцидентних ситуација.

ЖС

Критеријум

14.5

План предвиђа збрињавање жртава у случају масовних несрећа на територији општине.

Ревизија плана за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација

ЖС

Стандард

15.0

Врши се ревизија и провера плана у пракси за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација.

ЖС

Критеријум

15.1

Врши се периодична ревизија плана за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација.

ЖС

Критеријум

15.2

Редовно се обављају практичне вежбе и провере плана на терену.

Поступци и процедуре за смањење ризика од пожара

ЖС

Стандард

16.0

Постоје поступци и процедуре за смањење ризика од пожара.

ЖС

Критеријум

16.1

*

Здравствена установа се придржава важећих закона и прописа из области заштите од пожара.

ЖС

Критеријум

16.2

Запаљиве и експлозивне материје чувају се на адекватан начин.

ЖС

Критеријум

16.3

Редовно се врши провера документације, обавља тестирање и одржавање система за детекцију пожара, алармног система, као и система за гашење пожара.

ЖС

Критеријум

16.4

Мере заштите од пожара узимају се у обзир приликом сваке набавке за потребе здравствене установе.

ЖС

Критеријум

16.5

Постоји тим који је одговоран за заштиту од пожара.

Програм стерилизације

ЖС

Стандард

17.0

Постоји програм за обављање стерилизације.

ЖС

Критеријум

17.1

У оквиру простора предвиђеног за стерилизацију постоји зона деконтаминације, зона предвиђена за прање и чишћење, као и зона за стерилизацију.

ЖС

Критеријум

17.2

Постоје мере и процедуре за обављање свих поменутих активности.

ЖС

Критеријум

17.3

На располагању је посебна опрема за прање и чишћење, дезинфекцију, сушење, паковање и стерилизацију.

Просторије за стерилизацију

ЖС

Стандард

18.0

Обезбеђене су одговарајуће просторије у којима се обавља стерилизација.

ЖС

Критеријум

18.1

Проток се обавља у смеру од зоне манипулације „прљавим” материјалом ка зони са „чистим” материјалом, уз постојање засебних улаза, односно излаза за сваку зону.

ЖС

Критеријум

18.2

Постоје адекватни системи за проток ваздуха.

- У зони деконтаминације, обезбеђен је негативан притисак ваздуха.
- Ваздух се из зоне деконтаминације испушта у спољашњу средину.
- У зони где се врши прање и чишћење обезбеђен је позитиван притисак ваздуха.

ЖС

Критеријум

18.3

Постоје зоне складиштења са вентилацијом са позитивним притиском за стерилна паковања и уобичајене залихе.

ЖС

Критеријум

18.4

Аутоклави и стерилизатори смештени су у посебну просторију у односу на зону обраде материјала.

ЖС

Критеријум

18.5

Паковање санитетског материјала, инструмената и постељине врши се одвојено (како би се спречила могућност контаминације платном или влакнима).

ЖС

Критеријум

18.6

Затворена колица за пренос стерилисаног материјала држе се изван одељења, а у близини зоне складиштења материјала.

Запослени у стерилизацији су едуковани и имају адекватну заштитну опрему

ЖС

Стандард

19.0

Квалификована лица запослена у стерилизацији адекватно су едукована и имају адекватну заштитну опрему.

ЖС

Критеријум

19.1

Запослени у зони деконтаминације носе заштитну опрему (гумене рукавице, рукавице за једнократну употребу, водоотпорне кецеље, заштитне маске са заклоном за лице, заштитне наочаре).

ЖС

Критеријум

19.2

Постоје запослени који раде у зони контаминације и запослени који раде у зони стерилизације (уколико то није случај, предузимају се мере предострожности како би се избегла контаминација чистих зона).

ЖС

Критеријум

19.3

Постоји систем упозорења запослених, односно алармни систем који се активира у случају истицања етилен оксида и који покреће систем вентилације за елиминацију токсичних гасова.

ЖС

Критеријум

19.4

Запослени су упознати са протоколима и процедурама за случај акцидентне ситуације (нпр. истицање гаса).

ЖС

Критеријум

19.5

Постоји програм и обезбеђена је обавезна обука за запослене у стерилизацији, укључујући и обуку за рад на постојећој опреми.

Стерилизација се врши према претходно утврђеним процедурама

ЖС

Стандард

20.0

Постоје адекватне процедуре за вршење стерилизације.

ЖС

Критеријум

20.1

Стерилизатори су смештени у засебну зону у односу на зону обраде.

ЖС

Критеријум

20.2

Гасни стерилизатори са етилен оксидом имају изводни систем директно у спољашњу средину, као и систем за вентилацију са негативним притиском ваздуха.

ЖС

Критеријум

20.3

Упутства за коришћење и безбедно руковање за сваки стерилизатор доступна су запосленим лицима.

ЖС

Критеријум

20.4

Поштују се параметри као што су време и температура циклуса стерилизације.

ЖС

Критеријум

20.5

Постоје мере и процедуре које онемогућавају стерилизацију материјала за једнократну употребу (према упутству произвођача).

ЖС

Критеријум

20.6

За све методе поступка стерилизације води се писмена документација.

ЖС

Критеријум

20.7

Сваког дана врши се провера целокупне опреме и евидентирају резултати, што подразумева:

- резултате теста на присуство спора,
- време излагања притиску и топлоти,
- садржај сваког контингента,
- запослено лице које врши стерилизацију контингента.

ЖС

Критеријум

20.8

Постоји систем за регистровање сваког предмета који се стерилише (бројем или бар-кодом) и то:

- тип стерилизатора,
- датум стерилизације,
- контингент стерилизације.

Тим за стерилизацију

ЖС

Стандард

21.0

Тим за стерилизацију надгледа стерилизацију.

ЖС

Критеријум

21.1

Тим за стерилизацију је конституисан на одговарајући начин.

(Чланови тима могу бити: директор здравствене установе, начелници, односно шефови организационих јединица, начелник фармацеутске здравствене делатности, главна сестра, начелник техничке службе, начелник финансијског одељења, члан комисије за контролу инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести и други.)

ЖС

Критеријум

21.2

Тим се редовно састаје и води записник о свом раду.

Критеријум

21.3

Тим анализира све поступке и процедуре стерилизације.

ЖС

Критеријум

21.4

Тим препоручује мере за стерилизацију.

ЖС

Критеријум

21.5

Тим испитује све проблеме везане за стерилизацију и извештава о њима.

Безбедно руковање опремом, материјалом, уређајима и простором

ЖС

Стандард

22.0

Здравствена установа безбедно рукује опремом, материјалом, уређајима и простором.

ЖС

Критеријум

22.1

Здравствена установа располаже опремом, материјалом и медицинским уређајима тако што:

- планира набавку нове и савремене опреме,
- редовно и превентивно је одржава и о томе води евиденцију,
- редовно баждари опрему.

ЖС

Критеријум

22.2

Смањују се ризици за пацијенте и запослене у свим објектима.

ЖС

Критеријум

22.3

Врши се обука запослених лица за безбедно коришћење целокупне опреме.

- Постоје посебни програми, а свака спроведена обука се евидентира.

10. (ЈР) Људски ресурси

Запослени обухваћени програмом лиценцирања

ЉР

Стандард

1.0

Сви здравствени радници који подлежу процесу лиценцирања поседују важеће лиценце.

ЉР

Критеријум

1.1

Досије сваког запосленог здравственог радника садржи и важећу лиценцу.

ЉР

Критеријум

1.2

Поступак сталног праћења услова за обнављање лиценци свих здравствених радника обавља се редовно.

(Редовно и периодично разматрање стручног усавршавања у циљу одржавања лиценци.)

ЉР

Критеријум

1.3

Постоје протоколи и процедуре које обезбеђују неометан рад здравствене установе у случају да здравствени радник изгуби лиценцу.

Запослени који нису обухваћени програмом лиценцирања

ЉР

Стандард

2.0

Утврђује се професионална оспособљеност запослених који нису обухваћени програмом лиценцирања.

ЉР

Критеријум

2.1

Стручност запослених, који нису обухваћени програмом лиценцирања утврђује се приликом запослења.

ЉР

Критеријум

2.2

Постоје поступци за поновно разматрање стручности запослених који не подлежу лиценцирању.

ЉР

Критеријум

2.3

Постоје протоколи и процедуре за неометан рад здравствене установе у случају прекида рада стручних лица која не подлежу лиценцирању.

Једногодишња процена рада запослених

ЉР

Стандард

3.0

Резултати рада свих запослених процењују се годишње.

ЉР

Критеријум

3.1

Постоји поступак за процењивање резултата рада свих запослених који се врши годишње.

ЉР

Критеријум

3.2

Сви запослени имају утврђен план и циљеве рада.

ЉР

Критеријум

3.3

Задаци и циљеви рада саопштавају се свим запосленима.

ЉР

Критеријум

3.4

Писмени извештаји о процени постигнутих резултата рада бележе се у радном досијеу запосленог.

ЉР

Критеријум

3.5

Сви запослени имају право подношења коментара у писменој форми на процену постигнутих резултата рада.

Едукација запослених

ЉР

Стандард

4.0

Планови едукације запослених су реализовани.

ЉР

Критеријум

4.1

Постоји план едукације за све запослене у здравственој установи.

ЉР

Критеријум

4.2

Запослени су упознати са планом едукације.

ЉР

Критеријум

4.3

Редовно се прати извршење плана едукације.

Критеријум

4.4

На нивоу здравствене установе постоји програм едукације за све запослене.

ЉР

Критеријум

4.5

Свака организациона јединица има програм за едукацију, односно обуку новозапослених.

ЉР

Критеријум

4.6

Запосленима је омогућена неопходна едукација, односно обука која се односи на квалитет њиховог рада, у складу са потребама организационе јединице.

Усмеравање и праћење професионалног рада

ЉР

Стандард

5.0

Врши се усмеравање и праћење професионалног рада.

ЉР

Критеријум

5.1

У здравственој установи постоји управљачка структура. Управљачка структура одређује:

- лице које управља и које је одговорно за рад организационе јединице, критеријуме за избор и начин избора тог лица,
- чланове Комисије организационих јединица,
- начин утврђивања и ревизије протокола и водича клиничке праксе,

– мере одржавања радне дисциплине у датој организационој јединици.

ЉР

Критеријум

5.2

Водичи клиничке праксе су утврђени и примењују се у спровођењу рада у самој организационој јединици.

Здравље и заштита на раду за запослена лица

ЉР

Стандард

6.0

Програм из области заштите здравља и заштите на раду запослених.

ЉР

Критеријум

6.1

Постоји програм за заштиту здравља и заштиту на раду запослених.

ЉР

Критеријум

6.2

Сви законски захтеви за очување здравља и заштите на раду запослених се поштују.

– Процена ризика радног места.

– Праћење радне оптерећености и управљање стресом.

ЉР

Критеријум

6.3

Спроводи се програм обуке из области заштите здравља и заштите на раду запослених.

– Ношење заштитне одеће и опреме.

– Вакцинација запослених.

– Превентивне мере у случају убода иглом или руковања иглом.

– Заштита од повреда на радном месту.

ЉР

Критеријум

6.4

Обавља се редовно праћење како би се осигурало спровођење смерница из области заштите здравља и заштите на раду запослених.

ЉР

Критеријум

6.5

Постоји одговорно лице задужено за заштиту здравља и заштиту на раду запослених.

Задовољство запослених

ЉР

Стандард

7.0

Прати се задовољство запослених.

ЉР

Критеријум

7.1

Обавља се годишње истраживање задовољства запослених.

ЉР

Критеријум

7.2

Резултати истраживања су доступни запосленима.

ЉР

Критеријум

7.3

На основу резултата истраживања доноси се план активности за повећање степена задовољства запослених.

11. (УИ) Управљање информацијама

Здравствена документација

УИ

Стандард

1.0

У здравственој документацији прецизно се евидентирају све пружене здравствене услуге.

УИ

Критеријум

1.1

Садржај здравствене документације урађен је према важећим прописима о вођењу здравствене документације и евиденције.

УИ

Критеријум

1.2

Уколико је уведена електронска здравствена документација, урађена је према Правилнику о ближој садржини технолошких и функционалних захтева за успостављање интегрисаног здравственог информационог система („Сл. гласник РС”, број 95/09).

УИ

Критеријум

1.3

Врши се интерна провера како би се обезбедило вођење здравствене документације према смерницама.

УИ

Критеријум

1.4

По отпуста пацијента здравствена документација се комплетира и у предвиђеном року архивира.

УИ

Критеријум

1.5

Пацијенту је омогућен приступ и увид у здравствену документацију.

Показатељи учинка

УИ

Стандард

2.0

У здравственој установи постоји систем показатеља учинка.

УИ

Критеријум

2.1

Систем обухвата показатеље у складу са прописима којима се регулише област квалитета рада здравствене установе, али није ограничен само на њих.

УИ

Критеријум

2.2

Постоји систем показатеља помоћу којих се процењује учинак како у домену клиничке праксе, тако и у другим областима рада.

УИ

Критеријум

2.3

Запослена лица су едукована за сакупљање, тумачење и коришћење података добијених помоћу показатеља.

УИ

Критеријум

2.4

Подаци добијени помоћу показатеља се:

- сакупљају,
- сумирају,
- анализирају и тумаче,
- презентују по налогу,
- користе за унапређење рада.

УИ

Критеријум

2.5

Прати се корисност података добијених помоћу показатеља, као и квалитет самих показатеља.

Објављивање информација

УИ

Стандард

3.0

Објављују се информације од значаја за здравствену установу и од јавног значаја.

УИ

Критеријум

3.1

Постоје лица овлашћена за давање и објављивање информација од значаја за здравствену установу и од јавног значаја.

УИ

Критеријум

3.2

Постоји процедура за давање и објављивање информација од значаја за здравствену установу и од јавног значаја.

Овај критеријум се може односити и на трибине, стручна предавања, појављивање у медијима и слично.

УИ

Критеријум

3.3

Овлашћена лица објављују информације о раду здравствене установе и активностима везаним за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.

12. (РУ) Руковођење

Стратешко планирање

РУ

Стандард

1.0

Руководство помаже Управном одбору у припреми стратешког плана.

РУ

Критеријум

1.1

Утврђен је циклус стратешког планирања.

РУ

Критеријум

1.2

Руководство дефинише своју улогу у стратешком планирању.

РУ

Критеријум

1.3

Руководство припрема неопходне податке и документа у вези са стратешким планом.

Годишњи оперативни план

РУ

Стандард

2.0

Постоји годишњи оперативни план.

РУ

Критеријум

2.1

Оперативни план се заснива на стратешком плану.

РУ

Критеријум

2.2

План је у писменој форми и њиме су утврђени циљеви, активности и рокови.

РУ

Критеријум

2.3

У изради плана узимају се у обзир извештаји и информације добијени од запослених.

РУ

Критеријум

2.4

План се доставља свим организационим јединицама.

РУ

Критеријум

2.5

План се прати и врши се ревизија плана по потреби.

РУ

Критеријум

2.6

О плану и активностима на реализацији извештава се Управни одбор.

Људски, финансијски и физички ресурси

РУ

Стандард

3.0

Људски, финансијски и физички ресурси су распоређени у оквиру здравствене установе.

РУ

Критеријум

3.1

Распоређивање ресурса заснива се на утврђеним приоритетима.

РУ

Критеријум

3.2

Постоје поступци по којима се врши усклађивање постојећих ресурса са потребама корисника услуга.

РУ

Критеријум

3.3

Постоје поступци за праћење и коришћење свих ресурса.

Постоје поступци извештавања о искоришћености ресурса за сваку организациону јединицу појединачно.

РУ

Критеријум

3.4

Врши се процена квалитета и економичности пружених услуга.

РУ

Критеријум

3.5

Извештаји о коришћењу ресурса достављају се Управном одбору.

План управљања ризиком

РУ

Стандард

4.0

Постоји план управљања ризиком на нивоу здравствене установе.

РУ

Критеријум

4.1

*

Информације се прикупљају и анализирају како би се идентификовали ризици.

Информације се односе на:

- здравље и безбедност на раду,
- контролу ширења заразних болести,
- безбедност пацијента и запослених,
- нежељене догађаје,
- спремност за хитно реаговање у случају ванредне ситуације.

РУ

Критеријум

4.2

Ризици се предвиђају на основу њихове учесталости и степена опасности, чиме се умањује изложеност истим.

- Наводе се ризици везани за употребу и злоупотребу опреме.

РУ

Критеријум

4.3

Прати се квалитет производа од добављача у погледу ризика.

РУ

Критеријум

4.4

Постоји стратегија за управљање ризиком унутар здравствене установе са којим су упознати сви запослени.

РУ

Критеријум

4.5

У стратегији за управљање ризиком унутар здравствене установе јасно су одређене одговорности менаџмента и запослених у организационим јединицама.

РУ

Критеријум

4.6

Постоје средства намењена за управљање ризиком.

- Део средстава је намењен за обуку запослених за управљање ризиком.

РУ

Критеријум

4.7

Руководству се достављају извештаји о активностима везаним за управљање ризиком.

Нежељени догађаји

РУ

Стандард

5.0

Постоји поступак којим се идентификују, процењују и решавају нежељени догађаји.

РУ

Критеријум

5.1

Сви запослени су упознати са дефиницијом нежељених догађаја.

РУ

Критеријум

5.2

*

Сви запослени су упознати са поступком пријављивања нежељених догађаја.

РУ

Критеријум

5.3

У случају појаве нежељеног догађаја, испитује се узрок настанка.

РУ

Критеријум

5.4

Предузимају се активности отклањања узрока који су довели до нежељених догађаја.

План за унапређење квалитета рада

РУ

Стандард

6.0

На нивоу здравствене установе постоји план за унапређење квалитета рада.

РУ

Критеријум

6.1

План за унапређење квалитета рада здравствене установе доноси се годишње у писменој форми.

РУ

Критеријум

6.2

Планом о унапређењу квалитета рада здравствене установе утврђене су активности и очекивани резултати.

РУ

Критеријум

6.3

Иновативна решења за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента су препозната и подржана од стране руководства.

РУ

Критеријум

6.4

Спровођење плана се редовно прати у циљу унапређења квалитета рада.

РУ

Критеријум

6.5

Задовољство пацијената се истражује годишње и на основу резултата се предузимају активности.

РУ

Критеријум

6.6

Обезбеђена су средства за активности на унапређењу квалитета рада здравствене установе.

РУ

Критеријум

6.7

Извештај о постигнутом унапређењу квалитета рада здравствене установе се доставља Управном одбору.

РУ

Критеријум

6.8

Руководство информисе јавност (локалну заједницу, партнере и др.) о активностима на унапређењу квалитета свог рада и пружених услуга.

Показатељи учинка

РУ

Стандард

7.0

Прате се показатељи учинка.

РУ

Критеријум

7.1

Постоје утврђени показатељи за праћење ефикасности рада клиничких и других организационих јединица.

РУ

Критеријум

7.2

Руководство омогућава да подаци добијени на основу показатеља буду доступни за потребе праћења.

РУ

Критеријум

7.3

Извештаји о показатељима учинка се достављају руководству.

РУ

Критеријум

7.4

У случају потребе за побољшањем учинка, руководство предузима одговарајуће мере у циљу постизања побољшања учинка, на основу показатеља.

РУ

Критеријум

7.5

Руководство информише јавност (локалну заједницу, партнере и др.) о раду здравствене установе према показатељима учинка.

Процедуре за рад здравствене установе

РУ

Стандард

8.0

Рад у здравственој установи одвија се према утврђеним процедурама.

РУ

Критеријум

8.1

Утврђене су политика и процедуре рада здравствене установе.

РУ

Критеријум

8.2

Постоји листа процедура.

РУ

Критеријум

8.3

Све процедуре су усвојене од стране овлашћеног тела, односно лица.

РУ

Критеријум

8.4

Процедуре се ревидирају и мењају у складу са потребама.

Поштују се права пацијента

РУ

Стандард

9.0

Запослени у здравственој установи здравствене и друге услуге пружају поштујући права пацијената.

РУ

Критеријум

9.1

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање,
- доступност здравствене заштите,
- информације,
- обавештење,
- слободан избор,
- приватност и поверљивост информација,
- самоодлучивање и пристанак,
- увид у медицинску документацију,
- тајност података,
- права пацијента над којим се врши медицински оглед,
- приговор,
- накнаду штете,
- сигурност и безбедност.

РУ

Критеријум

9.2

Постоји поступак за пријем, разматрање и решавање примедба и жалби пацијента, на правилан начин и благовремено.

– Поступак за пријем, разматрање и решавање примедба и жалби пацијента јасно је одређен.

– Запослени су упознати са овим поступком.

– Постоји одговорно лице за пријем, разматрање и решавање примедба и жалби пацијента.

– Сва документација у вези са пријемом, разматрањем и решавањем примедба и жалби пацијента се архивира.

РУ

Критеријум

9.3

Пацијент је укључен у поступак лечења, пружања неге и осталих услуга.

– Поштовање опредељења и избора пацијента.

– Информисање пацијента о могућностима лечења, пружања неге и осталих услуга.

– Добијање сагласности од стране пацијента, у писменој форми.

РУ

Критеријум

9.4

Поступци лечења, пружања неге и осталих услуга спроводе се у складу са поштовањем верских и културолошких опредељења пацијента.

РУ

Критеријум

9.5

Постоје и спроводе се едукативни програми за запослене у вези са правима пацијената.

Преглед спроведених истраживања

РУ

Стандард

10.0

Врши се преглед спроведених истраживања у циљу провере прихватљивости.

РУ

Критеријум

10.1

Постоје поступци за разматрање прихватљивости обављених медицинских истраживања у здравственој установи, нарочито оних која се спроводе на људима у смислу поштовања етичких принципа истраживања.

РУ

Критеријум

10.2

Формирана је Комисија за надзор над спровођењем овог поступка.

РУ

Критеријум

10.3

Критеријуми за медицинска истраживања су утврђени и примењују се.

РУ

Критеријум

10.4

Комисија води евиденцију и врши евалуацију на основу извештаја о спроведеним истраживањима.

13. (СУ) Стандарди управљања

Мисија и визија

СУ

Стандард

1.0

Усвојена је Изјава о мисији и визији здравствене установе.

СУ

Критеријум

1.1

Управни одбор доноси Изјаву о мисији и визији здравствене установе.

СУ

Критеријум

1.2

Управни одбор се стара о томе да сви запослени у здравственој установи и све заинтересоване стране ван здравствене установе буду упознати са Изјавом о мисији и визији.

СУ

Критеријум

1.3

У Изјави о мисији и визији мора бити наведено следеће:

- 1) улога и одговорност здравствене установе,
- 2) врста и обим услуга које се пружају,
- 3) ограничења у смислу пружања услуга,
- 4) статус здравствене установе у смислу пружања здравствених услуга на примарном, секундарном или терцијарном нивоу.

СУ

Критеријум

1.4

Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга.

СУ

Критеријум

1.5

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

СУ

Критеријум

1.6

Управни одбор преиспитује Изјаву о мисији и визији најмање једном у три године и ревидира је по потреби.

Стратешки план здравствене установе

СУ

Стандард

2.0

Здравствена установа има стратешки план.

СУ

Критеријум

2.1

Управни одбор остварује учешће у припреми стратешког плана здравствене установе.

СУ

Критеријум

2.2

Управни одбор усваја стратешки план здравствене установе.

СУ

Критеријум

2.3

Управни одбор врши контролу и ревизију стратешког плана најмање једном у три године.

Управни одбор ради на законом прописан начин

СУ

Стандард

3.0

Управни одбор испуњава своје обавезе прописане у Закону о здравственој заштити („Службени гласник РС”, бр. 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10 и 99/10).

СУ

Критеријум

3.1

Управни одбор усваја годишњи план рада здравствене установе.

СУ

Критеријум

3.2

Управни одбор усваја годишњи финансијски план здравствене установе.

СУ

Критеријум

3.3

Управни одбор усваја годишњи извештај о раду и пословању здравствене установе.

СУ

Критеријум

3.4

Управни одбор усмерава и оцењује рад директора.

Израђени су критеријуми за оцењивање рада директора.

СУ

Критеријум

3.5

Управни одбор на захтев Министарства здравља доставља извештаје.

Комуникација између директора и Управног одбора

СУ

Стандард

4.0

Управни одбор се информисе адекватно и правовремено.

СУ

Критеријум

4.1

Управни одбор се извештава о проблемима и захтевима здравствене установе.

СУ

Критеријум

4.2

Управни одбор се информисе и о другим питањима од важности за спровођење здравствене заштите на територији за коју је основана здравствена установа.

СУ

Критеријум

4.3

Управни одбор се извештава о активностима на унапређењу квалитета рада здравствене установе.

СУ

Критеријум

4.4

Управни одбор поступа и доноси одлуке на основу добијених информација.

Самооцењивање рада Управног одбора

СУ

Стандард

5.0

Управни одбор врши процену резултата свог рада.

СУ

Критеријум

5.1

Управни одбор оцењује резултате свог рада по процедури коју доноси.

СУ

Критеријум

5.2

Управни одбор врши процену свог рада најмање једном годишње.

СУ

Критеријум

5.3

Управни одбор утврђује мере за унапређење свог рада.

СУ

Критеријум

5.4

Управни одбор је дужан да о свом раду, као и о плановима за унапређење рада извештава Надзорни одбор.

СТАНДАРДИ ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СЕКУНДАРНОГ И ТЕРЦИЈАРНОГ НИВОА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

1. (ЛП) Лечење пацијената. Опште одредбе

Пријем

ЛП

Стандард

1.0

Постоји утврђен поступак за пријем пацијента.

ЛП

Критеријум

1.1

Тријажа се обавља приликом првог контакта, како би пацијент био упућен у одговарајућу организациону јединицу у здравственој установи.

ЛП

Критеријум

1.2

Пацијенти су подељени у категорије према њиховим потребама, а они чије стање захтева тренутно лечење имају предност.

ЛП

Критеријум

1.3

Постоје и примењују се писани протоколи и процедуре за пријем пацијената, што обухвата: (протоколи за посебне групе пацијената могу се овде додати).

ЛП

Критеријум

1.4

Пацијенту, односно породици пацијента се по обављеном пријему пружају информације о тренутном здравственом стању пацијента.

Процена здравственог стања пацијента и припрема плана лечења

ЛП

Стандард

2.0

Процена здравственог стања пацијента је обављена и припремљен је мултидисциплинарни план лечења.

ЛП

Критеријум

2.1

На основу здравственог стања пацијента, приликом пријема, утврђује се приоритет његових потреба за применом мера превенције, лечења, рехабилитације или палијативног збрињавања.

ЛП

Критеријум

2.2

Обављене су одговарајуће дијагностичке процедуре (лабораторијске, радиолошке и друге) и резултати истих су евидентирани у историји болести пацијента. Узимају се у разматрање резултати претходно обављених дијагностичких процедура.

ЛП

Критеријум

2.3

Утврђује се и евидентира потреба за специјалистичким услугама.

ЛП

Критеријум

2.4

Предлаже се план лечења са очекиваним циљевима (исходима).

ЛП

Критеријум

2.5

План лечења се јасно евидентира у историји болести пацијента.

ЛП

Критеријум

2.6

План лечења се разматра са пацијентом, односно породицом пацијента.

Спровођење лечења

ЛП

Стандард

3.0

Лечење се спроводи у складу са планом лечења.

ЛП

Критеријум

3.1

Са планом лечења упознати су сви здравствени радници и сарадници укључени у поступак лечења пацијента.

ЛП

Критеријум

3.2

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

– Квалификације се процењују приликом запошљавања и редовно проверавају.

– Квалификације се одређују у сарадњи с коморама здравствених радника.

– Квалификације се одређују за тип лечења који треба обавити, за сваку категорију запослених који учествују у пружању здравствене заштите.

ЛП

Критеријум

3.3

За лечење пацијента задужена су лица одговарајуће квалификације:

– Имена лица задужених за лечење евидентирају се у историји болести пацијента.

– Током лечења може доћи до промене лица одговорног за лечење, што се евидентира.

– Запослено особље упознато је с тим која лица су задужена за лечење пацијента.

ЛП

Критеријум

3.4

Лечење се спроводи према претходно утврђеним смерницама, водичима добре клиничке праксе и протоколима (нпр. водичи добре клиничке праксе, пут лечења и др.).

ЛП

Критеријум

3.5

Основне делатности организационе јединице подржавају мисију, визију и вредности здравствене установе.

– Постоје докази да организациона јединица поштује мисију, визију и вредности здравствене установе при планирању и пружању услуга.

– Приликом пружања услуга запослени поштују мисију, визију и вредности здравствене установе.

ЛП

Критеријум

3.6

Информације у вези са спроведеним лечењем евидентирају се у историји болести пацијента.

– Надлежни лекар задужен је за правилно вођење медицинске документације.

– Потпис надлежног лекара обавезно се налази у историји болести пацијента.

ЛП

Критеријум

3.7

*

Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима:

– Адекватно складиштење и издавање лекова.

– Безбедно руковање наркотицима.

– Адекватна припрема и руковање интравенозним растворима.

– Правилно руковање инфузионим пумпама.

ЛП

Критеријум

3.8

*

О нежељеним догађајима води се евиденција, испитују се узроци њиховог настанка и о истима се извештава.

План лечења

ЛП

Стандард

4.0

План лечења се разматра.

ЛП

Критеријум

4.1

План лечења се редовно разматра.

ЛП

Критеријум

4.2

У случају измена утврђених циљева лечења, исте се евидентирају.

ЛП

Критеријум

4.3

Измене плана лечења се евидентирају у историји болести пацијента.

ЛП

Критеријум

4.4

О изменама плана лечења разговара се са пацијентом, односно породицом пацијента.

Отпуст или трансфер пацијента на друга одељења

ЛП

Стандард

5.0

Постоји утврђени поступак за:

– отпуст пацијента

– трансфер пацијента на друга одељења.

ЛП

Критеријум

5.1

Поступак укључује план за отпуст или трансфер пацијента на друга одељења у тренутку пријема, када је то могуће.

– Пацијент се упућује у најближу одговарајућу здравствену установу када здравствено стање то дозвољава, а према плану мреже здравствених установа.

ЛП

Критеријум

5.2

Поступак се односи и на пратеће организационе јединице и предвиђа пружање даљих медицинских услуга за којима би постојала потреба по отпуштању или трансферу пацијента на друга одељења.

ЛП

Критеријум

5.3

Процењује се спремност за отпуштање или трансфер пацијента на друга одељења и о томе води евиденција.

ЛП

Критеријум

5.4

Пацијент, односно породица пацијента се унапред обавештавају о отпусту или трансферу на друга одељења, као и о свим датим препорукама у смислу потреба пацијента по његовом отпуштању или трансферу на друга одељења.

ЛП

Критеријум

5.5

Досије пацијента приликом отпуста или трансфера на друга одељења садржи податке о:

- разлогу пријема,
- налазима,
- дијагнози,
- спроведеним процедурама,
- лековима и другим третманима,
- отпусној листи,
- здравственом стању пацијента приликом отпуста,
- лековима за даљу употребу са упутством за њихово коришћење,
- показатељима о томе да ли су циљеви лечења и жељени резултати постигнути или не.

Просторије и опрема

ЛП

Стандард

6.0

На располагању су одговарајуће просторије и опрема.

ЛП

Критеријум

6.1

Прилаз здравственој установи и организационим јединицама је приступачан.

- Постоји улаз за особе са инвалидитетом.
- Локација здравствене установе и улази у организационе јединице обележени су одговарајућим ознакама.

ЛП

Критеријум

6.2

Здравствена установа располаже одговарајућим просторијама за обављање делатности.

ЛП

Критеријум

6.3

Води се евиденција целокупне опреме, заједно са распоредом одржавања за сваки њен део.

ЛП

Критеријум

6.4

Евидентира се сва опрема коју треба баждарити и прецизира распоред баждарења.

Квалитет рада и безбедност пацијента

ЛП

Стандард

7.0

Прате се квалитет рада и безбедност пацијента.

ЛП

Критеријум

7.1

Сви запослени у организационој јединици су упознати са стратешким планом здравствене установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента је утврђен на основу стратешког плана.

ЛП

Критеријум

7.2

Организациона јединица има свој план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента.

ЛП

Критеријум

7.3

Планом унапређења квалитета рада и безбедности пацијента се утврђују области које би требало унапредити, активности које би требало предузети, као и резултати и поступак праћења истих.

ЛП

Критеријум

7.4

Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијента.

ЛП

Критеријум

7.5

У оквиру активности на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента, утврђују се и прате показатељи квалитета рада и безбедности пацијента.

– Утврђени су подаци које треба прикупљати за сваки од показатеља, као и методи који се користе за прикупљање ових података.

ЛП

Критеријум

7.6

Запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

– При одабиру запослених, разматра се природа активности на плану квалитета рада и безбедности пацијента, као и оптерећеност на радном месту.

– Све активности које се односе на квалитет и безбедност пацијента, укључујући и управљање ризиком су јасно одређене.

ЛП

Критеријум

7.7

*

Постоје јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

ЛП

Критеријум

7.8

*

Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку.

Поштују се права пацијента

ЛП

Стандард

8.0

Здравствене и друге услуге запослени у здравственој установи пружају поштујући права пацијената.

ЛП

Критеријум

8.1

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање
- доступност здравствене заштите
- информације
- обавештење
- слободан избор
- приватност и поверљивост информација
- самоодлучивање и пристанак
- увид у медицинску документацију
- тајност података
- права пацијента над којим се врши медицински оглед
- приговор
- накнаду штете
- сигурност и безбедност.

ЛП

Критеријум

8.2

Постоји поступак за пријем, разматрање и решавање примедби и жалби пацијента, на правилан начин и благовремено.

ЛП

Критеријум

8.3

Пацијент је укључен у поступак лечења, пружања неге и осталих услуга:

- поштовање опредељења и избора пацијента,
- информисање пацијента о могућностима лечења, пружања неге и осталих услуга,
- добијање сагласности од стране пацијента, у писаној форми.

ЛП

Критеријум

8.4

Поступци лечења, пружања неге и осталих услуга спроводе се у складу са поштовањем верских и културолошких опредељења пацијента.

2. (ОС) Операциона сала

Пријем

ОС

Стандард

1.0

Постоји утврђен поступак за пријем пацијената.

ОС

Критеријум

1.1

Тријажа се обавља приликом првог контакта, како би пацијенту биле пружене одговарајуће услуге.

ОС

Критеријум

1.2

Даје се предност оним пацијентима чије стање захтева неодложно лечење.

ОС

Критеријум

1.3

Постоје и примењују се писани протоколи и процедуре за пријем пацијента који обухватају:

- потврду идентитета пацијента,
- потврду и одређивање места хируршке интервенције,
- спровођење процедуре добијања сагласности пацијента на основу пружених информација (писана сагласност са потписом пацијента),
- уколико пацијент није у стању да да сагласност на основу добијених информација:
 - сагласност даје породица,
 - уколико није доступан ниједан члан породице, ординирајући лекар ту информацију бележи у историји болести,
 - уколико је пацијент свестан и оријентисан, лекар који ће га оперисати, као и анестезиолог, с њим разматрају процедуру која ће се спровести, као и могуће компликације, што се евидентира у историји болести.

ОС

Критеријум

1.4

Приликом уласка у операциону салу попуњава се контролна листа са подацима за сваког пацијента, што подразумева следеће:

- наруквицу за идентификацију пацијента,
- резултате лабораторијских и других прегледа, налазе се у историји болести пацијента,
- скидање накита и лака за нокте,
- скидање контактних сочива,
- скидање зубних и других протеза,
- nulla per os – провера да пацијент није узимао храну и течност,
- припрема оперативног поља (бријање, обележавање).

ОС

Критеријум

1.5

*

Постоји контролна листа која садржи минимум података које препоручује Светска здравствена организација.

ОС

Критеријум

1.6

У историји болести пацијента евидентира се да су пацијент и породица пацијента обавештени о хируршкој интервенцији.

Процена здравственог стања пацијента и план лечења

ОС

Стандард

2.0

Обавља се процена здравственог стања пацијента и припрема плана лечења.

ОС

Критеријум

2.1

Процењују се потребе пацијента у смислу вршења хируршке интервенције и исте се евидентирају.

ОС

Критеријум

2.2

Пацијенту и породици пацијента предочавају се ризици, користи, могуће компликације и друге могућности везане за интервенцију. Садржај разговора се евидентира у историји болести пацијента.

ОС

Критеријум

2.3

Лица одговарајућих квалификација врше преанестетичку процену и припрему пацијента.

ОС

Критеријум

2.4

План спровођења анестезије, евидентира се у историји болести пацијента.

ОС

Критеријум

2.5

План спровођења анестезије разматра се са пацијентом, односно породицом пацијента.

Спровођење лечења

ОС

Стандард

3.0

Лечење се спроводи у складу са планом лечења.

ОС

Критеријум

3.1

Извршена хируршка интервенција евидентирана је у историји болести пацијента и обухвата:

– постоперативну дијагнозу,

- опис хируршке интервенције, налазе и узете узорке ткива,
- име оператора, доктора специјалисте одређене хируршке гране, и сарадника.

ОС

Критеријум

3.2

Доктор специјалиста одређене хируршке гране сачињава и потписује извештај у предвиђеном временском року, како би се пацијенту пружила постоперативна нега.

ОС

Критеријум

3.3

Физиолошко стање пацијента прати се континуирано за време и непосредно након хируршке интервенције и евидентира у историји болести пацијента.

ОС

Критеријум

3.4

Процењује се спремност за трансфер пацијента на друга одељења и о томе води евиденција.

Лечење пацијената се спроводи од стране стручних лица

ОС

Стандард

4.0

Лечење спроводе лица одговарајућих квалификација.

ОС

Критеријум

4.1

За лечење пацијента задужена су лица одговарајуће квалификације.

- Имена лица задужених за лечење евидентирају се у историји болести пацијента.
- Током лечења може доћи до промене лица одговорног за лечење, што се евидентира.
- Запослени су упознати са тим ко је задужен за лечење пацијента.

ОС

Критеријум

4.2

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

- Квалификације се процењују приликом запошљавања и редовно проверавају.
- Квалификације се одређују у сарадњи с коморама здравствених радника.
- Квалификације се одређују за тип лечења који треба обавити, за сваку категорију запослених који учествују у пружању здравствене заштите.

ОС

Критеријум

4.3

Операционом салом руководи:

- начелник одељења хирургије
- начелник службе анестезиологије
- главна медицинска сестра или техничар са најмање 5 година радног искуства у операционој сали.

ОС

Критеријум

4.4

Постоје најмање 2,5 медицинске сестре, односно техничара по операционој сали.

ОС

Критеријум

4.5

Формирана је комисија која утврђује протоколе и процедуре који се односе на операционе сале.

ОС

Критеријум

4.6

Комисија за операционе сале се редовно састаје, води записник и предузима потребне активности.

Смернице, процедуре и протоколи лечења

ОС

Стандард

5.0

Лечење се спроводи према постојећим смерницама, процедурама и протоколима.

ОС

Критеријум

5.1

Постоје протоколи за:

- заказивање операција (дневна хирургија и операције лежећих пацијената),
- руковање узорцима,
- каутели асепсе,
- опште мере предострожности,
- терапија бола и седирање пацијента,
- документација операционе сале,
- врста интервенције,
- време уласка у салу и изласка из сале,
- имена присутних у операционој сали,
- употребљени инструменти,
- провера броја инструмената и материјала после операције,
- безбедност запослених,
- бележење, испитивање и извештавање о нежељеним догађајима.

ОС

Критеријум

5.2

Запослени су упознати са постојећим протоколима и процедурама, као и изменама истих.

ОС

Критеријум

5.3

*

Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима:

- адекватно складиштење и издавање лекова,
- безбедно руковање наркотицима,
- адекватна припрема и руковање интравенозним растворима,
- правилно руковање инфузионим пумпама.

ОС

Критеријум

5.4

Уведен је поступак периодичног оцењивања рада у операционој сали и његове усаглашености са постојећим процедурама.

ОС

Критеријум

5.5

Примењују се водичи добре клиничке праксе.

ОС

Критеријум

5.6

Основне делатности операционе сале подржавају мисију, визију и вредности здравствене установе.

- Постоје докази да се поштују: мисија, визија и вредности здравствене установе при планирању и пружању услуга,
- Приликом пружања услуга запослени поштују мисију, визију и вредности здравствене установе.

ОС

Критеријум

5.7

Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга.

ОС

Критеријум

5.8

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

ОС

Критеријум

5.9

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање
- доступност здравствене заштите
- информације
- обавештење
- слободан избор
- приватност и поверљивост информација
- самоодлучивање и пристанак
- увид у медицинску документацију
- тајност података
- права пацијента над којим се врши медицински оглед

- приговор
- накнаду штете
- сигурност и безбедност.

ОС

Критеријум

5.10

*

О нежељеним догађајима води се евиденција, испитују се и о њима се извештава.

Просторије и опрема

ОС

Стандард

6.0

Постоје адекватне просторије и опрема.

ОС

Критеријум

6.1

Улаз у операционе сале је ограничен и контролише се.

ОС

Критеријум

6.2

Кретање у операционим салама врши се у једном смеру.

ОС

Критеријум

6.3

На покретним колицима налази се сет опреме за реанимацију чији садржај свакодневно проверава лице одговарајуће квалификације. Сет опреме садржи:

- дефибрилатор (спреман за употребу),
- кардио – монитор (спреман за употребу),
- лекове који се примењују у ургентним стањима,
- тубусе свих величина,
- ларингоскоп са различитим шпатулама,
- резервне батерије и сијалице за ларингоскоп,
- даску за имобилизацију.

ОС

Критеријум

6.4

Просторије су безбедне и заштићене од ширења инфекције (све површине су глатке и непорозне, подови су антистатички, електрична кола су прописно уземљена, доток струје је сталан).

ОС

Критеријум

6.5

Постоје посебне јединице за дневну хирургију и за лежеће пацијенте.

ОС

Критеријум

6.6

Опрема се редовно проверава, баждари када је потребно и одржава:

– води се списак целокупне опреме, заједно са распоредом одржавања за сваки њен део,

– евидентира се сва опрема коју треба баждарити и прецизира се распоред баждарења.

ОС

Критеријум

6.7

Постоји евиденција свих лекова и санитетског материјала које служба наручи и потроши.

ОС

Критеријум

6.8

Опрема, санитетски и потрошни материјал чувају се на одговарајући начин.

ОС

Критеријум

6.9

Постоје одвојене свлачионице за мушкарце и жене.

Квалитет и безбедност пацијента

ОС

Стандард

7.0

Прате се квалитет рада и безбедност пацијента.

ОС

Критеријум

7.1

Сви запослени у операционој сали упознати су са стратешким планом здравствене установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента утврђен је на основу стратешког плана.

ОС

Критеријум

7.2

Операциона сала има свој план за унапређење квалитета рада и безбедност.

ОС

Критеријум

7.3

Планом се одређују области које би требало унапредити, активности које би требало предузети, као и резултати и поступак праћења.

ОС

Критеријум

7.4

Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијента.

ОС

Критеријум

7.5

У оквиру активности на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента, утврђују се и прате показатељи квалитета рада и безбедности пацијента.

– Утврђени су подаци које треба прикупљати за сваки од показатеља, као и методи који се користе за прикупљање ових података.

ОС

Критеријум

7.6

Запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

– При одабиру запослених који ће учествовати у овим активностима разматра се природа активности на плану унапређења квалитета рада и безбедности пацијента, као и радно оптерећење запослених.

– Све активности које се односе на квалитет и безбедност пацијента, укључујући и управљање ризиком су јасно одређене.

ОС

Критеријум

7.7

*

Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

ОС

Критеријум

7.8

*

Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку.

3. (ИН) Интензивно лечење и нега

Пријем

ИН

Стандард

1.0

Постоји утврђен поступак за пријем пацијената у организациону јединицу за интензивно лечење и негу.

ИН

Критеријум

1.1

Пријем у организациону јединицу за интензивно лечење и негу омогућен је 24 часа дневно.

ИН

Критеријум

1.2

Историја болести отвара се при пријему пацијента у организациону јединицу.

ИН

Критеријум

1.3

Постоје протоколи и процедуре за пријем пацијената, како из исте здравствене установе, тако и из других здравствених установа.

ИН

Критеријум

1.4

Постоје протоколи и процедуре за пријем педијатријских пацијената.

Процена здравственог стања пацијента и план лечења

ИН

Стандард

2.0

Процена здравственог стања пацијента је обављена и план лечења је утврђен.

ИН

Критеријум

2.1

Лечење је мултидисциплинарно уколико постоји потреба.

ИН

Критеријум

2.2

Лица одговарајуће квалификације врше процену потреба пацијента.

ИН

Критеријум

2.3

Потребе пацијента уносе се у историју болести пацијента.

ИН

Критеријум

2.4

Утврђује се план лечења.

ИН

Критеријум

2.5

План лечења се разматра са пацијентом, уколико је то могуће, као и са породицом.

Спровођење лечења

ИН

Стандард

3.0

Лечење се спроводи у складу са планом лечења.

ИН

Критеријум

3.1

Начин и ток лечења евидентирају се у историји болести пацијента.

– Лечење обухвата све пружене услуге, укључујући и дијагностичке и терапијске процедуре.

ИН

Критеријум

3.2

Потпис надлежног лекара обавезно се налази у историји болести пацијента.

ИН

Критеријум

3.3

План лечења се разматра и прилагођава потребама пацијента.

Лечење и негу спроводе лица одговарајуће квалификације

ИН

Стандард

4.0

Лечење и негу спроводе лица одговарајућих квалификација.

ИН

Критеријум

4.1

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

– Квалификације се процењују приликом запошљавања и редовно проверавају.

– Квалификације се одређују у сарадњи с коморама здравствених радника.

– Квалификације се одређују за тип лечења који треба обавити, за сваку категорију запослених који учествују у пружању здравствене заштите.

ИН

Критеријум

4.2

*

Организационом јединицом за интензивно лечење и негу руководи квалификовани лекар.

– Организационом јединицом за интензивно лечење и негу руководи квалификовани лекар из области интензивне неге.

– Коронарном јединицом руководи квалификовани кардиолог.

– Организационом јединицом интензивне неге неонатологије руководи квалификовани неонатолог.

ИН

Критеријум

4.3

У свакој смени ради одговорна медицинска сестра, односно техничар са одговарајућом квалификацијом и додатном обуком из области интензивне неге и са најмање три године искуства и рада на одељењу.

ИН

Критеријум

4.4

Медицинске сестре, односно техничари морају имати одговарајуће квалификације и додатну обуку из области интензивног лечења и неге.

ИН

Критеријум

4.5

Однос броја медицинских сестара, односно техничара одређује се према броју пацијената.

– Препоручује се однос 1:1, али су допуштена одступања у зависности од здравственог стања пацијента.

ИН

Критеријум

4.6

Одговарајући однос броја лекара и медицинских сестара, односно техничара у организационој јединици одређује се према инфлуксу и здравственом стању пацијената.

– Постоји и примењује се механизам којим се усклађује однос броја здравствених радника у односу на акутно стање пацијента.

ИН

Критеријум

4.7

Лекари специјалисти су на располагању организационим јединицама за интензивно лечење и негу 24 часа дневно.

– Специјалисти који раде у организационој јединици ургентне медицине, могу такође радити и у организационој јединици за интензивно лечење и негу .

ИН

Критеријум

4.8

Лекари на специјализацији могу радити у организационој јединици за интензивно лечење и негу само под надзором специјалисте интензивне неге.

ИН

Критеријум

4.9

Здравствени радници имају одговарајуће квалификације и стручно се усавршавају.

ИН

Критеријум

4.10

Редовно се обавља провера знања здравствених радника у смислу познавања процедура и употребе опреме. Врши се провера знања из следећег:

- мониторинга хемодинамских параметара,
- израчунавања доза лекова,
- кардиоконверзије, дефибрилације
- откривања аритмија и њихово лечење,
- пулсне оксиметрије,
- гасне анализе артеријске крви и анализе рутинских лабораторијских налаза,
- употребе опреме, након увођења нове опреме,
- праксе и процедуре за асепсу и антисепсу,
- процедуре за кардиопулмонарну реанимацију.

ИН

Критеријум

4.11

*

Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима:

- адекватно складиштење и издавање лекова,
- безбедно руковање наркотицима,
- адекватна припрема и руковање интравенозним растворима,
- правилно руковање инфузионим пумпама.

ИН

Критеријум

4.12

Формирана је комисија која утврђује протоколе и процедуре који се односе на организациону јединицу за интензивно лечење и негу .

ИН

Критеријум

4.13

Комисија се састаје редовно, води записнике са састанака и по потреби предузима одговарајуће активности.

Смернице, процедуре и протоколи пружања интензивног лечења и неге

ИН

Стандард

5.0

Пружање интензивног лечења и неге се обавља према постојећим смерницама, процедурама и протоколима.

ИН

Критеријум

5.1

Постоје протоколи за:

- пријем и отпуст пацијента,
- смернице за вођење историје болести пацијента,
- пружање неодложне медицинске помоћи (нпр. прекид срчане радње),
- контролу инфекција,
- процесе пријема, транспортовања и трансфера пацијента,
- евидентирање, испитивање и извештавање о нежељеним догађајима,
- безбедност запослених,
- однос броја здравствених радника према броју пацијената (нарочито за пацијенте на асистираним дисању 1:1),
- израчунавање доза лекова,
- трајне налоге,
- време за визиту.

ИН

Критеријум

5.2

Постоје установљени протоколи за уобичајена стања, која се јављају и решавају у организационој јединици за интензивно лечење и негу.

- Протоколи су засновани на прихваћеним водичима добре клиничке праксе.

ИН

Критеријум

5.3

Постоје протоколи за комуникацију са пацијентом, односно породицом пацијента.

ИН

Критеријум

5.4

Материјал за здравствену едукацију пацијента и породице је на располагању.

ИН

Критеријум

5.5

Основне делатности организационе јединице за интензивно лечење и негу подржавају мисију, визију и вредности здравствене установе.

– Постоје докази да се поштују: мисија, визија и вредности здравствене установе при планирању и пружању услуга.

– Приликом пружања услуга запослени поштују: мисију, визију и вредности здравствене установе.

ИН

Критеријум

5.6

Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга.

ИН

Критеријум

5.7

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

ИН

Критеријум

5.8

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање
- доступност здравствене заштите
- информације
- обавештење
- слободан избор
- приватност и поверљивост информација
- самоодлучивање и пристанак
- увид у медицинску документацију
- тајност података
- права пацијента над којим се врши медицински оглед
- приговор
- накнаду штете
- сигурност и безбедност.

ИН

Критеријум

5.9

*

Нежељени догађаји се евидентирају, испитују и о њима се извештава.

Просторије и опрема

ИН

Стандард

6.0

Организациона јединица за интензивно лечење и негу има адекватне просторије и опрему.

ИН

Критеријум

6.1

Приступ организационој јединици је контролисан и ограничен.

ИН

Критеријум

6.2

У организационој јединици су обезбеђени услови за спровођење централног мониторинга.

ИН

Критеријум

6.3

Сваки кревет је:

- лако приступачан за лечење и негу пацијента,
- у директном видокругу здравствених радника,
- опремљен системом за позивање и алармирање медицинске сестре, односно техничара у случају неодложне медицинске помоћи.

ИН

Критеријум

6.4

На покретним колицима налази се сет опреме за реанимацију чији садржај свакодневно проверава лице одговарајуће квалификације.

ИН

Критеријум

6.5

Приликом транспорта пацијента, поред покретних колица са сетом опреме за реанимацију, може да се користи и покретни кардио-монитор (дефибрилатор).

ИН

Критеријум

6.6

Организациона јединица има могућност 24-часовног обављања радиолошких прегледа, као и лабораторијских испитивања уз помоћ покретног анализатора.
– Уколико покретна радиолошка опрема није доступна, услуге се пружају у одговарајућем временском року, у близини организационе јединице за интензивно лечење и негу.

ИН

Критеријум

6.7

Постоји адекватан санитарни чвор за прање руку.

ИН

Критеријум

6.8

У оквиру саме организационе јединице постоји могућност формирања адекватног простора за изолацију.

ИН

Критеријум

6.9

Опрема се редовно проверава и одржава:

– води се и ажурира списак целокупне опреме, заједно са распоредом одржавања за сваки њен део,

– бележи се сва опрема коју треба баждарити и прецизира распоред баждарења.

ИН

Критеријум

6.10

Опрема, санитарски и потрошни материјал чувају се на одговарајући начин.

ИН

Критеријум

6.11

Постоји евиденција свих лекова и санитарског материјала које организациона јединица наручи и потроши.

ИН

Критеријум

6.12

Постоји просторија за одлагање прљавог материјала и простор за доставу чистог материјала.

Отпуст пацијента

ИН

Стандард

7.0

Постоји јасно утврђен поступак за отпуст пацијента из организационе јединице за интензивно лечење и негу.

ИН

Критеријум

7.1

Постоје протоколи и процедуре за трансфер пацијента на друга одељења у здравственој установи или друге здравствене установе.

ИН

Критеријум

7.2

Процењује се спремност за отпуштање или трансфер пацијента на друга одељења и о томе води евиденција.

ИН

Критеријум

7.3

Приликом трансфера пацијента издаје се отпусна листа (извештај о трансферу) из организационе јединице за интензивно лечење и негу.

– Подаци о трансферу се евидентирају у историји болести пацијента.

ИН

Критеријум

7.4

Пацијент, односно породица пацијента обавештавају се о отпусту пацијента, као и о свим датим препорукама.

ИН

Критеријум

7.5

Постоје процедуре за палијативно збрињавање пацијента.

Квалитет рада и безбедност пацијента

ИН

Стандард

8.0

У организационој јединици за интензивно лечење и негу прате се квалитет и безбедност пацијента.

ИН

Критеријум

8.1

Сви запослени у организационој јединици су упознати са стратешким планом здравствене установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента је утврђен на основу стратешког плана.

ИН

Критеријум

8.2

Организациона јединица за интензивно лечење и негу има свој план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента.

ИН

Критеријум

8.3

Планом унапређења квалитета рада и безбедности пацијента одређују се области које би требало унапредити, активности које би требало предузети, као и резултати и праћење истих.

ИН

Критеријум

8.4

Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијента.

ИН

Критеријум

8.5

У оквиру активности на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента, утврђују се и прате показатељи квалитета рада и безбедности пацијента.

– Утврђени су подаци које треба прикупљати за сваки од показатеља, као и методи који се користе за прикупљање ових података.

ИН

Критеријум

8.6

Запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

– При одабиру запослених који ће учествовати у овим активностима, разматра се природа активности на плану унапређења квалитета рада и безбедности пацијента.

– Све активности које се односе на квалитет и безбедност пацијента, укључујући и управљање ризиком јасно су одређене.

ИН

Критеријум

8.7

*

Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедура за спречавање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

ИН

Критеријум

8.8

*

Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку.

4. (УМ) Пријем и збрињавање ургентних стања

Пријем

УМ

Стандард

1.0

Постоји утврђен поступак пријема пацијента у организациону јединицу за пријем и збрињавање ургентних стања.

УМ

Критеријум

1.1

Пријемна амбуланта организационе јединице за пријем и збрињавање ургентних стања врши пријем пацијената 24 часа дневно.

УМ

Критеријум

1.2

Пацијент се по пријему евидентира у протокол пацијената или књигу евиденције.
– Историја болести пацијента отвара се по пријему.

УМ

Критеријум

1.3

Примењује се процедура за тријажу пацијената.

УМ

Критеријум

1.4

Тријажу пацијената врше запослени који поседују одговарајуће квалификације.

УМ

Критеријум

1.5

Резултати тријаже се уносе у протокол или историју болести пацијента.

Процена здравственог стања пацијента и план лечења

УМ

Стандард

2.0

Обавља се процена потреба пацијента и припрема се план лечења.

УМ

Критеријум

2.1

Лечење је мултидисциплинарно уколико постоји потреба.

УМ

Критеријум

2.2

Процену потреба пацијента врше запослени одговарајућих квалификација.

УМ

Критеријум

2.3

Потребе пацијента уносе се у историју болести пацијента.

УМ

Критеријум

2.4

Утврђује се план лечења.

УМ

Критеријум

2.5

План лечења се разматра са пацијентом (уколико је то могуће), као и са породицом пацијента.

Спровођење лечења

УМ

Стандард

3.0

Лечење се спроводи у складу са планом лечења.

УМ

Критеријум

3.1

Начин и ток лечења евидентирају се у историји болести или протоколу пацијента.

УМ

Критеријум

3.2

Потпис надлежног лекара обавезно се налази у историји болести пацијента.

УМ

Критеријум

3.3

*

Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима:

- адекватно складиштење и издавање лекова,
- безбедно руковање наркотицима,
- адекватна припрема и руковање интравенозним растворима,
- правилно руковање инфузионим пумпама.

Лечење и негу спроводе лица одговарајућих квалификација

УМ

Стандард

4.0

Лечење и негу спроводе лица одговарајуће квалификације.

УМ

Критеријум

4.1

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

– Квалификације се процењују приликом запошљавања и редовно проверавају.

– Квалификације се одређују у сарадњи с коморама здравствених радника.

– Квалификације се одређују за тип лечења који треба обавити, за сваку категорију запослених који учествују у пружању здравствене заштите.

УМ

Критеријум

4.2

Организационом јединицом за пријем и збрињавање ургентних стања руководи лекар специјализован у области ургентне медицине.

УМ

Критеријум

4.3

Организациона јединица за пријем и збрињавање ургентних стања има квалификовану главну медицинску сестру, односно техничара са одговарајућим искуством у области ургентне медицине.

УМ

Критеријум

4.4

Медицинске сестре, односно техничари морају да имају одговарајућу квалификацију и додатну обуку из области ургентне медицине.

УМ

Критеријум

4.5

Одговарајући однос између броја лекара и броја медицинских сестара, односно техничара омогућава пружање услуга већем броју пацијената.

УМ

Критеријум

4.6

Запослени у служби похађају обуку из кардиопулмоналне реанимације и употребе дефибрилатора сваких шест месеци.

– 30% запослених сваке године похађа обуку из области ургентне медицине.

УМ

Критеријум

4.7

Услуге пратећих служби (лабораторије, радиолошке дијагностике и других) на располагању су 24 часа дневно.

УМ

Критеријум

4.8

Постоји систем за обезбеђење запослених.

– Обезбеђење је стално на дужности, било да је присутно у оквиру службе ургентне медицине или је у приправности.

– Постоје аларм и системи обезбеђења.

УМ

Критеријум

4.9

Формирана је комисија која одређује протоколе и процедуре рада организационе јединице за пријем и збрињавање ургентних стања.

УМ

Критеријум

4.10

Комисија се састаје редовно, води записник са састанака и по потреби предузима одговарајуће мере.

Смернице, процедуре и протоколи

УМ

Стандард

5.0

Лечење у служби за пријем и збрињавање ургентних стања обавља се према постојећим смерницама, процедурама и протоколима.

УМ

Критеријум

5.1

Постоје процедуре за:

– обављање тријаже,

– збрињавање пацијената оболелих од заразних болести (деконтаминација након третмана пацијената оболелих од заразних болести),

– поштовање достојанства и чување поверљивих информација о пацијенту,

– пружање хитне медицинске помоћи деци,

– преглед и расположивост резултата пратећих служби,

– издавање резултата анализе крви и урина у року од једног часа,

– издавање резултата дијагностичких снимања у предвиђеном временском року,

– вођење евиденције, испитивање и извештавање о нежељеним догађајима.

УМ

Критеријум

5.2

Постоје утврђени протоколи за уобичајена стања у служби за пријем и збрињавање ургентних стања.

– Протоколи су засновани на прихваћеним водичима добре клиничке праксе.

УМ

Критеријум

5.3

Постоје процедуре за комуникацију са пацијентом, односно породицом пацијента.

УМ

Критеријум

5.4

Постоје процедуре за комуникацију међу запосленима.

УМ

Критеријум

5.5

Основне делатности организационе јединице за пријем и збрињавање ургентних стања подржавају мисију, визију и вредности у здравствене установе.

– Постоје докази да се поштују: мисија, визија и вредности здравствене установе при планирању и пружању услуга.

– Приликом пружања услуга запослени поштују мисију, визију и вредности здравствене установе.

УМ

Критеријум

5.6

Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга.

УМ

Критеријум

5.7

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

УМ

Критеријум

5.8

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање
- доступност здравствене заштите
- информације
- обавештење
- слободан избор
- приватност и поверљивост информација
- самоодлучивање и пристанак
- увид у медицинску документацију
- тајност података
- права пацијента над којим се врши медицински оглед
- приговор
- накнаду штете
- сигурност и безбедност.

УМ

Критеријум

5.9

*

О нежељеним догађајима се води евиденција, испитују се и о њима се извештава.

УМ

Критеријум

5.10

Материјал за едукацију пацијената је доступан (за стања као што су: астма, нега имобилисаних делова тела, повреде главе, гастроентеритис и друго).

Просторије и опрема

УМ

Стандард

6.0

Организациона јединица за пријем и збрињавање ургентних стања располаже одговарајућим просторијама и опремом.

УМ

Критеријум

6.1

Организациона јединица за пријем и збрињавање ургентних стања има засебан наткривен улаз.

УМ

Критеријум

6.2

Прилаз организационој јединици за пријем и збрињавање ургентних стања је приступачан.

– Постоји улаз за особе са инвалидитетом.

– Локација и улази у организациону јединицу за пријем и збрињавање ургентних стања обележени су одговарајућим ознакама.

УМ

Критеријум

6.3

Контролише се улаз у организациону јединицу за пријем и збрињавање ургентних стања.

УМ

Критеријум

6.4

Простор око сваког болесничког кревета омогућава ефикасно лечење, као и лак приступ опреми и средствима.

УМ

Критеријум

6.5

Сваки кревет је опремљен системом за позивање или алармирање медицинске сестре, односно техничара.

УМ

Критеријум

6.6

Електричне утичнице су јасно означене.

УМ

Критеријум

6.7

Организациона јединица за пријем и збрињавање ургентних стања располаже просторијом која се у случају потребе може користити за изолацију пацијената.

УМ

Критеријум

6.8

Организациона јединица за пријем и збрињавање ургентних стања има сву неопходну опрему:

- адекватно опремљен сет за реанимацију,
- покретне кардио-мониторе.

УМ

Критеријум

6.9

Опрема се редовно проверава и одржава.

- Води се списак целокупне опреме заједно са распоредом одржавања за сваки њен део.
- Евидентира се сва опрема коју треба баждарити и прецизира се распоред баждарења.

УМ

Критеријум

6.10

Постоји одговарајућа просторија за складиштење опреме и материјала.

УМ

Критеријум

6.11

Постоји просторија за одлагање прљавог материјала и просторија за доставу и држање чистог материјала.

УМ

Критеријум

6.12

Списак антидота (противотрова) изложен је на видном месту.

Отпуст пацијената

УМ

Стандард

7.0

Постоји поступак за отпуст пацијента из организационе јединице за пријем и збрињавање ургентних стања.

УМ

Критеријум

7.1

Постоје протоколи и процедуре за трансфер пацијента на друга одељења у здравственој установи или у друге здравствене установе.

УМ

Критеријум

7.2

Постоје протоколи и процедуре за трансфер пацијента у организациону јединицу за интензивно лечење и негу.

УМ

Критеријум

7.3

Приликом трансфера пацијента на друго одељење доставља се и писмени извештај лекара из организационе јединице за пријем и збрињавање ургентних стања.

УМ

Критеријум

7.4

Пацијент, приликом отпуста, добија писана упутства за даље лечење, што се евидентира у историји болести или протоколу пацијената.

УМ

Критеријум

7.5

Приликом отпуста, пацијент или његова породица добијају едукативни материјал.

УМ

Критеријум

7.6

Постоје протоколи и процедуре за случај смртог исхода.

УМ

Критеријум

7.7

Постоје процедуре за палијативно збрињавање пацијента.

Квалитет рада и безбедност пацијента

УМ

Стандард

8.0

У организационој јединици за пријем и збрињавање ургентних стања се прати квалитет и безбедност пацијента.

УМ

Критеријум

8.1

Сви запослени у организационој јединици су упознати са стратешким планом здравствене установе, а план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента је утврђен на основу стратешког плана.

УМ

Критеријум

8.2

Организациона јединица за пријем и збрињавање ургентних стања има свој план унапређења квалитета рада и безбедности пацијента.

УМ

Критеријум

8.3

Планом унапређења квалитета рада и безбедности пацијента утврђују се области које треба унапредити, активности које треба предузети, као и резултати и поступак праћења истих.

УМ

Критеријум

8.4

Запослени су упознати са активностима у вези са унапређењем квалитета рада и безбедности пацијента.

УМ

Критеријум

8.5

У оквиру активности на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента, утврђују се и прате показатељи квалитета рада и безбедности пацијента.

– Утврђени су подаци које треба прикупљати за сваки од показатеља, као и методи који се користе за прикупљање ових података.

УМ

Критеријум

8.6

Запослени на одговарајући начин учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

– При избору запослених, разматрају се активности на плану унапређења квалитета рада и безбедности пацијента, као и оптерећеност на радном месту.

– Све активности које се односе на квалитет и безбедност пацијента, укључујући и управљање ризиком јасно су одређене.

УМ

Критеријум

8.7

*

Постоје јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

УМ

Критеријум

8.8

*

Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку.

5. (РД) Радиолошка дијагностика

РД

Стандард

1.0

Основне делатности радиолошке дијагностике су јасно дефинисане.

РД

Критеријум

1.1

Постоји документовани опис основних делатности.

Делатности укључују:

– рутинску и специјалну радиографију,

– рутинску и специјалну флуороскопију,

– интервентну радиологију, васкуларну и невакуларну, као и интервентни ултразвук,

– DEXA,

– ултразвук,

– мамографију,

- ангиографију,
- снимање магнетном резонанцом, дијагностичко и интервентно,
- компјутеризовану томографију, дијагностичку и интервентну.

РД

Критеријум

1.2

Радиолошка дијагностика ради у складу са стандардима професионалне праксе.

- Стандарди професионалне праксе су инкорпорирани у активности организационе јединице, прегледани и ревидирани по потреби.

РД

Критеријум

1.3

Основне делатности организационе јединице у складу су са мисијом, визијом и вредностима здравствене установе.

- Постоји доказ да организациона јединица поступа у складу са мисијом, визијом и вредностима здравствене установе при планирању и пружању услуга.
- Запослени у организационој јединици су упознати са мисијом, визијом и вредностима здравствене установе и поступају у складу са тим.

РД

Критеријум

1.4

Организациона јединица доноси годишњи план рада.

- План је базиран на стратешком и годишњем оперативном плану здравствене установе.
- Планом су предвиђене:
 - врста услуге,
 - начин обављања основних делатности организационе јединице и
 - мерљиви и остварљиви циљеви.
- Спровођење плана редовно се прати.

РД

Стандард

2.0

Пацијенту се пружају услуге радиолошке дијагностике

РД

Критеријум

2.1

Запослени у организационој јединици учествују у планирању мултидисциплинарног приступа при пружању услуга пацијенту.

РД

Критеријум

2.2

План дијагностичких процедура и лечење пацијената су засновани на потребама пацијента.

РД

Критеријум

2.3

Запослени редовно ревидирају своју улогу у мултидисциплинарном плану лечења.

РД

Критеријум

2.4

Запослени учествују у отпусту, трансферу, даљем праћењу пацијента, уколико је то потребно.

РД

Критеријум

2.5

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање
- доступност здравствене заштите
- информације
- обавештење
- слободан избор
- приватност и поверљивост информација
- самоодлучивање и пристанак
- увид у медицинску документацију
- тајност података
- права пацијента над којим се врши медицински оглед
- приговор
- накнаду штете
- сигурност и безбедност.

РД

Критеријум

2.6

*

Нежељени догађаји се бележе, пријављују и испитују.

РД

Стандард

3.0

Услуге радиолошке дијагностике пружају лица одговарајуће квалификације.

РД

Критеријум

3.1

Постоји план запослених у организационој јединици.

РД

Критеријум

3.2

Постоји опис послова за сва радна места у организационој јединици:

- заснован на Правилнику о унутрашњој организацији и систематизацији радних места у здравственој установи,
- редовно се разматра и усаглашава у складу са потребама.

РД

Критеријум

3.3

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

- Квалификације се процењују приликом запошљавања и редовно проверавају.
- Квалификације се одређују у сарадњи с коморама здравствених радника.
- Квалификације се одређују за тип лечења који треба обавити, за сваку категорију запослених који учествују у пружању здравствене заштите.

РД

Критеријум

3.4

Запослени су упознати са задацима и циљевима рада.

РД

Критеријум

3.5

Постоји руководилац организационе јединице који има одговарајуће квалификације за то радно место, способан за професионалне, саветодавне, организационе, административне и научне одговорности у организационој јединици.

- Руководилац (начелник) организационе јединице је лекар са лиценцом за рад у радиолошкој дијагностици и потребним радним искуством.

РД

Критеријум

3.6

Сваком организационом јединицом у оквиру радиолошке дијагностике руководи лице одговарајућих квалификација.

РД

Критеријум

3.7

Део тима за пружање услуга радиолошке дијагностике је квалификовани радиолошки техничар.

РД

Критеријум

3.8

Учинак свих запослених се процењује.

- Процена је заснована на основу задужења и циљева рада.
- Процене указују на потребна унапређења учинка.
- Процене се спроводе по утврђеном плану.

РД

Критеријум

3.9

Постоји план стручног усавршавања, односно континуиране едукације:

- прати се спровођење плана,
- организациона јединица процењује резултате стручног усавршавања, односно континуиране едукације и осталих активности.

РД

Критеријум

3.10

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

РД

Критеријум

3.11

Постоје начини и механизми за комуникацију, решавање проблема унутар организационе јединице, са другим организационим јединицама у оквиру здравствене установе, као и са пацијентима, односно њиховим породицама.

РД

Стандард

4.0

Постоје водичи, упутства, протоколи и процедуре за пружање услуга у оквиру радиолошке дијагностике.

РД

Критеријум

4.1*

Водичи, упутства, протоколи и процедуре односе се на следеће:

- организацију и управљање организационом јединицом,
- унапређење квалитета,
- управљање ризиком,
- преглед коришћења и искоришћености ресурса,
- приступ организационој јединици,
- радно време (време пружања услуга),
- контрола рада запослених,
- активности организационе јединице приликом пружања услуга радиолошке дијагностике,
- сарадња организационе јединице са пацијентом и његовом породицом,
- рутинска дијагностичка снимања,
- терапијске и интервенцијске услуге,
- контрола квалитета радиографије – уређаја и рада на уређају,
- налози лекара за испитивање и лечење,
- припрема пацијента за испитивање, односно снимање и лечење,
- листе за пацијенте,
- испитивања спроведена изван организационе јединице,
- примена контрастних средстава од стране адекватног особља,
- услуга за пацијенте са инвалидитетом,
- пријем хитних случајева, нпр. нежељена реакција на контраст,
- комуникација радиолога и ординирајућег лекара у тумачењу резултата прегледа,
- вођење медицинске документације: архивирање података, дупли специјалистички извештаји, регистар компликација (нежељених исхода прегледа),
- заказивање пацијената,
- поштовање етичког кодекса и решавање етичких питања,
- контрола докумената и евиденције,
- услуга организационе јединице,
- баждарење и одржавање опреме,
- превентивно сервисирање опреме,

- безбедност,
- безбедност пацијента,
- безбедно руковање опремом,
- безбедност и менаџмент информационих система за радна места на којима се ради са ризичним материјама,
- контрола електричних, механичких и ризика од радијације,
- заштита од радијације,
- извештавање о инцидентима,
- контрола инфекције.

РД

Критеријум

4.2

Водичи, упутства, протоколи и процедуре су усвојени и редовно се ревидирају и модификују и запослени су упознати са њима.

РД

Стандард

5.0

Радиолошка дијагностика располаже одговарајућим простором.

РД

Критеријум

5.1

Просторије организационе јединице испуњавају услове за пружање услуга.

Просторије испуњавају захтеве за пружање услуга радиолошке дијагностике и обухватају:

- лако доступну локацију (омогућен приступ лицима са инвалидитетом),
- заштиту од неовлашћеног приступа,
- чекаоницу за пацијенте,
- оловне зидове, врата и контролне кабине,
- простор за пресвлачење пацијената,
- приступ тоалетима,
- развијање филмова, односно замрачена соба са издувним вентилатором,
- простор за одлагање отпадних хемикалија.

РД

Критеријум

5.2

Постоји дефинисан поступак за периодичну процену стања просторија и усклађеност са потребама организационе јединице за дијагностичку радиологију.

- Проценом ће се утврдити недостаци и планови за отклањање истих.

РД

Стандард

6.0

Опрема испуњава све захтеве за пружање услуга радиолошке дијагностике.

РД

Критеријум

6.1

Постоји листа опреме која се налази у организационој јединици.

– Постоји опрема која испуњава минимум стандарда (старост, техничка исправност), неопходна за функционисање организационе јединице.

РД

Критеријум

6.2

Постоји листа опреме са распоредом одржавања односно замене.

РД

Критеријум

6.3

У организационој јединици се редовно проверава и процењује стање опреме.

– Сва опрема која захтева баждарење је евидентирана и распоред баждарења је одређен.

РД

Стандард

7.0

Информациони систем је у функцији ефикасног пружања услуга радиолошке дијагностике.

РД

Критеријум

7.1

Информациони системи као подршка пружању услуга обухватају:

- упутства,
- систем за унос и обраду података,
- систем извештавања,
- систем финансијског извештавања,
- систем праћења извршења,
- систем управљања квалитетом,
- систем спољне контроле.

РД

Критеријум

7.2

Рад информационих система редовно се разматра и по потреби мења у складу са захтевима организационе јединице.

РД

Критеријум

7.3

Приступ подацима из информационог система имају само овлашћена лица.

РД

Критеријум

7.4

Подаци се чувају на одговарајући начин и на безбедном месту.

РД

Стандард

8.0

Организациона јединица радиолошке дијагностике прати квалитет рада и безбедност пацијента.

РД

Критеријум

8.1

Организациона јединица има план за стално унапређење квалитета рада и безбедности пацијента. Планом се:

– идентификују области за унапређење квалитета, мере које треба предузети и циљеви које треба остварити.

РД

Критеријум

8.2

Постоји поступак за праћење реализације плана за унапређење квалитета рада и безбедност пацијента.

РД

Критеријум

8.3

Утврђени су показатељи квалитета рада и безбедности пацијента и прате се као део активности на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

РД

Критеријум

8.4

Запослени су упознати са активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

РД

Критеријум

8.5

Запослени учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

– Именована су лица задужена за одређене активности на плану унапређења квалитета.

– Утврђени су подаци који ће се прикупљати за показатеље, као и које ће се методе користити при прикупљању и анализи тих података.

– Запослени добијају одговарајућу континуирану обуку у погледу показатеља квалитета за процену и мерење унапређења квалитета рада и безбедност пацијента.

РД

Критеријум

8.6

Задовољство запослених се прати и предузимају активности како би се степен задовољства повећао.

6. (ЛАБ) Лабораторијска дијагностика (Лабораторија)

ЛАБ

Стандард

1.0

Основне делатности лабораторијске дијагностике су јасно дефинисане.

ЛАБ

Критеријум

1.1

Постоји опис основних делатности организационе јединице лабораторијске дијагностике који се односи на:

- медицинску биохемију, односно клиничку биохемију,
- јасно дефинисане организационе целине унутар основне организационе јединице (нпр. биохемија, хематологија, хемостаза, анализа урина и сл.),
- основне делатности организационе јединице лабораторијске дијагностике су представљене организационом шемом.

ЛАБ

Критеријум

1.2

Процес рада организационе јединице лабораторијске дијагностике одвија се према принципима и водичима добре лабораторијске праксе (ДЛП).

ЛАБ

Критеријум

1.3

Основне делатности организационе јединице лабораторијске дијагностике подржавају мисију, визију и вредности здравствене установе.

- Постоје докази да лабораторија поштује мисију, визију и вредности здравствене установе при планирању и пружању услуга.
- Приликом пружања услуга, запослени у организационој јединици лабораторијске делатности поштују мисију, визију и вредности здравствене установе.

ЛАБ

Критеријум

1.4

Организациона јединица лабораторијске дијагностике има годишњи оперативни план.

- План је заснован на стратешком и годишњем оперативном плану здравствене установе.
- План описује:
- обим и врсту лабораторијских услуга,
- начин обављања основних делатности организационе јединице лабораторијске дијагностике и
- мерљиве и остварљиве циљеве.
- Спровођење плана редовно се прати.

ЛАБ

Стандард

2.0

Пацијенту се пружају услуге лабораторијске дијагностике.

ЛАБ

Критеријум

2.1

Потребе пацијената за лабораторијским услугама представљају део мултидисциплинарног плана лечења.

- Запослени у организационој јединици лабораторијске дијагностике пружају одговарајуће информације добијене на основу лабораторијских резултата неопходних за превенцију, дијагнозу и лечење или процењивање здравља људи.

ЛАБ

Критеријум

2.2

Запослени у организационој јединици лабораторијске дијагностике учествују у мултидисциплинарном лечењу пацијента.

ЛАБ

Критеријум

2.3

Запослени редовно ревидирају своју улогу у мултидисциплинарном плану лечења.

ЛАБ

Критеријум

2.4

Запослени учествују у даљем праћењу пацијента, уколико је то потребно.

ЛАБ

Критеријум

2.5

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање,
- доступност здравствене заштите
- информације
- обавештење
- слободан избор
- приватност и поверљивост информација
- самоодлучивање и пристанак
- увид у медицинску документацију
- тајност података
- права пацијента над којим се врши медицински оглед
- приговор
- накнаду штете сигурност и безбедност.

ЛАБ

Критеријум

2.6

*

Нежељени догађаји се бележе, пријављују и испитују.

ЛАБ

Стандард

3.0

Лабораторијске услуге пружају лица одговарајућих квалификација.

ЛАБ

Критеријум

3.1

Организациона јединица лабораторијске дијагностике поседује адекватне људске ресурсе.

ЛАБ

Критеријум

3.2

Постоји опис послова за сва радна места у организационој јединици лабораторијске дијагностике:

- заснован на Правилнику о унутрашњој организацији и систематизацији радних места у здравственој установи,
- редовно се разматра и усаглашава у складу са потребама.

ЛАБ

Критеријум

3.3

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

- Квалификације се процењују приликом запошљавања и редовно проверавају.
- Квалификације се одређују у сарадњи с коморама здравствених радника.
- Квалификације се одређују за тип лечења који треба обавити, за сваку категорију запослених који учествују у пружању здравствене заштите.

ЛАБ

Критеријум

3.4

Запослени су упознати са задацима и циљевима рада.

ЛАБ

Критеријум

3.5

Постоји руководилац организационе јединице лабораторијске дијагностике који има одговарајуће квалификације за то радно место:

- способан за професионалне, саветодавне, организационе, административне и научне одговорности у организационој јединици,
- поседује одговарајуће квалификације и лиценцу, као и потребно радно искуство.

ЛАБ

Критеријум

3.6

Сваком нижом организационом јединицом у оквиру лабораторијске дијагностике руководи лице одговарајућих квалификација.

ЛАБ

Критеријум

3.7

Учинак свих запослених се процењује.

- Процена је заснована на основу захтева и циљева рада.
- Процена указује на потребна унапређења учинка.
- Процене се спроводе по утврђеном плану.

ЛАБ

Критеријум

3.8

Постоји план стручног усавршавања, односно континуиране едукације.

- Прати се спровођење плана.
- Организациона јединица процењује резултате стручног усавршавања, односно континуиране едукације и осталих активности.

ЛАБ

Критеријум

3.9

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

ЛАБ

Критеријум

3.10

Постоје начини и механизми за комуникацију, решавање проблема унутар организационе јединице лабораторијске дијагностике, са другим организационим јединицама у оквиру здравствене установе, као и са пацијентима, односно њиховим породицама.

ЛАБ

Стандард

4.0

Постоје процедуре и упутства за пружање услуга у оквиру лабораторијске дијагностике .

ЛАБ

Критеријум

4.1*

Процедуре и упутства односе се на:

Организацију и управљање организационом јединицом лабораторијске дијагностике :

- унапређење квалитета,
- управљање ризиком,
- преглед коришћења и искоришћености ресурса,
- приступ организационој јединици,
- радно време (време пружања услуга),
- контрола рада запослених.

Активности организационе јединице лабораторијске дијагностике приликом пружања лабораторијских услуга:

- сакупљање, обележавање и транспорт примарних узорака (до фазе испитивања)*4,
- извођење испитивања према захтеву,
- извештавање и чување резултата испитивања**5,
- хитно извештавање о критичним или алармантним вредностима лабораторијских налаза,
- усмено саопштавање и примање резултата анализе***6,
- спровођење научног истраживања у организационој јединици лабораторијске дијагностике, укључујући било коју врсту истраживања и програма развоја.

Поштовање етичког кодекса и решавање етичких питања:

- чување поверљивости лабораторијских налаза.

Контролу докумената и евиденцију:

- подаци о еталонирању опреме,
- архивирање лабораторијских налаза,
- контролисан приступ подацима.

Безбедност:

- безбедно руковање и чување узорака, укључујући и коришћење адекватне опреме и одеће,
- безбедан транспорт узорака у другу лабораторију,
- спречавање и ограничавање утицаја штетних инцидентата,
- деконтаминација лабораторијске опреме и инфективног материјала,
- деконтаминација и одлагање игли, шприцева, ланцете и других оштрих инструмената,
- безбедно складиштење, обележавање, руковање и одлагање опасног материјала.

ЛАБ

Критеријум

4.2

Процедуре и упутства су усвојени и редовно се ревидирају и модификују а запослени су упознати са њима.

ЛАБ

Стандард

5.0

Организациона јединица лабораторијске дијагностике располаже одговарајућим простором.

ЛАБ

Критеријум

5.1

Просторије организационе јединице лабораторијске дијагностике испуњавају услове за пружање услуга.

- Просторије се налазе на одговарајућим местима и функционалне су.
- Распоред просторија омогућава добру комуникацију међу запосленима као и са корисницима услуга.
- Простор је пројектован тако да омогућава:
 - ефикасан рад,
 - удобност лицима који бораве у њему,
 - смањење ризика од повреда и професионалних обољења.
- Простор за сакупљање примарног узорка прилагођен је особама са инвалидитетом и омогућава њихову приватност.
- У организационој јединици лабораторијске дијагностике постоје одговарајуће и адекватно обележене просторије за пријем, отпремање и руковање узорцима, укључујући и простор за високоризичне узорке.
- Постоје одговарајуће просторије за складиштење узорака, реагенаса, лабораторијског потрошног материјала, опреме и документације, укључујући и одвојен простор за чување високоризичних узорака који су адекватно обележени.
- Простори организационе јединице лабораторијске дијагностике у којима се одвијају некомпатибилне активности су одвојени.
- Врши се контрола температуре, стерилности, влажности, буке, вибрација, електричног напајања.

ЛАБ

Критеријум

5.2

Постоји дефинисан поступак за периодичну процену стања просторије и усклађености са потребама организационе јединице.

– Процена ће утврдити недостатке и мере за отклањање истих.

ЛАБ

Стандард

6.0

Опрема испуњава све захтеве за пружање услуга у лабораторијској дијагностици.

ЛАБ

Критеријум

6.1

Организациона јединица лабораторијске дијагностике поседује сву потребну опрему за пружање услуга.

– Опрема је адекватно и на одговарајућем месту инсталирана.

– Опрема је обележена етикетом или на неки други начин идентификована.

ЛАБ

Критеријум

6.2

Води се списак целокупне опреме заједно са распоредом одржавања за сваки део опреме.

– Организациона јединица лабораторијске дијагностике следи препоруке произвођача када је у питању програм одржавања опреме.

– Организациона јединица лабораторијске дијагностике поседује копије извештаја, односно сертификата о извршеном еталонирању или верификацији опреме.

ЛАБ

Критеријум

6.3

Здравствена установа безбедно рукује опремом, материјалом и уређајима.

– здравствена установа располаже опремом, материјалом и медицинским уређајима тако што:

– планира набавку нове и савремене опреме,

– редовно и превентивно је одржава и о томе води евиденцију,

– врши еталонирање по потреби.

– Опремом се рукује у складу са упутством произвођача за рад са опремом и врши се обука запослених за безбедно руковање опремом. (Постоје посебни програми, а свака спроведена обука се евидентира.)

ЛАБ

Стандард

7.0

Информациони систем је у функцији ефикасног пружања услуга лабораторијске дијагностике.

ЛАБ

Критеријум

7.1

Информациони системи као подршка пружању услуга обухватају:

– систематизована упутства,

– систем за унос и обраду података,

- систем извештавања,
- систем финансијског извештавања,
- систем праћења извршења,
- систем управљања квалитетом,
- систем спољне контроле.

ЛАБ

Критеријум

7.2

Рад информационих система се редовно разматра и по потреби мења у складу са захтевима организационе јединице.

ЛАБ

Критеријум

7.3

Приступ подацима из информационог система имају само овлашћена лица.

ЛАБ

Критеријум

7.4

Подаци се чувају на одговарајући начин и на безбедном месту.

ЛАБ

Стандард

8.0

Организациона јединица лабораторијске дијагностике прати квалитет рада и безбедност пацијента.

ЛАБ

Критеријум

8.1

Организациона јединица лабораторијске дијагностике има план за стално унапређење квалитета рада и безбедност пацијента. Планом се идентификују:

- области за унапређење квалитета, мере које треба предузети и циљеви које треба остварити,
- систем спречавања настанка грешака при чувању, издавању и руковању реагенсима,
- процедуре контроле квалитета.

ЛАБ

Критеријум

8.2

Постоји процес за праћење реализације плана за унапређење квалитета рада и безбедност пацијента.

ЛАБ

Критеријум

8.3

Утврђени су показатељи квалитета рада и безбедности пацијента и прате се као део активности на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента. Укључују следеће:

- време потребно за добијање резултата (Turnaround time),
- учесталост изгубљених резултата,

– лабораторијски извештаји одговарају формату историје болести.

ЛАБ

Критеријум

8.4

Запослени су упознати и учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента:

- именована су лица задужена за одређене активности на плану унапређења квалитета,
- утврђени су подаци који ће се прикупљати за показатеље, као и које ће се методе користити при прикупљању и анализи тих података,
- запослени добијају одговарајућу континуирану обуку у погледу показатеља квалитета за процену и мерење унапређења квалитета и безбедности.

ЛАБ

Критеријум

8.5

Запослени присуствују састанцима провере квалитета клиничко-лабораторијског рада заједно са осталим специјалностима.

ЛАБ

Критеријум

8.6

Постоје датиране, документоване и претходно дефинисане процедуре и упутства за обезбеђење и контролу квалитета поступака испитивања (Унутрашња и спољашња контрола квалитета рада).

ЛАБ

Критеријум

8.7

Организациона јединица лабораторијске дијагностике учествује у националном, односно међународном програму спољашње контроле квалитета.

ЛАБ

Критеријум

8.8

Задовољство запослених се прати и предузимају активности како би се степен задовољства повећао.

4 Напомена:

Образац/упут укључује најмање:

- јединствену идентификацију пацијента (име и презиме пацијента, датум рођења и пол, лабораторијски број пацијента),
- идентификацију лекара или другог лица које захтева анализе (име и презиме, локација, контакт телефон),
- тип примарног узорка и клиничке детаље релевантне за пацијента и захтевана испитивања (нпр. преписана терапија, хемолиза ...) као и датум и време узорковања, али и пријема узорка у лабораторију.

5 Напомена:

Извештај о испитивању садржи најмање:

- идентификацију лабораторије која је издала извештај,

- јединствену идентификацију пацијента (име и презиме пацијента, датум рођења и пол, лабораторијски број пацијента) – одговара подацима са налога/упута,
- податке са налога/упута за испитивање релевантне за тумачење резултата,
- резултате испитивања и биолошки референтни интервал (где је применљиво),
- потпис и факсимил лица овлашћеног да прегледа и издаје извештај.

6 Напомена:

Процедуром би требало осигурати да само у изузетним случајевима именовано особље може преносити и примати резултате анализа путем телефона, те да постоји штампани примерак којим се потврђује достављање података, израђен уз минимум закашњења иза усменог саопштавања података. Штампани примерак након обављеног саопштавања резултата усменим путем би требало да садржи следеће податке: име особе која је дала извештај о анализама, име особе која је примила извештај, идентитет пацијента, резултате анализе, датум и време усменог саопштавања о резултату анализе.

7. (АПТ) Фармацеутска здравствена делатност – Апотека

АПТ

Стандард

1.0

Основне делатности организационе јединице фармацеутске здравствене делатности су јасно дефинисане.

АПТ

Критеријум

1.1

Постоји опис основних делатности организационе јединице фармацеутске здравствене делатности у писменом облику који обухвата:

- безбедан и ефикасан систем набавке лекова и медицинских средстава,
- пријем и складиштење лекова и медицинских средстава,
- издавање лекова и медицинских средстава,
- израду магистралних лекова,
- израду и контролу галенских лекова,
- извештавање о нежељеним реакцијама на лекове и медицинска средства,
- управљање нежељеним догађајима и ризицима (пропусти у прописивању),
- медицинске грешке,
- анализу и евалуацију употребе лекова и медицинских средстава,
- учешће у консултацијама у вези терапије пацијента,
- израду протокола за правилну примену лекова (важи за болничке апотеке),
- припрему лекова високог ризика за примену (важи за болничке апотеке),
- праћење фармакокинетичких параметара и тумачење резултата (важи за болничке апотеке),
- руковање лековима који се испитују (важи за болничке апотеке),
- програме едукације и саветовања за пацијенте и породице пацијената,
- програме едукације и саветовања за запослене,
- програме едукације и саветовања за здравствене раднике и сараднике,
- обезбеђивање информација о леку,
- програме промоције здравља и ране детекције фактора за развој болести,
- управљање фармацеутским отпадом,

- повлачење лекова и медицинских средстава из промета,
- вођење евиденције о пријему, складиштењу и издавању контролисаних супстанци и лекова.

АПТ

Критеријум

1.2

Основне делатности организационе јединице фармацеутске здравствене делатности су у складу са професионалним стандардима и правилима добре праксе:

- Добра апотекарска пракса,
- Добра дистрибутивна пракса,
- Добра пракса за израду галенских лекова и друга акта везана за фармацеутску делатност.
- Професионални стандарди и правила добре праксе прате се и по потреби ревидирају.

АПТ

Критеријум

1.3

Основне делатности организационе јединице фармацеутске здравствене делатности подржавају мисију, визију и вредности здравствене установе.

- Запослени у организационој јединици фармацеутске здравствене делатности упознати су са мисијом, визијом и вредностима здравствене установе.
- Приликом пружања услуга, запослени у организационој јединици фармацеутске здравствене делатности поштују мисију, визију и вредности здравствене установе.

АПТ

Критеријум

1.4

Организациона јединица фармацеутске здравствене делатности има годишњи план рада.

- План је базиран на стратешком и годишњем оперативном плану здравствене установе.
- Планом су предвиђени:
 - врста услуге,
 - начин обављања основних делатности организационе јединице фармацеутске здравствене делатности и
 - мерљиви и остварљиви циљеви.
- Спровођење плана редовно се прати.

АПТ

Стандард

2.0

Пацијенту се пружају фармацеутске услуге.

АПТ

Критеријум

2.1

План лечења пацијента је у складу са потребама пацијента.

АПТ

Критеријум

2.2

Потребе пацијената за фармацеутским услугама су документоване.

– Уколико постоји мултидисциплинарни план лечења, потреба пацијента за лековима је документована (важи за болнице).

АПТ

Критеријум

2.3

Запослени учествују у мултидисциплинарном плану лечења (важи за болнице).

АПТ

Критеријум

2.4

Запослени редовно ревидирају своју улогу у мултидисциплинарном плану лечења (важи за болнице).

АПТ

Критеријум

2.5

Запослени учествују у отпусту, трансферу и даљем праћењу пацијента, уколико је то потребно (важи за болнице).

АПТ

Критеријум

2.6

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање,
- приватност,
- поверљивост,
- сигурност и безбедност.

АПТ

Критеријум

2.7

*

Нежељени догађаји се бележе, пријављују и испитују.

АПТ

Стандард

3.0

Фармацеутске услуге пружају лица одговарајуће квалификације.

АПТ

Критеријум

3.1

Постоји план запослених у организационој јединици фармацеутске здравствене делатности.

АПТ

Критеријум

3.2

Постоји опис послова за сва радна места у организационој јединици фармацеутске здравствене делатности који:

- је заснован на Правилнику о систематизацији и унутрашњој организацији радних места у здравственој установи,
- се редовно разматра и усаглашава у складу са потребама.

АПТ

Критеријум

3.3

Запослени имају одговарајуће квалификације и лиценце.

- Квалификације се процењују приликом запошљавања и периодично проверавају.

АПТ

Критеријум

3.4

Запослени су упознати са задацима и циљевима рада.

АПТ

Критеријум

3.5

Постоји руководилац организационе јединице фармацеутске здравствене делатности који има одговарајуће квалификације за то радно место:

- способан за професионалне, саветодавне, организационе, административне и научне одговорности у организационој јединици фармацеутске здравствене делатности,
- дипломирани је фармацеут са лиценцом и потребним радним искуством.

АПТ

Критеријум

3.6

Сваким делом ниже организационе јединице руководи лице одговарајућих квалификација.

АПТ

Критеријум

3.7

Учинак свих запослених се процењује.

- Процена је заснована на основу задужења и циљева рада.
- Процена указује на потребна унапређења учинка.
- Процене се спроводе по утврђеном плану.

АПТ

Критеријум

3.8

Постоји план стручног усавршавања или континуиране едукације.

- Прати се спровођење плана.
- Организациона јединица фармацеутске здравствене делатности процењује резултате стручног усавршавања или континуиране едукације и осталих активности у вези са тим.

АПТ

Критеријум

3.9

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

АПТ

Критеријум

3.10

Постоје начини и механизми за комуникацију, решавање проблема унутар организационе јединице фармацеутске здравствене делатности са другим организационим јединицама у оквиру здравствене установе, као и са пацијентима, односно њиховим породицама.

АПТ

Стандард

4.0

Постоје водичи, упутства, протоколи и процедуре за пружање услуга у оквиру организационе јединице фармацеутске здравствене делатности.

АПТ

Критеријум

4.1*

Водичи, упутства, протоколи и процедуре односе се на:

– Организацију и управљање организационом јединицом фармацеутске здравствене делатности:

- унапређење квалитета,
- управљање ризиком,
- преглед коришћења и искоришћености ресурса,
- доступност фармацеутских услуга,
- радно време (време пружања услуга),
- контролу рада запослених.

– Активности организационе јединице фармацеутске здравствене делатности приликом пружања фармацеутске услуге су:

- набавка лекова и медицинских средстава,
- пријем и складиштење лекова и медицинских средстава,
- издавање лекова и медицинских средстава,
- израда магистралних лекова,
- израда и контрола галенских лекова,
- информисање и едукација у вези са лековима и медицинским средствима,
- активности везане за рационалну примену и правилну употребу лекова.
- Поштовање етичког кодекса и решавање етичких питања.
- Контролу докумената и евиденцију:
 - стања залиха и пописи
 - требовања и набавке лекова и медицинских средстава
 - прописивање лекова и медицинских средстава
 - издавања лекова и медицинских средстава
 - набавке инвентара
 - интервенција фармацеута
 - услова складиштења
 - дистрибуције и издавања лекова који су под контролом
- Безбедност:
 - безбедност пацијента (нежељене реакције на лек, нежељени догађаји, нпр. погрешно издат лек),

- планирање у случају ванредне ситуације,
- безбедност на радним местима која укључују рад са опасним материјама,
- безбедно руковање цитотоксичним лековима,
- управљање фармацеутским отпадом,
- превенција крађе лекова,
- контрола приступа подацима о пацијенту,
- извештавање у случају инцидената,
- повлачење лекова и медицинских средстава из промета,
- одржавање хигијене.

АПТ

Критеријум

4.2

Водичи, упутства, протоколи и процедуре су усвојени и редовно се ревидирају и модификују и запослени су упознати са њима.

АПТ

Стандард

5.0

Организациона јединица фармацеутске здравствене делатности располаже одговарајућим простором.

АПТ

Критеријум

5.1

Просторије организационе јединице фармацеутске здравствене делатности испуњавају услове за пружање услуга:

- лако доступна локација (омогућен приступ инвалидима, омогућен приступ колицима за пренос робе),
- сигурност од неовлашћеног приступа службеним просторијама,
- одговарајући систем за пријем, складиштење и издавање лекова и медицинских средстава (укључујући праћење температуре просторије за складиштење, добру проветреност просторија, услове за складиштење испарљивих и запаљивих материја, правилан распоред лекова по облицима и фармаколошким групама, одвојено место за расходоване лекове и праћење температуре у фрижидерима),
- адекватно чување наркотика (метални орман под кључем),
- орман за чување лекова за хитну интервенцију (на болничком одељењу) за случај када апотека није доступна,
- адекватне просторије и опрема за израду магистралних и галенских препарата,
- адекватне просторије и опрема за припрему лекова за давање (растварање сирупа, парентералних препарата, цитотоксичних лекова),
- адекватан простор који омогућава дискрецију при разговору са пацијентом.

АПТ

Критеријум

5.2

Постоји дефинисан поступак за периодичну процену стања просторија и усклађеност са потребама фармацеутске здравствене делатности

- Процентом ће се утврдити недостаци и планови за отклањање истих.

АПТ

Стандард

6.0

Опрема испуњава све захтеве за пружање услуга фармацеутске здравствене делатности.

АПТ

Критеријум

6.1

Постоји листа опреме која се налазу организационој јединици фармацеутске здравствене делатности.

АПТ

Критеријум

6.2

Постоји листа опреме са распоредом сервисирања, односно замене.

АПТ

Критеријум

6.3

У организационој јединици фармацеутске здравствене делатности редовно се проверава и процењује стање опреме.

– Сва опрема у организационој јединици фармацеутске здравствене делатности која захтева баждарење је евидентирана и распоред баждарења је одређен.

АПТ

Стандард

7.0

Информациони систем је у функцији ефикасног пружања фармацеутских услуга.

АПТ

Критеријум

7.1

Информациони системи као подршка пружању услуга обухватају:

- упутства,
- систем за унос и обраду података,
- систем извештавања,
- систем финансијског извештавања,
- систем праћења извршења,
- систем управљања квалитетом,
- систем спољне контроле.

АПТ

Критеријум

7.2

Рад информационих система се редовно разматра и по потреби мења у складу са захтевима организационе јединице фармацеутске здравствене делатности.

АПТ

Критеријум

7.3

Приступ подацима из информационог система имају само овлашћена лица.

АПТ

Критеријум

7.4

Подаци се чувају на одговарајући начин и на безбедном месту.

АПТ

Стандард

8.0

Организациона јединица фармацеутске здравствене делатности прати квалитет рада и безбедност пацијента.

АПТ

Критеријум

8.1

Организациона јединица фармацеутске здравствене делатности има план за стално унапређење квалитета рада и безбедности пацијента. Планом се идентификују области за унапређење квалитета, мере које треба предузети и циљеви које треба остварити.

АПТ

Критеријум

8.2

Постоји поступак за праћење реализације плана за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.

АПТ

Критеријум

8.3

Утврђени су показатељи квалитета рада и безбедности пацијента и прате се као део активности на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

АПТ

Критеријум

8.4

Запослени су упознати са активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента.

АПТ

Критеријум

8.5

Запосленима се пружа континуирана едукација из области унапређења квалитета рада и безбедности пацијента.

АПТ

Критеријум

8.6

Запослени учествују у активностима на унапређењу квалитета рада и безбедности пацијента:

- именована су лица задужена за одређене активности на плану унапређења квалитета,
- утврђени су подаци који ће се прикупљати за показатеље, као и које ће се методе користити при прикупљању и анализи тих података,
- запослени добијају одговарајућу континуирану обуку у погледу показатеља квалитета за процену и мерење унапређења квалитета рада и безбедности пацијента.

АПТ

Критеријум

8.7

Задовољство запослених се прати и предузимају се активности како би се степен задовољства повећао.

8. (ЖС) Животна Средина

Превенција инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести

ЖС

Стандард

1.0

Врши се превенција инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

ЖС

Критеријум

1.1

Редовно се примењују мере изолације и предострожности и о томе се води евиденција.

ЖС

Критеријум

1.2

*

Постоје политика и процедуре свођења на минимум инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести у здравственој установи.

ЖС

Критеријум

1.3

*

Постоје мере, процедуре и поступци чишћења, дезинфекције и стерилизације простора, опреме, материјала и медицинских уређаја.

• Уведени су процеси дезинсекције и дератизације.

ЖС

Критеријум

1.4

Опасним материјама и заразним материјалом рукује се у складу са Правилником о управљању медицинским отпадом („Сл. гласник РС”, број 78/10) као и у складу са правилником, пословником и протоколима здравствене установе.

ЖС

Критеријум

1.5

Промовише се лична хигијена и одржава се чистоћа просторија.

Критеријум

1.6

Зграда се адекватно одржава, што подразумева и одржавање унутрашњег простора и система вентилације у циљу спречавања ширења заразе.

Процедуре за случај појаве и ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести

ЖС

Стандард

2.0

Постоје процедуре за случај појаве и ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

ЖС

Критеријум

2.1

Постоје и примењују се процедуре за откривање и предузимање одговарајућих мера у циљу спречавања даљег ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

ЖС

Критеријум

2.2

Постоје мере и процедуре за истраживање путева ширења инфекције (укључујући и откривање свих контаката), као и процедуре за сузбијање заразе.

ЖС

Критеријум

2.3

Резултати епидемиолошког надзора чувају се у прописаном року и користе се за спречавање ширења или смањења ризика од поновног избијања заразе.

ЖС

Критеријум

2.4

Заразне болести се пријављују у складу са законом.

ЖС

Критеријум

2.5

Постоји поступак за утврђивање мера за спречавање и контролу ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

Комисија за спречавање и контролу ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести

ЖС

Стандард

3.0

Комисија за спречавање и контролу ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама (комисија) врши контролу ширења инфекција.

ЖС

Критеријум

3.1

Комисија је формирана на одговарајући начин. Један од чланова комисије надлежан је за управљање медицинским отпадом.

ЖС

Критеријум

3.2

Комисија се редовно састаје и води записник са састанка. Званична документација са састанака чува се током прописаног временског периода.

ЖС

Критеријум

3.3

Комисија сарађује са Институтом за јавно здравље Србије (преко мреже завода), о чему постоји документација.

ЖС

Критеријум

3.4

Комисија редовно проверава и ревидира све процедуре и поступке контроле. Документација о предузетим мерама и ревизији чува се током прописаног временског периода.

ЖС

Критеријум

3.5

Комисија предлаже мере за спречавање и контролу инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести.

ЖС

Критеријум

3.6

Комисија истражује све проблеме у вези са појавом инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести и о томе извештава интерне надлежне органе као и институте и заводе за јавно здравље.

Раздвајање медицинског отпада

ЖС

Стандард

4.0

Врши се раздвајање медицинског отпада у складу са Правилником о управљању медицинским отпадом, а здравствена установа има План управљања медицинским отпадом који се редовно ревидира.

ЖС

Критеријум

4.1

Врши се раздвајање медицинског отпада према Каталогу отпада.

Разврстани медицински отпад се пакује на адекватан начин.

ЖС

Критеријум

4.2

Медицински отпад се пакује у адекватне кесе, контејнере и канте.

ЖС

Критеријум

4.3

На свим депонијама за одлагање медицинског отпада истакнуте су и јасно видљиве инструкције за раздвајање и обележавање отпада.

Одлагање медицинског отпада у оквиру здравствене установе

ЖС

Стандард

5.0

Медицински отпад унутар здравствене установе одлаже се на адекватан начин.

ЖС

Критеријум

5.1

Врши се дневно сакупљање медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

5.2

Места за одлагање медицинског отпада лоцирана су стратешки у оквиру саме здравствене установе.

ЖС

Критеријум

5.3

На местима одлагања отпада у оквиру здравствене установе отпад се раздваја и одлаже према категоријама у јасно означене контејнере одређене боје и ознаке.

ЖС

Критеријум

5.4

Врши се редовно чишћење и дезинфекција места одлагања отпада, као и самих контејнера.

ЖС

Критеријум

5.5

Руковање отпадом на местима одлагања обавља се уз поштовање одговарајућих мера заштите (ношење рукавица, заштитне одеће и обуће, заштитних наочара).

ЖС

Критеријум

5.6

Постоји фиксни распоред за одлагање отпада на сваком месту предвиђеном за одлагање.

Одлагање отпада на централно привремено одлагалиште за отпад

ЖС

Стандард

6.0

Медицински отпад се пре транспорта одлаже на централно привремено одлагалиште за отпад.

ЖС

Критеријум

6.1

Отпад се транспортује до централног привременог одлагалишта за отпад у затвореним, покретним, пластичним контејнерима.

ЖС

Критеријум

6.2

Одређује се путања и дневни распоред транспортовања отпада, како би се избегао контакт са доставом чистог материјала.

ЖС

Критеријум

6.3

Време одлагања отпада износи између 24 и 48 часова.

ЖС

Критеријум

6.4

Централно привремено одлагалиште за отпад је одговарајуће величине за дневно одлагање медицинског отпада и мора бити лоцирано на одговарајућем месту.

– Не сме бити лоцирано у близини објеката у којима се врши припремање хране.

– Лако је доступно за чишћење, има одговарајуће осветљење и вентилацију и заштићено је од уласка глодара, птица и других животиња.

– Приступачно је за камионе и возила комуналне службе хигијене.

ЖС

Критеријум

6.5

Приступ централном привременом одлагалишту за отпад је дозвољен само овлашћеним лицима.

Постоји лице одговорно за управљање медицинским отпадом

ЖС

Стандард

7.0

У здравственој установи постоји лице одговорно за управљање медицинским отпадом.

ЖС

Критеријум

7.1

Одговорно лице је завршило одговарајућу обуку, поседује одговарајуће искуство и стручне квалификације.

ЖС

Критеријум

7.2

Одговорно лице је члан Комисије за спречавање и контролу ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама.

ЖС

Критеријум

7.3

Одговорно лице предлаже политику управљања отпадом.

ЖС

Критеријум

7.4

Одговорно лице истражује све проблеме у вези са управљањем отпадом и о њима извештава директора здравствене установе и Комисију за спречавање и контролу ширења инфекција повезаних са здравственим интервенцијама.

ЖС

Критеријум

7.5

Одговорно лице учествује у радној групи за заштиту животне средине у датом управном округу.

Програм за обављање стерилизације медицинског отпада

ЖС

Стандард

8.0

Постоји програм за обављање стерилизације медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

8.1

У оквиру простора предвиђеног за стерилизацију медицинског отпада постоји зона за привремено одлагање, мерење отпада, бележење, деконтаминацију, зона предвиђена за прање и чишћење, као и зона за стерилизацију, уситњавање и складиштење обрађеног отпада.

ЖС

Критеријум

8.2

Постоје мере и процедуре за обављање свих поменутих активности.

ЖС

Критеријум

8.3

На располагању је посебна опрема за прање и чишћење, дезинфекцију, сушење, паковање и стерилизацију.

Просторије за обављање стерилизације медицинског отпада

ЖС

Стандард

9.0

Обезбеђене су одговарајуће просторије у којима се обавља стерилизација медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

9.1

Проток се обавља у смеру од зоне манипулације „прљавим” материјалом ка зони са „чистим” материјалом.

ЖС

Критеријум

9.2

Постоје адекватни системи за проток ваздуха.

– Ваздух се из зоне деконтаминације испушта у спољашњу средину.

– У зони где се врши прање и чишћење, обезбеђен је позитиван притисак ваздуха.

– У зони обраде отпада постоје канализациони сифони за одговарајуће чишћење зоне.

– подови, зидови и радне површине пројектоване су тако да се постигну високи хигијенски стандарди.

ЖС

Критеријум

9.3

Постоје контролисане зоне складиштења медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

9.4

Аутоклави и стерилизатори смештени су у посебну просторију у односу на зону пријема.

ЖС

Критеријум

9.5

Постоји простор за прање и дезинфекцију контејнера за складиштење и транспорт медицинског отпада, који је одговарајуће припремљен како би се избегло изливање отпада.

ЖС

Критеријум

9.6

За складиштење и транспорт медицинског отпада користе се затворени контејнери који се након употребе перу и дезинфикују.

ЖС

Критеријум

9.7

Постоји место за одлагање дезинфикованих транспортних контејнера.

Запослени на обради медицинског отпада су адекватно едуковани и имају одговарајућу заштитну опрему

ЖС

Стандард

10.0

Запослени на обради медицинског отпада поседују квалификације, адекватно су едуковани и имају адекватну заштитну опрему.

ЖС

Критеријум

10.1

Запослени у зони деконтаминације носе заштитну опрему (гумене рукавице, рукавице за једнократну употребу, водоотпорне кецеље, заштитне маске са заклоном за лице, заштитне наочаре).

ЖС

Критеријум

10.2

Запослени су упознати са протоколима и процедурама за случај акцидентне ситуације.

ЖС

Критеријум

10.3

Обезбеђен је обавезни уводни програм и обавезна обука за рад за запослене на стерилизацији медицинског отпада, укључујући и обуку за рад на постојећој опреми.

ЖС

Критеријум

10.4

Опрема за хитне случајеве, комплети за санирање изливања итд. доступни су на месту третмана медицинског отпада, а запослени су обучени да их користе.

ЖС

Критеријум

10.5

Запослени су вакцинисани против заразних болести (ХЦВ, ХБВ итд.).

Процедуре за вршење стерилизације

ЖС

Стандард

11.0

Постоје одговарајуће процедуре за стерилизацију медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

11.1

Упутства за коришћење и безбедно руковање, за сваки стерилизатор, доступна су запосленима.

ЖС

Критеријум

11.2

Спровођење поступка стерилизације, праћење и верификација евидентирају се за све методе стерилизације.

ЖС

Критеријум

11.3

Сваког дана се врши провера целокупне опреме и евидентирају резултати.

Тим за управљање медицинским отпадом

ЖС

Стандард

12.0

Тим за управљање медицинским отпадом надгледа обраду медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

12.1

Формиран је тим за управљање медицинским отпадом. (Тим обухвата: директора здравствене установе, начелнике одељења, односно организационе јединице, начелника фармацеутске здравствене делатности, главну сестру, начелника техничке службе, шефа финансијског одељења, шефа комисије за контролу

инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести, лице одговорно за управљање медицинским отпадом).

ЖС

Критеријум

12.2

Тим се редовно састаје и води записнике о свом раду.

ЖС

Критеријум

12.3

Тим анализира све поступке и процедуре обраде медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

12.4

Тим препоручује мере за обраду медицинског отпада.

ЖС

Критеријум

12.5

Тим испитује све проблеме везане за обраду медицинског отпада и извештава о њима.

Националне смернице и Техничко упутство за транспорт медицинског отпада

ЖС

Стандард

13.0

Транспорт медицинског отпада изводи се према Правилнику о управљању медицинским отпадом.

ЖС

Критеријум

13.1

Постоји план транспорта и распоред сакупљања отпада који је доступан за потребе запослених који раде у овој области.

ЖС

Критеријум

13.2

Здравствена установа треба да има обученог, искусног возача који је технички стручан да врши транспорт медицинског отпада. Возач мора да носи одговарајућу личну заштитну опрему и има одговарајућу документацију о транспорту отпада.

ЖС

Критеријум

13.3

Здравствена установа треба да има возило које је посебно намењено за ове сврхе, са одговарајућом опремом, као што се захтева у Техничком упутству за транспорт отпада, које треба да служи за превоз отпада првенствено између здравствене установе и централног или локалног места за третман. Свако премештање отпада на овај начин треба да буде пропраћено одговарајућом документацијом, тј. отпремницом за отпад.

ЖС

Критеријум

13.4

У случају отпада из амбуланти или из кућних посета, отпад треба да се спакује у контејнер који је правилно затворен, а тај контејнер треба да се превози у пртљажнику возила, као што се захтева у Техничком упутству за транспорт отпада. За овај тип транспорта отпада није неопходна никаква документација о транспорту отпада.

ЖС

Критеријум

13.5

Пре утовара, возач треба да провери сав отпад и припадајућу документацију, како би уочио евентуалне очигледне грешке у документацији, паковању или обележавању.

План за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација

ЖС

Стандард

14.0

Постоји план за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација.

ЖС

Критеријум

14.1

Планом су одређени ризици у случају настанка масовних несрећа и акцидентних ситуација.

ЖС

Критеријум

14.2

Планом су одређена лица одговорна за управљање и координацију у случају масовних несрећа и акцидентних ситуација.

ЖС

Критеријум

14.3

Планом је предвиђен систем комуникација у случају масовних несрећа и акцидентних ситуација.

ЖС

Критеријум

14.4

У плану је описана процедура обавештавања запослених у случају масовних несрећа и акцидентних ситуација.

ЖС

Критеријум

14.5

План предвиђа збрињавање жртава у случају масовних несрећа на територији општине.

Ревизија плана за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација

ЖС

Стандард

15.0

Врши се ревизија и провера плана у пракси за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација.

ЖС

Критеријум

15.1

Врши се периодична ревизија плана за случај масовних несрећа и акцидентних ситуација.

ЖС

Критеријум

15.2

Редовно се обављају практичне вежбе и провере плана на терену.

Поступци и процедуре за смањење ризика од пожара

ЖС

Стандард

16.0

Постоје поступци и процедуре за смањење ризика од пожара.

ЖС

Критеријум

16.1

*

Здравствена установа се придржава важећих закона и прописа из области заштите од пожара.

ЖС

Критеријум

16.2

Запаљиве и експлозивне материје чувају се на адекватан начин.

ЖС

Критеријум

16.3

Редовно се врши провера документације, обавља тестирање и одржавање система за детекцију пожара, алармног система, као и система за гашење пожара.

ЖС

Критеријум

16.4

Мере заштите од пожара узимају се у обзир приликом сваке набавке за потребе здравствене установе.

ЖС

Критеријум

16.5

Постоји тим који је одговоран за заштиту од пожара.

Програм стерилизације

ЖС

Стандард

17.0

Постоји програм за обављање стерилизације.

ЖС

Критеријум

17.1

У оквиру простора предвиђеног за стерилизацију постоји зона деконтаминације, зона предвиђена за прање и чишћење, као и зона за стерилизацију.

ЖС

Критеријум

17.2

Постоје мере и процедуре за обављање свих поменутих активности.

ЖС

Критеријум

17.3

На располагању је посебна опрема за прање и чишћење, дезинфекцију, сушење, паковање и стерилизацију.

Просторије за стерилизацију

ЖС

Стандард

18.0

Обезбеђене су одговарајуће просторије у којима се обавља стерилизација.

ЖС

Критеријум

18.1

Проток се обавља у смеру од зоне манипулације „прљавим” материјалом ка зони са „чистим” материјалом, уз постојање засебних улаза, односно излаза за сваку зону.

ЖС

Критеријум

18.2

Постоје адекватни системи за проток ваздуха.

– У зони деконтаминације, обезбеђен је негативан притисак ваздуха.

– Ваздух се из зоне деконтаминације испушта у спољашњу средину.

– У зони где се врши прање и чишћење обезбеђен је позитиван притисак ваздуха.

ЖС

Критеријум

18.3

Постоје зоне складиштења са вентилацијом са позитивним притиском за стерилна паковања и уобичајене залихе.

ЖС

Критеријум

18.4

Аутоклави и стерилизатори смештени су у посебну просторију у односу на зону обраде материјала.

ЖС

Критеријум

18.5

Паковање санитетског материјала, инструмената и постељине врши се одвојено (како би се спречила могућност контаминације платном или влакнима).

ЖС

Критеријум

18.6

Затворена колица за пренос стерилисаног материјала држе се изван одељења, а у близини зоне складиштења материјала.

Запослени у стерилизацији су едуковани и имају адекватну заштитну опрему

ЖС

Стандард

19.0

Квалификована лица запослена у стерилизацији адекватно су едукована и имају адекватну заштитну опрему.

ЖС

Критеријум

19.1

Запослени у зони деконтаминације носе заштитну опрему (гумене рукавице, рукавице за једнократну употребу, водоотпорне кецеље, заштитне маске са заклоном за лице, заштитне наочаре).

ЖС

Критеријум

19.2

Постоје запослени који раде у зони контаминације и запослени који раде у зони стерилизације (уколико то није случај, предузимају се мере предострожности како би се избегла контаминација чистих зона).

ЖС

Критеријум

19.3

Постоји систем упозорења запослених, односно алармни систем који се активира у случају истицања етилен оксида и који покреће систем вентилације за елиминацију токсичних гасова.

ЖС

Критеријум

19.4

Запослени су упознати са протоколима и процедурама за случај акцидентне ситуације (нпр. истицање гаса).

ЖС

Критеријум

19.5

Постоји програм и обезбеђена је обавезна обука за запослене у стерилизацији, укључујући и обуку за рад на постојећој опреми.

Стерилизација се врши према претходно утврђеним процедурама

ЖС

Стандард

20.0

Постоје адекватне процедуре за вршење стерилизације.

ЖС

Критеријум

20.1

Стерилизатори су смештени у засебну зону у односу на зону обраде.

ЖС

Критеријум

20.2

Гасни стерилизатори са етилен оксидом имају изводни систем директно у спољашњу средину, као и систем за вентилацију са негативним притиском ваздуха.

ЖС

Критеријум

20.3

Упутства за коришћење и безбедно руковање за сваки стерилизатор доступна су запосленим лицима.

ЖС

Критеријум

20.4

Поштују се параметри као што су време и температура циклуса стерилизације.

ЖС

Критеријум

20.5

Постоје мере и процедуре које онемогућавају стерилизацију материјала за једнократну употребу (према упутству произвођача).

ЖС

Критеријум

20.6

За све методе поступка стерилизације води се писмена документација.

ЖС

Критеријум

20.7

Сваког дана врши се провера целокупне опреме и евидентирају резултати, што подразумева:

- резултате теста на присуство спора,
- време излагања притиску и топлоти,
- садржај сваког контингента,
- запослено лице које врши стерилизацију контингента.

ЖС

Критеријум

20.8

Постоји систем за регистравање сваког предмета који се стерилише (бројем или бар-кодом) и то:

- тип стерилизатора,
- датум стерилизације,
- контингент стерилизације.

Тим за стерилизацију

ЖС

Стандард

21.0

Тим за стерилизацију надгледа стерилизацију.

ЖС

Критеријум

21.1

Тим за стерилизацију је конституисан на одговарајући начин.

(Чланови тима могу бити: директор здравствене установе, начелници, односно шефови организационих јединица, начелник фармацеутске здравствене делатности, главна сестра, начелник техничке службе, начелник финансијског одељења, члан комисије за контролу инфекција повезаних са здравственим интервенцијама и заразних болести и други.)

ЖС

Критеријум

21.2

Тим се редовно састаје и води записник о свом раду.

Критеријум

21.3

Тим анализира све поступке и процедуре стерилизације.

ЖС

Критеријум

21.4

Тим препоручује мере за стерилизацију.

ЖС

Критеријум

21.5

Тим испитује све проблеме везане за стерилизацију и извештава о њима.

Безбедно руковање опремом, материјалом, уређајима и простором

ЖС

Стандард

22.0

Здравствена установа безбедно рукује опремом, материјалом, уређајима и простором.

ЖС

Критеријум

22.1

Здравствена установа располаже опремом, материјалом и медицинским уређајима тако што:

- планира набавку нове и савремене опреме,
- редовно и превентивно је одржава и о томе води евиденцију,
- редовно баждари опрему.

ЖС

Критеријум

22.2

Смањују се ризици за пацијенте и запослене у свим објектима.

ЖС

Критеријум

22.3

Врши се обука запослених лица за безбедно коришћење целокупне опреме.
– Постоје посебни програми, а свака спроведена обука се евидентира.

9. (ЉР) Људски ресурси

Запослени обухваћени програмом лиценцирања

ЉР

Стандард

1.0

Сви здравствени радници који подлежу процесу лиценцирања поседују важеће лиценце.

ЉР

Критеријум

1.1

Досије сваког запосленог здравственог радника садржи и важећу лиценцу.

ЉР

Критеријум

1.2

Поступак сталног праћења услова за обнављање лиценци свих здравствених радника обавља се редовно.

(Редовно и периодично разматрање стручног усавршавања у циљу одржавања лиценци.)

ЉР

Критеријум

1.3

Постоје протоколи и процедуре које обезбеђују неометан рад здравствене установе у случају да здравствени радник изгуби лиценцу.

Запослени који нису обухваћени програмом лиценцирања

ЉР

Стандард

2.0

Утврђује се професионална оспособљеност запослених који нису обухваћени програмом лиценцирања.

ЉР

Критеријум

2.1

Стручност запослених, који нису обухваћени програмом лиценцирања утврђује се приликом запослења.

ЉР

Критеријум

2.2

Постоје поступци за поновно разматрање стручности запослених који не подлежу лиценцирању.

ЉР

Критеријум

2.3

Постоје протоколи и процедуре за неометан рад здравствене установе у случају прекида рада стручних лица која не подлежу лиценцирању.

Једногодишња процена рада запослених

ЉР

Стандард

3.0

Резултати рада свих запослених процењују се годишње.

ЉР

Критеријум

3.1

Постоји поступак за процењивање резултата рада свих запослених који се врши годишње.

ЉР

Критеријум

3.2

Сви запослени имају утврђен план и циљеве рада.

ЉР

Критеријум

3.3

Задаци и циљеви рада саопштавају се свим запосленима.

ЉР

Критеријум

3.4

Писмени извештаји о процени постигнутих резултата рада бележе се у радном досијеу запосленог.

ЉР

Критеријум

3.5

Сви запослени имају право подношења коментара у писменој форми на процену постигнутих резултата рада.

Едукација запослених

ЉР

Стандард

4.0

Планови едукације запослених су реализовани.

ЉР

Критеријум

4.1

Постоји план едукације за све запослене у здравственој установи.

ЉР

Критеријум

4.2

Запослени су упознати са планом едукације.

ЉР

Критеријум

4.3

Редовно се прати извршење плана едукације.

Критеријум

4.4

На нивоу здравствене установе постоји програм едукације за све запослене.

ЉР

Критеријум

4.5

Свака организациона јединица има програм за едукацију, односно обуку новозапослених.

ЉР

Критеријум

4.6

Запосленима је омогућена неопходна едукација, односно обука која се односи на квалитет њиховог рада, у складу са потребама организационе јединице.

Усмеравање и праћење професионалног рада

ЉР

Стандард

5.0

Врши се усмеравање и праћење професионалног рада.

ЉР

Критеријум

5.1

У здравственој установи постоји управљачка структура. Управљачка структура одређује:

- лице које управља и које је одговорно за рад организационе јединице, критеријуме за избор и начин избора тог лица,
- чланове Комисије организационих јединица,
- начин утврђивања и ревизије протокола и водича клиничке праксе,
- мере одржавања радне дисциплине у датој организационој јединици.

ЉР

Критеријум

5.2

Водичи клиничке праксе су утврђени и примењују се у спровођењу рада у самој организационој јединици.

Здравље и заштита на раду за запослена лица

ЉР

Стандард

6.0

Програм из области заштите здравља и заштите на раду запослених.

ЉР

Критеријум

6.1

Постоји програм за заштиту здравља и заштиту на раду запослених.

ЉР

Критеријум

6.2

Сви законски захтеви за очување здравља и заштите на раду запослених се поштују.

- Процена ризика радног места.
- Праћење радне оптерећености и управљање стресом.

ЉР

Критеријум

6.3

Спроводи се програм обуке из области заштите здравља и заштите на раду запослених.

- Ношење заштитне одеће и опреме.
- Вакцинација запослених.
- Превентивне мере у случају убода иглом или руковања иглом.
- Заштита од повреда на радном месту.

ЉР

Критеријум

6.4

Обавља се редовно праћење како би се осигурало спровођење смерница из области заштите здравља и заштите на раду запослених.

ЉР

Критеријум

6.5

Постоји одговорно лице задужено за заштиту здравља и заштиту на раду запослених.

Задовољство запослених

ЉР

Стандард

7.0

Прати се задовољство запослених.

ЉР

Критеријум

7.1

Обавља се годишње истраживање задовољства запослених.

ЉР

Критеријум

7.2

Резултати истраживања су доступни запосленима.

ЉР

Критеријум

7.3

На основу резултата истраживања доноси се план активности за повећање степена задовољства запослених.

10. (УИ) Управљање информацијама

Здравствена документација

УИ

Стандард

1.0

У здравственој документацији прецизно се евидентирају све пружене здравствене услуге.

УИ

Критеријум

1.1

Садржај здравствене документације урађен је према важећим прописима о вођењу здравствене документације и евиденције.

УИ

Критеријум

1.2

Уколико је уведена електронска здравствена документација, урађена је према Правилнику о ближој садржини технолошких и функционалних захтева за успостављање интегрисаног здравственог информационог система („Сл. гласник РС”, број 95/09).

УИ

Критеријум

1.3

Врши се интерна провера како би се обезбедило вођење здравствене документације према смерницама.

УИ

Критеријум

1.4

По отпуста пацијента здравствена документација се комплетира и у предвиђеном року архивира.

УИ

Критеријум

1.5

Пацијенту је омогућен приступ и увид у здравствену документацију.

Показатељи учинка

УИ

Стандард

2.0

У здравственој установи постоји систем показатеља учинка.

УИ

Критеријум

2.1

Систем обухвата показатеље у складу са прописима којима се регулише област квалитета рада здравствене установе, али није ограничен само на њих.

УИ

Критеријум

2.2

Постоји систем показатеља помоћу којих се процењује учинак како у домену клиничке праксе, тако и у другим областима рада.

УИ

Критеријум

2.3

Запослена лица су едукована за сакупљање, тумачење и коришћење података добијених помоћу показатеља.

УИ

Критеријум

2.4

Подаци добијени помоћу показатеља се:

- сакупљају,
- сумирају,
- анализирају и тумаче,
- презентују по налогу,
- користе за унапређење рада.

УИ

Критеријум

2.5

Прати се корисност података добијених помоћу показатеља, као и квалитет самих показатеља.

Објављивање информација

УИ

Стандард

3.0

Објављују се информације од значаја за здравствену установу и од јавног значаја.

УИ

Критеријум

3.1

Постоје лица овлашћена за давање и објављивање информација од значаја за здравствену установу и од јавног значаја.

УИ

Критеријум

3.2

Постоји процедура за давање и објављивање информација од значаја за здравствену установу и од јавног значаја.

Овај критеријум се може односити и на трибине, стручна предавања, појављивање у медијима и слично.

УИ

Критеријум

3.3

Овлашћена лица објављују информације о раду здравствене установе и активностима везаним за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента.

11. (РУ) Руковођење

Стратешко планирање

РУ

Стандард

1.0

Руководство помаже Управном одбору у припреми стратешког плана.

РУ

Критеријум

1.1

Утврђен је циклус стратешког планирања.

РУ

Критеријум

1.2

Руководство дефинише своју улогу у стратешком планирању.

РУ

Критеријум

1.3

Руководство припрема неопходне податке и документа у вези са стратешким планом.

Годишњи оперативни план

РУ

Стандард

2.0

Постоји годишњи оперативни план.

РУ

Критеријум

2.1

Оперативни план се заснива на стратешком плану.

РУ

Критеријум

2.2

План је у писменој форми и њиме су утврђени циљеви, активности и рокови.

РУ

Критеријум

2.3

У изради плана узимају се у обзир извештаји и информације добијени од запослених.

РУ

Критеријум

2.4

План се доставља свим организационим јединицама.

РУ

Критеријум

2.5

План се прати и врши се ревизија плана по потреби.

РУ

Критеријум

2.6

О плану и активностима на реализацији извештава се Управни одбор.

Људски, финансијски и физички ресурси

РУ

Стандард

3.0

Људски, финансијски и физички ресурси су распоређени у оквиру здравствене установе.

РУ

Критеријум

3.1

Распоређивање ресурса заснива се на утврђеним приоритетима.

РУ

Критеријум

3.2

Постоје поступци по којима се врши усклађивање постојећих ресурса са потребама корисника услуга.

РУ

Критеријум

3.3

Постоје поступци за праћење и коришћење свих ресурса.

Постоје поступци извештавања о искоришћености ресурса за сваку организациону јединицу појединачно.

РУ

Критеријум

3.4

Врши се процена квалитета и економичности пружених услуга.

РУ

Критеријум

3.5

Извештаји о коришћењу ресурса достављају се Управном одбору.

План управљања ризиком

РУ

Стандард

4.0

Постоји план управљања ризиком на нивоу здравствене установе.

РУ

Критеријум

4.1

*

Информације се прикупљају и анализирају како би се идентификовали ризици.

Информације се односе на:

- здравље и безбедност на раду,
- контролу ширења заразних болести,
- безбедност пацијента и запослених,
- нежељене догађаје,
- спремност за хитно реаговање у случају ванредне ситуације.

РУ

Критеријум

4.2

Ризици се предвиђају на основу њихове учесталости и степена опасности, чиме се умањује изложеност истим.

- Наводе се ризици везани за употребу и злоупотребу опреме.

РУ

Критеријум

4.3

Прати се квалитет производа од добављача у погледу ризика.

РУ

Критеријум

4.4

Постоји стратегија за управљање ризиком унутар здравствене установе са којим су упознати сви запослени.

РУ

Критеријум

4.5

У стратегији за управљање ризиком унутар здравствене установе јасно су одређене одговорности менаџмента и запослених у организационим јединицама.

РУ

Критеријум

4.6

Постоје средства намењена за управљање ризиком.

– Део средстава је намењен за обуку запослених за управљање ризиком.

РУ

Критеријум

4.7

Руководству се достављају извештаји о активностима везаним за управљање ризиком.

Нежељени догађаји

РУ

Стандард

5.0

Постоји поступак којим се идентификују, процењују и решавају нежељени догађаји.

РУ

Критеријум

5.1

Сви запослени су упознати са дефиницијом нежељених догађаја.

РУ

Критеријум

5.2

*

Сви запослени су упознати са поступком пријављивања нежељених догађаја.

РУ

Критеријум

5.3

У случају појаве нежељеног догађаја, испитује се узрок настанка.

РУ

Критеријум

5.4

Предузимају се активности отклањања узрока који су довели до нежељених догађаја.

План за унапређење квалитета рада

РУ

Стандард

6.0

На нивоу здравствене установе постоји план за унапређење квалитета рада.

РУ

Критеријум

6.1

План за унапређење квалитета рада здравствене установе доноси се годишње у писменој форми.

РУ

Критеријум

6.2

Планом о унапређењу квалитета рада здравствене установе утврђене су активности и очекивани резултати.

РУ

Критеријум

6.3

Иновативна решења за унапређење квалитета рада и безбедности пацијента су препозната и подржана од стране руководства.

РУ

Критеријум

6.4

Спровођење плана се редовно прати у циљу унапређења квалитета рада.

РУ

Критеријум

6.5

Задовољство пацијената се истражује годишње и на основу резултата се предузимају активности.

РУ

Критеријум

6.6

Обезбеђена су средства за активности на унапређењу квалитета рада здравствене установе.

РУ

Критеријум

6.7

Извештај о постигнутом унапређењу квалитета рада здравствене установе се доставља Управном одбору.

РУ

Критеријум

6.8

Руководство информисе јавност (локалну заједницу, партнере и др.) о активностима на унапређењу квалитета свог рада и пружених услуга.

Показатељи учинка

РУ

Стандард

7.0

Прате се показатељи учинка.

РУ

Критеријум

7.1

Постоје утврђени показатељи за праћење ефикасности рада клиничких и других организационих јединица.

РУ

Критеријум

7.2

Руководство омогућава да подаци добијени на основу показатеља буду доступни за потребе праћења.

РУ

Критеријум

7.3

Извештаји о показатељима учинка се достављају руководству.

РУ

Критеријум

7.4

У случају потребе за побољшањем учинка, руководство предузима одговарајуће мере у циљу постизања побољшања учинка, на основу показатеља.

РУ

Критеријум

7.5

Руководство информише јавност (локалну заједницу, партнере и др.) о раду здравствене установе према показатељима учинка.

Процедуре за рад здравствене установе

РУ

Стандард

8.0

Рад у здравственој установи одвија се према утврђеним процедурама.

РУ

Критеријум

8.1

Утврђене су политика и процедуре рада здравствене установе.

РУ

Критеријум

8.2

Постоји листа процедура.

РУ

Критеријум

8.3

Све процедуре су усвојене од стране овлашћеног тела, односно лица.

РУ

Критеријум

8.4

Процедуре се ревидирају и мењају у складу са потребама.

Поштују се права пацијента

РУ

Стандард

9.0

Запослени у здравственој установи здравствене и друге услуге пружају поштујући права пацијента.

РУ

Критеријум

9.1

Поштују се права пацијента на:

- достојанство и поштовање,
- доступност здравствене заштите,
- информације,
- обавештење,
- слободан избор,
- приватност и поверљивост информација,
- самоодлучивање и пристанак,
- увид у медицинску документацију,
- тајност података,
- права пацијента над којим се врши медицински оглед,
- приговор,
- накнаду штете,
- сигурност и безбедност.

РУ

Критеријум

9.2

Постоји поступак за пријем, разматрање и решавање примедба и жалби пацијента, на правилан начин и благовремено.

- Поступак за пријем, разматрање и решавање примедба и жалби пацијента јасно је одређен.
- Запослени су упознати са овим поступком.
- Постоји одговорно лице за пријем, разматрање и решавање примедба и жалби пацијента.
- Сва документација у вези са пријемом, разматрањем и решавањем примедба и жалби пацијента се архивира.

РУ

Критеријум

9.3

Пацијент је укључен у поступак лечења, пружања неге и осталих услуга.

- Поштовање одређења и избора пацијента.
- Информисање пацијента о могућностима лечења, пружања неге и осталих услуга.
- Добијање сагласности од стране пацијента, у писменој форми.

РУ

Критеријум

9.4

Поступци лечења, пружања неге и осталих услуга спроводе се у складу са поштовањем верских и културолошких опредељења пацијента.

РУ

Критеријум

9.5

Постоје и спроводе се едукативни програми за запослене у вези са правима пацијената.

Преглед спроведених истраживања

РУ

Стандард

10.0

Врши се преглед спроведених истраживања у циљу провере прихватљивости.

РУ

Критеријум

10.1

Постоје поступци за разматрање прихватљивости обављених медицинских истраживања у здравственој установи, нарочито оних која се спроводе на људима у смислу поштовања етичких принципа истраживања.

РУ

Критеријум

10.2

Формирана је Комисија за надзор над спровођењем овог поступка.

РУ

Критеријум

10.3

Критеријуми за медицинска истраживања су утврђени и примењују се.

РУ

Критеријум

10.4

Комисија води евиденцију и врши евалуацију на основу извештаја о спроведеним истраживањима.

12. (СУ) Стандарди управљања

Мисија и визија

СУ

Стандард

1.0

Усвојена је Изјава о мисији и визији здравствене установе.

СУ

Критеријум

1.1

Управни одбор доноси Изјаву о мисији и визији здравствене установе.

СУ

Критеријум

1.2

Управни одбор се стара о томе да сви запослени у здравственој установи и све заинтересоване стране ван здравствене установе буду упознати са Изјавом о мисији и визији.

СУ

Критеријум

1.3

У Изјави о мисији и визији мора бити наведено следеће:

- 1) улога и одговорност здравствене установе,
- 2) врста и обим услуга које се пружају,
- 3) ограничења у смислу пружања услуга,
- 4) статус здравствене установе у смислу пружања здравствених услуга на примарном, секундарном или терцијарном нивоу.

СУ

Критеријум

1.4

Сви запослени су упознати са правилима опште усвојеног Етичког кодекса понашања и пружања здравствених услуга.

СУ

Критеријум

1.5

Сви запослени се понашају у складу са опште усвојеним Етичким кодексом понашања и пружања здравствених услуга.

СУ

Критеријум

1.6

Управни одбор преиспитује Изјаву о мисији и визији најмање једном у три године и ревидира је по потреби.

Стратешки план здравствене установе

СУ

Стандард

2.0

Здравствена установа има стратешки план.

СУ

Критеријум

2.1

Управни одбор остварује учешће у припреми стратешког плана здравствене установе.

СУ

Критеријум

2.2

Управни одбор усваја стратешки план здравствене установе.

СУ

Критеријум

2.3

Управни одбор врши контролу и ревизију стратешког плана најмање једном у три године.

Управни одбор ради на законом прописан начин

СУ

Стандард

3.0

Управни одбор испуњава своје обавезе прописане у Закону о здравственој заштити („Службени гласник РС”, бр. 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10 и 99/10).

СУ

Критеријум

3.1

Управни одбор усваја годишњи план рада здравствене установе.

СУ

Критеријум

3.2

Управни одбор усваја годишњи финансијски план здравствене установе.

СУ

Критеријум

3.3

Управни одбор усваја годишњи извештај о раду и пословању здравствене установе.

СУ

Критеријум

3.4

Управни одбор усмерава и оцењује рад директора.

Израђени су критеријуми за оцењивање рада директора.

СУ

Критеријум

3.5

Управни одбор на захтев Министарства здравља доставља извештаје.

Комуникација између директора и Управног одбора

СУ

Стандард

4.0

Управни одбор се информисе адекватно и правовремено.

СУ

Критеријум

4.1

Управни одбор се извештава о проблемима и захтевима здравствене установе.

СУ

Критеријум

4.2

Управни одбор се информисе и о другим питањима од важности за спровођење здравствене заштите на територији за коју је основана здравствена установа.

СУ

Критеријум

4.3

Управни одбор се извештава о активностима на унапређењу квалитета рада здравствене установе.

СУ

Критеријум

4.4

Управни одбор поступа и доноси одлуке на основу добијених информација.

Самооцењивање рада Управног одбора

СУ

Стандард

5.0

Управни одбор врши процену резултата свог рада.

СУ

Критеријум

5.1

Управни одбор оцењује резултате свог рада по процедури коју доноси.

СУ

Критеријум

5.2

Управни одбор врши процену свог рада најмање једном годишње.

СУ

Критеријум

5.3

Управни одбор утврђује мере за унапређење свог рада.

СУ

Критеријум

5.4

Управни одбор је дужан да о свом раду, као и о плановима за унапређење рада извештава Надзорни одбор.

13. (ЕДУ) Едукација – Образовно наставна делатност

ЕДУ

Стандард

1.0

Дефинисани су циљеви образовног програма.

Критеријум

1.1

Постоје писани циљеви за образовни програм за све образовне курсеве који се нуде у оквиру наставног програма.

– Циљеви су изражени као исходи (шта се од студената очекује да науче у смислу знања, вештина, понашања и ставова).

Критеријум

1.2

Постоји доказ да циљеви служе као водич при установљавању садржаја наставног програма и за све курсеве у оквиру образовног програма.

Критеријум

1.3

Постоји доказ да циљеви нуде основу за оцењивање успешности програма и свих курсева који се у оквиру програма нуде.

Критеријум

1.4

Циљеве образовног програма и све курсеве који се нуде у програму редовно анализира орган који именује наставно веће.

– Предлаже се годишња анализа.

ЕДУ

Стандард

2.0

Јасно је одређен садржај свих курсева у оквиру образовног програма.

Критеријум

2.1

Постоји писмени опис за сваки курс у образовном програму.

– Постоји заједнички формат за писмене описе курсева.

Критеријум

2.2

Описи свих курсева у образовном програму лако су доступни студентима.

Критеријум

2.3

Садржај сваког курса у оквиру образовног програма је заснован на доброј пракси.

Критеријум

2.4

Сваки курс у оквиру образовног програма редовно се анализира и по потреби ревидира и ажурира.

– Предлог: анализа на сваке три године.

ЕДУ

Стандард

3.0

Дефинисано је стицање клиничког искуства за сваког студента.

Критеријум

3.1

Наставно веће дефинише типове пацијената и клиничка стања са којима се мора сусрести сваки студент.

Критеријум

3.2

Наставно веће дефинише одговарајуће клиничко окружење за клиничке сусрете.

Критеријум

3.3

Наставно веће дефинише очекивани ниво одговорности студената током клиничких сусрета.

Критеријум

3.4

Стицање клиничког искуства сваког студента евидентира се и анализира у одговарајућим интервалима.

Критеријум

3.5

Постоји централни надзор који обезбеђује испуњење траженог клиничког искуства за све студенте.

– Надзор може обављати појединац или комисија.

ЕДУ

Стандард

4.0

Користе се одговарајуће наставне методе.

Критеријум

4.1

Постоје докази да наставне методе омогућавају:

- активно учење,
- доживотно учење,
- примену научно-истраживачких метода.

ЕДУ

Стандард

5.0

Студенте на одговарајући начин надгледају чланови катедре.

Критеријум

5.1

Одређена је потреба сваког студента за надгледањем.

Критеријум

5.2

Чланови катедре додељују се сваком студенту према потреби.

Критеријум

5.3

Надгледање студената прати лице или лица која одреди наставно веће.

ЕДУ

Стандард

6.0

Оцењују се образовни програм и сви курсеви у оквиру програма.

Критеријум

6.1

Сви курсеви у оквиру образовног програма оцењују се у прецизираним интервалима како би се обезбедило испуњење циљева курса.

Критеријум

6.2

Студенти учествују у евалуацији свих курсева у оквиру образовног програма и образовног искуства.

Критеријум

6.3

Оцене се користе за модификовање и унапређење образовног програма и свих курсева у оквиру програма.

ЕДУ

Стандард

7.0

Наставно веће успоставља и одржава контакт са кључним чиниоцима у вези са образовним програмом.

Критеријум

7.1

Контакт се успоставља и одржава са:

- осталим центрима који нуде сличне услуге,
- осталим факултетима према потреби,
- министарствима здравља и образовања.

Критеријум

7.2

Постоји план за контакт са главним чиниоцима и тај план се анализира, ревидира и оцењује у редовним интервалима.